

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Décision du 6 novembre 2018 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie

NOR : SSAU1834267S

Le collège des directeurs,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-1-7 et R. 162-52 ;

Vu l'avis de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie en date du 5 novembre 2018 ;

Vu la commission de hiérarchisation des actes et prestations des médecins en date du 20 septembre 2018,

Décide :

Art. 1^{er}. – Le livre III de la Liste des actes et prestations adoptée par décision de l'UNCAM du 11 mars 2005 modifiée sont ainsi modifié :

I. – A l'article 2-1 des dispositions générales :

a) Sont ajoutées, les lettres-clés suivantes :

« TCG – Consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin généraliste ou spécialiste en médecine générale dit "téléconsultant".

TC – Consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin non généraliste ou non spécialiste en médecine générale dit « téléconsultant ».

TE1 – Acte de téléexpertise de niveau 1 d'un médecin sollicité par un autre médecin.

TE2 – Acte de téléexpertise de niveau 2 d'un médecin sollicité par un autre médecin.

RNO – Réalisation d'un bilan visuel à distance dans le cadre d'un protocole de délégation entre l'ophtalmologue et l'orthoptiste ».

b) Est modifié, le libellé de la lettre clé suivante :

« VL – Visite très complexe réalisée au domicile du patient ».

II. – L'article 14.9.1 est supprimé.

III. – L'article 14.9.4 est créé comme suit :

« **Art. 14.9.4. – Acte de téléexpertise d'un médecin sollicité par un autre médecin**

Une téléexpertise est une expertise sollicitée par un médecin dit "médecin requérant" et donnée par un médecin dit "médecin requis", en dehors de la présence du patient concerné. Elle est réalisée avec un équipement adapté dans des conditions garantissant le respect du secret médical et la sécurité des informations transmises, en émission et en réception.

Le recours à la téléexpertise est apprécié au cas par cas par le médecin requérant. La pertinence de la téléexpertise en fonction de la question à traiter est laissée à l'appréciation du médecin requis.

La téléexpertise est ouverte aux patients :

- bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée ou porteur d'une maladie rare définie selon la réglementation en vigueur, ou
- résidant dans une zone "sous-dense", selon les critères de l'article 1434-4 du code de la santé publique, dans laquelle s'appliquent les aides démographiques conventionnelles, ou
- résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou dans des structures médico-sociales mentionnées à l'article L312.1 du code des affaires sociales et familiales, ou
- personnes détenues visées aux articles L. 381-30 et suivants du code de la sécurité sociale.

Le professionnel de santé requérant doit être en mesure de préciser les motifs de sa demande et de transmettre au médecin requis par moyen sécurisé les paramètres cliniques ou paracliniques utiles à l'appréciation de la situation.

La téléexpertise doit être réalisée avec l'accord du patient ou de son représentant légal.

Outre l'appréciation du contexte clinique, les documents médicaux à examiner et surtout la nécessité de leur mise en cohérence permettent de déterminer deux niveaux de prise en charge :

Niveau 1

Avis donné sur une question circonscrite, sans nécessité de réaliser une étude approfondie d'une situation médicale. En dehors de la prise en compte du contexte clinique, indispensable à toute téléexpertise, l'avis de premier niveau correspond à l'analyse de documents en nombre limité (photographie, résultat d'examen complémentaire isolé, données cliniques y compris pour aider l'orientation de la prescription, etc). Relèvent notamment d'une téléexpertise de niveau 1 les situations et pathologies définies à l'article 28.6.2.3 de la Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

Niveau 2

Avis circonstancié donné en réponse à l'exposition d'une situation médicale complexe après étude approfondie et mise en cohérence. En dehors de la prise en compte du contexte clinique, indispensable à toute téléexpertise, l'avis de second niveau correspond à l'analyse de plusieurs types de documents. Relèvent notamment d'une téléexpertise de niveau 2 les situations et pathologies définies à l'article 28.6.2.3 de la Convention nationale précitée. Le patient concerné est impérativement connu du médecin requis à l'occasion d'une consultation antérieure en présence du patient ou de la réalisation précédente d'un acte CCAM.

