

CIRCULAIRE

CIR-13/2012

Document consultable dans Médi@m

Date :

22/06/2012

Domaine(s) :

gestion du risque

gestion des prestations en nature

Nouveau	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>

Objet :

Décision UNCAM du 20 mars 2012 concernant la Liste des actes et prestations (LAP) et modifiant la NGAP et la CCAM (V28).

Liens :

Plan de classement :

P10-02 P06-01

Emetteurs :

DDGOS DDO

Pièces jointes : 1

à Mesdames et Messieurs les

- | | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Directeurs | <input checked="" type="checkbox"/> CPAM | <input checked="" type="checkbox"/> CARSAT |
| | <input checked="" type="checkbox"/> UGECAM | <input checked="" type="checkbox"/> CGSS <input checked="" type="checkbox"/> CTI |
| <input checked="" type="checkbox"/> Agents Comptables | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Médecins Conseils | <input checked="" type="checkbox"/> Régionaux | <input checked="" type="checkbox"/> Chef de service |

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

La décision UNCAM du 20 mars 2012 a été publiée au Journal Officiel du 7 juin 2012.

Cette décision comprend différentes mesures. Certaines sont liées à la CCAM : création de nouveaux actes (ex : forfait dialyse péritonéale, " cone beam ", remplacement disque intervertébral), modification de libellés ou de conditions de facturation (ex : ECG et échodoppler, abattement de 75% actes de scanographie). D'autres sont liées à la NGAP (ex : article 13).

Toutes ces mesures sont applicables 30 jours après la publication au JO de la décision, soit le 7 juillet 2012.

Une nouvelle base CCAM (version 28) est mise à disposition des éditeurs de logiciels, selon le circuit en vigueur.

Mots clés :

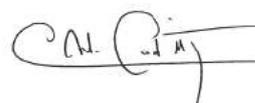
NGAP ; CCAM ; avenant 4 ; convention médicale 26 juillet 2011 ; article 13 ; dialyse péritonéale

La Directrice Déléguée
à la Gestion et à l'Organisation des Soins



Mathilde LIGNOT-LELOUP

Le Directeur Délégué
aux Opérations



Olivier de CADEVILLE

CIRCULAIRE : 13/2012

Date : 22/06/2012

Objet : Décision UNCAM du 20 mars 2012 concernant la Liste des actes et prestations (LAP) et modifiant la NGAP et la CCAM (V28).

Affaire suivie par : *Christine VAULONT (DDGOS/DOS/DACT) – christine.vaulont@cnamts.fr*
Docteur Yves ALLIOUX (DDGOS/DOS/DACT) – yves.allieux@cnamts.fr

Toutes les mesures de la décision UNCAM du 20 mars 2012, publiée au JO du 7 juin 2012 sont applicables 30 jours après publication au JO, soit le 7 juillet 2012.

1. Complément d'information à l'article I-14-1 relatif aux actes donnant droit à forfait

La décision UNCAM du 20 mars 2012 complète les dispositions de l'article I-14-1 du Livre I de la liste des actes et prestations en rappelant dans un premier point que les actes donnant droit à forfait doivent être réalisés à l'aide d'équipements médicaux dont l'installation et la mise en service **sont soumises au respect d'une procédure** précisée par des articles du CSP.

2. Inscription d'un acte de pose d'une bioprothèse de la valve pulmonaire (DBLF009)

A la CCAM, subdivision « 04.02.02.03 Autres actes sur les orifices du cœur », un nouvel acte est inscrit par la décision UNCAM du 20 mars 2012.

Il s'agit de l'acte DBLF009 «*Pose d'une bioprothèse de la valve pulmonaire dans un conduit prothétique, par voie veineuse transcutanée*». Cet acte ne peut être réalisé que dans un établissement titulaire d'une autorisation de chirurgie cardiaque et d'une autorisation d'activité de cardiologie interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire. Ses indications sont conformes à celles définies par la HAS dans son avis du 24 novembre 2010.

La valve pulmonaire MELODY a été inscrite à la LPP par arrêté du 2 mai 2012 publié au JO du 8 mai 2012 et autorisée pour une prise en charge en sus du GHS. Elle est donc facturable au titre de la LPP 13 jours après la publication de cet arrêté, soit le 21 mai 2012.

Depuis 2008, certains établissements ont pu bénéficier d'une dotation au titre des MIGAC dans le cadre du STIC «Evaluation médico-économique du remplacement valvulaire pulmonaire non chirurgical dans le traitement des lésions de la voie d'éjection droite». La fin de la dotation MIGAC est intervenue le 1er mars 2012.

3. Inscription d'un acte à la CCAM : évacuation de thrombus de veine superficielle des membres ou du cou, par voie transcutanée (EPJB015)

A la subdivision 04.04.10.02 «Désobstruction de veine» est inscrit l'acte EPJB015 «Évacuation de thrombus de veine superficielle des membres ou du cou, par voie transcutanée».

Cette inscription se fait en remplacement des 2 actes existant à la même subdivision 04.04.10.02, qui sont donc supprimés :

- EPJB001 «Évacuation de thrombus veineux d'un membre, par voie transcutanée »,
- EFFA003 «thrombectomie de veine superficielle des membres ou du cou, par abord direct».

Le tarif de cet acte est de 23,51€.

4. Inscription d'un acte à la CCAM : radiographie volumique par faisceau conique [cone beam computerized tomography - CBCT] du maxillaire, de la mandibule et/ou d'arcade dentaire (LAQK027)

Description de la technique : La technique utilisée est un générateur de rayons X qui émet un faisceau de forme conique qui peut réaliser une rotation de 180° à 360° permettant d'acquérir des données numériques dans les différents plans qui sont ensuite transmises à un ordinateur pour reconstruction volumique. C'est une radiographie volumique dentaire par faisceau conique qui est moins irradiant qu'un scanner multicoupes.