L'acte de téléexpertise doit être rapporté dans le dossier médical du patient tenu par chaque professionnel de santé intervenant ainsi que dans le dossier médical partagé (DMP) du patient le cas échéant si celui est ouvert.

Doivent être rapportés dans le dossier médical le compte rendu de la réalisation de l'acte, les éventuelles recommandations de prescriptions médicamenteuses ou d'actes à réaliser, l'identité des professionnels de santé, la date et l'heure de l'acte, le cas échéant les incidents. Une copie est transmise au médecin traitant si la téléexpertise a lieu entre deux autres médecins.

L'acte TE1 pour le niveau 1 est facturable par le médecin requis dans la limite de 4 actes par an et par patient. L'acte TE2 pour le niveau 2 est facturable dans la limite de 2 actes par an et par patient.

Les actes de téléexpertise de niveau 1 et 2 sont cumulables pour des expertises distinctes pour un même patient dans les limites susvisées.

Ces deux actes sont facturés à tarif opposable, sans cumul possible avec aucun acte ou majoration de la NGAP, majoration conventionnelle ou acte de la CCAM.

L'acte spécifique de téléexpertise au profit des patients admis en EHPAD amenés à changer de médecin traitant et facturable par le nouveau médecin traitant assurant le suivi au long cours du patient, ainsi que par le précédent médecin traitant, correspond à une téléexpertise de niveau 2. Pour cet acte, les deux médecins concernés facturent chacun l'acte TE2. »

IV. – L'article 15.2.3 et modifié comme suit :

« Art. 15.2.3. – **Consultation très complexe réalisée au domicile du patient**

a) Consultation réalisée au domicile du patient atteint de maladie neurodégénérative par le médecin traitant :

La visite très complexe, réalisée par le médecin traitant au domicile du patient, si possible en présence des aidants habituels, concerne les patients en ALD pour une pathologie neurodégénérative identifiée dont notamment la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, la sclérose en plaque, les pathologies neurodégénératives de l'enfant...

Au cours de cette visite, le médecin traitant :

- réalise une évaluation de l'état du patient : autonomie, capacités restantes, évolution des déficiences ;
- évalue la situation familiale et sociale ;
- formalise la coordination nécessaire avec les autres professionnels de santé et les structures accompagnantes ;
- informe le patient et les aidants sur les structures d'accueil ;
- inscrit les conclusions de cette visite dans le dossier médical du patient.

b) Consultation réalisée au domicile du patient pour soins palliatifs par le médecin traitant :

Un patient en soins palliatifs au sens de l'article L. 1110.10 du code de la santé publique peut nécessiter une consultation longue et complexe réalisée au domicile du patient par le médecin traitant.

Au cours de cette consultation, le médecin :

- réalise l'évaluation médicale du patient dans le but d'atteindre les objectifs des soins palliatifs au sens de l'article L. 1110.10 du code de la santé publique ;
- organise et coordonne la prise en charge des soins en lien avec l'équipe pluri-disciplinaire de soins palliatifs ;
- inscrit les conclusions de cette visite dans le dossier médical du patient.

c) Première consultation du médecin réalisée au domicile d'un patient n'ayant pas ou devant changer de médecin traitant et souhaitant déclarer celui-ci comme médecin traitant :

Lorsque le médecin se déplace pour la première fois au domicile d'un patient qui va entrer dans sa patientèle Médecin traitant (patient n'ayant pas ou devant changer de médecin traitant) et étant en incapacité de se déplacer

pour raison médicale, la visite très complexe peut être facturée si ce patient est soit bénéficiaire d'une exonération du ticket modérateur au titre de l'ALD soit âgé de plus de 80 ans.

Au cours de cette visite, le médecin :

- recueille toutes les informations permettant de retracer l'histoire médicale et les antécédents du patient ;
- réalise l'évaluation médicale du patient ;
- organise la prise en charge coordonnée des soins ;
- inscrit les conclusions de cette visite dans le dossier médical du patient ;
- recueille le choix de déclaration de médecin traitant du patient.

Pour la consultation réalisée au domicile du patient atteint de maladie neurodégénérative par le médecin traitant *a* et la consultation réalisée au domicile du patient pour soins palliatifs par le médecin traitant *b* la visite peut être facturée jusqu'à trois fois par année civile et par patient.

Pour la première consultation du médecin réalisée au domicile d'un patient n'ayant pas ou devant changer de médecin traitant et souhaitant déclarer celui-ci comme médecin traitant *c* une seule VL est facturable par patient au titre de cette première consultation du médecin réalisée au domicile d'un patient n'ayant pas ou changeant de médecin traitant et souhaitant déclarer celui-ci comme médecin traitant.

La visite très complexe est facturable par le code prestation VL et elle ne se cumule ni avec la majoration prévue à l'article 2 *bis* de la NGAP (Majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste) (MPC), ni avec la facturation d'une majoration de coordination au sens de l'article 16.2 et de l'annexe 11 de la Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016. »

V. – L'article 15.8 *a* est modifié comme suit :

« Art. 15.8. – Consultations et majorations complexes

Ces consultations et majorations complexes s'inscrivent dans le cadre du parcours de soins. Elles recouvrent un nombre limité et défini de prise en charge : patients présentant certaines pathologies complexes ou instables, ou situations cliniques particulières impliquant un fort enjeu de santé publique.

a) Consultations complexes :

Les codes consultations CSO, CSM et CSE listés dans la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 doivent être inscrits dans le dossier médical du patient. Afin de facturer la consultation complexe correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCX.

Ces consultations complexes doivent être facturées à tarif opposable.

Elles n'ouvrent pas droit aux majorations pédiatriques (article 14.6 de la NGAP) et à la majoration pour la prise en charge des enfants jusqu'à 6 ans par le médecin généraliste (article 14.7 de la NGAP).

Elles ne sont pas cumulables d'une part, avec la majoration forfaitaire transitoire MPC (article 2 *bis* de la NGAP) et d'autre part, avec les majorations de coordination mentionnées à l'article 16.2 et à l'annexe 11 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

Les consultations complexes et/ou très complexes ne se cumulent pas entre elles et ne sont pas facturables avec une majoration complexe ou très complexe.

Elles ne peuvent pas être facturées pour un patient hospitalisé. »

[...]

« Consultation de suivi et de coordination de la prise en charge d'un enfant autiste par un généraliste, un pédiatre ou un psychiatre

Lors de cette consultation annuelle complexe de suivi d'un enfant autiste, dénommée CSE, le médecin généraliste, pédiatre ou psychiatre, en lien avec les professionnels de deuxième ligne :

- réalise un examen somatique, sensoriel (vue, audition...) avec une évaluation clinique du comportement et de la relation de l'enfant, en regard du trouble du spectre de l'autisme et des pathologies associées ;
- réévalue et coordonne la prise en charge avec les autres professionnels de santé et les institutions médico-sociales assurant le suivi de l'enfant pour son trouble du spectre de l'autisme et les pathologies associées ;
- conseille et informe les parents sur l'évolution de leur enfant ;
- inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant.

Le cas échéant, un retour au médecin traitant désigné pour le suivi de l'enfant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée. Cette consultation doit donner lieu à l'inscription du code consultation CSE dans le dossier médical du patient.

Elle ne peut être facturée qu'une seule fois par an par un médecin généraliste, pédiatre ou psychiatre.

Afin de facturer la consultation complexe correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCX. »

[...]

VI. – L'article 15.8 *b* est modifié comme suit :

[...]

« **Majoration PPN pour une consultation complexe de prise en charge d'un patient atteint de maladie neurodégénérative ou d'épilepsie instable, en cas d'épisode aigu ou de complication, par un neurologue ou un pédiatre avec une compétence spécifique en neurologie.**

La consultation complexe réalisée dans le cadre du parcours de soins coordonné concerne la consultation effectuée :

- par un neurologue auprès d'un patient traité pour une maladie neurodégénérative ou une épilepsie ;
- par un pédiatre présentant une compétence spécifique en neurologie auprès d'un patient traité pour une épilepsie, avec une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : instabilité de la maladie, épisode aigu, complication nécessitant une révision du traitement.

Cette consultation s'inscrivant dans le cadre du parcours de soins coordonné, permet sur la base du bilan clinique et paraclinique d'identifier ou de confirmer une instabilité, une aggravation ou une complication, d'adapter ou d'élaborer un nouveau traitement qui inclut, le cas échéant, l'organisation des soins spécialisés en lien avec un centre de référence, éventuellement en réseau, dans le respect des référentiels en vigueur, en prenant en compte les attentes et préférences du patient.

A l'issue de la consultation, les conclusions diagnostiques et thérapeutiques sont inscrites dans le dossier médical du patient. Le cas échéant, un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par les neurologues et les pédiatres présentant une compétence spécifique en neurologie doit donner lieu à l'inscription du code majoration PPN dans le dossier médical du patient.

Elle est facturable une fois par an et par patient, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est MCX.

Cette facturation peut cependant être réitérée dans l'année du fait d'un épisode aigu ou d'une complication nécessitant une révision du projet thérapeutique [...] »

VII. – L'article 15.9 est modifié comme suit :

« *Art. 15.9.* – Consultations et majorations très complexes.

Ces consultations et majorations correspondent à une prise en charge particulièrement difficile et complexe, ne recouvrant qu'un nombre limité et défini de situations cliniques et de prises en charges. Elles s'inscrivent dans le cadre du parcours de soins.

a) Consultations très complexes.

Les codes consultations CGP, EPH et CTE listés dans la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 doivent être inscrits dans le dossier médical du patient. Afin de facturer la consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCE.

Ces consultations très complexes doivent être facturées à tarif opposable. Elles n'ouvrent pas droit aux majorations pédiatriques (article 14.6 de la NGAP). Elles ne sont pas cumulables ni avec la majoration forfaitaire transitoire MPC (article 2 *bis* de la NGAP) ni avec les majorations de coordination mentionnées à l'article 16.2 et à l'annexe 11 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

Les consultations complexes et/ou très complexes ne se cumulent pas entre elles et ne sont pas facturables avec une majoration complexe ou très complexe.

Elles ne peuvent pas être facturées pour un patient hospitalisé. »

[...]

« **Consultation de repérage des signes de trouble du spectre de l'autisme : CTE**

Cette consultation très complexe est réalisée par un médecin généraliste ou un pédiatre, dans le but de confirmer ou d'infirmier un risque **de trouble du spectre de l'autisme** (TSA) chez un enfant présentant des signes inhabituels du développement, à partir de signes d'alerte, notamment :

- à tout âge : inquiétude des parents concernant le développement de leur enfant, notamment en termes de communication sociale et de langage, régression des habiletés langagières ou relationnelles, en l'absence d'anomalie à l'examen neurologique ;
- chez le jeune enfant : absence de babillage, de pointage à distance ou d'autres gestes sociaux pour communiquer à 12 mois et au-delà, absence de mots à 18 mois et au-delà ; absence d'association de mots (non écholaliques) à 24 mois et au-delà.

Cette consultation dédiée à la recherche d'un TSA comprend un examen clinique approfondi et le dépistage d'un trouble auditif ou visuel, des tests de repérage adaptés à l'âge de l'enfant, notamment :

- pour les enfants de 16 à 30 mois : M-CHAT, complétée en cas de résultats confirmant un risque de TSA par un entretien structuré plus précis avec les parents au moyen du M-CHAT -Follow-up ;
- après l'âge de 4 ans : questionnaire de communication sociale (SCQ) ;
- chez l'enfant et l'adolescent sans trouble du développement intellectuel associé : Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ), Autism-spectrum Quotient (AQ) et Social Responsiveness Scale (SRS-2).

Le médecin doit être en capacité de réaliser et interpréter ces différents tests de repérage par le biais d'une formation spécifique.

Le cas échéant, le médecin engage le parcours de bilan et d'intervention précoce et adresse la famille à la structure pluriprofessionnelle de 2^e ligne chargée de le coordonner. Si le médecin n'est pas le médecin traitant de l'enfant, il fait un retour au médecin traitant désigné pour le suivi de l'enfant par courrier ou voie électronique sécurisée. Cette consultation doit donner lieu à l'inscription du code consultation CTE dans le dossier médical du patient.

Afin de facturer la consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre à l'Assurance maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCE.

Une consultation au plus par patient via le code prestation agrégé CCE peut être facturée. »

« b) Majorations pour consultations très complexes.

Les codes majorations IGR, CPM, MMM, MIS, PIV, MPB, MAV et MIA listés dans la Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 doivent être inscrits dans le dossier médical du patient. Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille des soins (électronique ou papier) à l'Assurance maladie est MTX.

Ce code prestation MTX peut être facturé dès lors que le médecin est en secteur à honoraires opposables ou en secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants de la Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

Les majorations complexes et/ou très complexes ne se cumulent pas entre elles et ne sont pas facturables avec une consultation complexe ou très complexe. Elles ne peuvent pas être facturées pour un patient hospitalisé. »

[...]

« Majoration MPB pour la consultation initiale, très complexe, d'information et d'organisation du suivi d'un patient traité par biothérapie (anti-TNF alpha) pour une pathologie inflammatoire par un rhumatologue, un dermatologue, un médecin interniste ou un gastro-entérologue.

Dans le cadre du parcours coordonné de soins, la consultation initiale d'information et d'organisation de la prise en charge s'adresse à un patient ayant un traitement par biothérapie (anti-TNF alpha déjà initié). Les pathologies inflammatoires concernées sont celles ouvrant droit à une Affection de Longue Durée à savoir :

- la polyarthrite rhumatoïde active, la spondylarthrite ankylosante, le rhumatisme psoriasique, dès lors que la prise en charge pour le suivi est assurée par un médecin rhumatologue ou un médecin de médecine interne ;
- le psoriasis dès lors qu'il s'agit d'une forme sévère par son étendue et/ou son retentissement et que la prise en charge pour le suivi est assurée par un dermatologue ;
- la maladie de Crohn, la rectocolite hémorragique dès lors que la prise en charge pour le suivi est assurée par un médecin gastro-entérologue.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le rhumatologue, le dermatologue, le médecin de médecine interne ou le gastro-entérologue doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MPB.

Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille des soins (électronique ou papier) à l'Assurance maladie est MTX.

La majoration correspondante peut être facturée une seule fois par patient, lors de l'initiation du suivi via le code prestation agrégé MTX. »

[...]

« Majoration MIA pour la consultation initiale très complexe d'un patient présentant une anisocorie ou une diplopie avec composante paralytique ou un ptosis d'origine neurogène, par un neurologue ou par un ophtalmologue.

La consultation initiale d'un patient présentant une anisocorie ou une diplopie brutale ou récente avec composante paralytique ou un ptosis d'origine neurogène s'inscrit dans le cadre du parcours coordonné de soins.

Elle permet d'identifier la localisation et le mécanisme potentiel de l'atteinte neuro-ophtalmologique sur la base des arguments cliniques, d'orienter et hiérarchiser la recherche étiologique, d'identifier les situations de grande urgence afin d'orienter le patient dans la filière de soins adaptée. Elle inclut un temps d'information du patient et, un temps de coordination de la prise en charge pour la gestion de l'urgence.

Le cas échéant, un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée. Cette consultation réalisée par le médecin spécialiste en neurologie ou en ophtalmologie doit donner lieu à l'inscription du code majoration MIA dans le dossier médical du patient.

Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille (électronique ou papier) à l'assurance maladie est MTX. »

Art. 2. – La présente décision sera publiée au *Journal officiel* de la République française et prendra effet au 10 février 2019.

Fait le 6 novembre 2018.

Le collège des directeurs :

*Le directeur général de l'Union nationale
des caisses d'assurance maladie,*

N. REVEL

*Le directeur général
de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole,*

F.-E. BLANC