Indications médicales

La prise en charge est limitée à certaines indications qui ont été revues avec la HAS depuis la parution du rapport d'évaluation en décembre 2009. En particulier, le cone beam a démontré sa performance diagnostique pour l'exploration de la pathologie osseuse des articulations temporo-mandibulaires :

- pour la pathologie endodontique, on peut se rapporter au guide des indications et des procédures des examens radiologiques en odontostomatologie publié en juin 2006, le recours à un examen de type cone beam (tomographie sectionnelle) se justifie pour des dents présentant une anatomie canalaire inhabituelle ; recommandation de type C ;
- pour la chirurgie buccale, le cone beam peut se substituer au scanner ;
- en parodontologie, une seule indication est retenue : le traitement de la furcation de molaires maxillaires ;
- le cone beam n'a aucune indication en orthodontie.

Dans tous ces cas, l'examen n'a d'indication que lorsque les informations indispensables à la prise en charge du patient n'ont pas été apportées par l'examen clinique et la radiographie.

Le tarif de cet acte est de 72,66€.

5. *Inscription d'un acte à la CCAM : remplacement d'un disque intervertébral lombaire par prothèse (LFKA001)*

Contexte :

Jusqu'à présent il existait à la CCAM un acte de «remplacement du disque intervertébral par prothèse» (LHKA900), non pris en charge.

La HAS a émis le 31 janvier 2007 un avis sur «Remplacement du disque intervertébral lombaire par prothèse» dans lequel les indications et les conditions de l'acte sont précisées.

D'autre part, par arrêté du 2 décembre 2011, publié au JO du 7 décembre 2011, 3 prothèses ont été inscrites au chapitre 1er du titre III de la liste des produits et prestations remboursables (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du CSS. Ces dispositifs sont des dispositifs d'exception. Le médecin doit dans ce cadre utiliser l'imprimé spécifique S 3326 "ordonnance de médicaments ou de produits et prestations d'exception" pour établir sa prescription. Il s'engage ainsi à prescrire dans le cadre des indications thérapeutiques ou diagnostiques remboursables. Il doit en outre remettre au patient le volet patient de la fiche d'information thérapeutique publiée au JO dans l'arrêté d'inscription.

Dans ce cadre, il est inscrit à la subdivision 12.02.02.04 «Autres actes thérapeutiques sur les disques intervertébraux» de la CCAM l'acte de «Remplacement d'un disque intervertébral lombaire par prothèse totale, par laparotomie ou lombotomie» (LFKA001).

Indications, conditions de prise en charge par l'Assurance maladie et tarifs

- L'indication de cet acte est limitée par l'avis de la HAS, par l'arrêté d'inscription des prothèses à la LPP et par la fiche d'information thérapeutique. L'indication doit relever d'une décision concertée, prise par une équipe multidisciplinaire après une évaluation préopératoire complète.
- La formation requise du chirurgien est décrite de façon précise dans l'arrêté d'inscription à la LPP des prothèses :

«Le chirurgien doit avoir la pratique régulière de la voie d'abord antérieure du rachis lombaire et lombo-sacré. Il doit avoir reçu une formation spécifique à l'usage de la prothèse discale lombaire utilisée dans le centre. Cette formation doit inclure la participation à 5 interventions comme opérateur ou comme premier aide opératoire dans un centre formateur. Le chirurgien doit avoir une activité en chirurgie rachidienne lombaire d'au moins 50 interventions instrumentées par an.

Le nombre d'implantations de prothèses discales lombaires attendu par an doit être d'au moins 15 par équipe chirurgicale.

Chaque nouvelle équipe chirurgicale doit atteindre cet objectif dans les 2 ans suivant le début de son activité.»

- La HAS a précisé des conditions pour l'environnement de l'acte : « un chirurgien vasculaire doit être présent ou prêt à intervenir en cas de besoin ».
- La prise en charge de l'acte LFKA001 est conditionnée à la mise en place d'un registre de recueil prospectif des données et de suivi de cohortes à long terme, conforme aux demandes de la HAS.
- Le tarif de cet acte est de 850,80 € et l'acte d'anesthésie de 252,80 €.

Pour information :

En raison de l'inscription de l'acte de remplacement discal lombaire par prothèse (LFKA001), l'acte LHKA900 est supprimé.

Pour permettre le codage du remplacement discal cervical par prothèse dans le cadre de programme national de soutien aux technologies innovantes et coûteuses (STIC), pris en charge exclusivement dans ce cadre par les MIGAC, l'acte LHKA900 est remplacé par l'acte suivant :

LDKA900	Remplacement d'un disque intervertébral cervical par prothèse, par cervicotomie
----------------	--

6. Inscription de deux procédures « Hanche Bassin » (NAQK071 et NAQK049) relatives à l'association d'actes de radiographie de l'articulation coxofémorale et de la ceinture pelvienne

L'avenant 4 à la convention des médecins, publié au JO du 30 mars 2012, définit dans son article 4, paragraphe « Radiographie », la valeur «*de deux actes nouveaux à la liste des actes et prestations correspondant à deux procédures associant radiographie de la ceinture pelvienne selon une incidence et radiographie de l'articulation coxofémorale selon une ou deux incidences*».

La décision UNCAM du 20 mars 2012 inscrit ces deux procédures à la subdivision « 14.01.02. Radiographie du membre inférieur » de la CCAM.

La première procédure (NAQK071) consiste en l'association d'un acte NAQK015 (Radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] selon 1 incidence) et d'un acte NEQK010 (Radiographie de l'articulation coxofémorale selon 1 ou 2 incidences).

Son libellé est : « Radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] selon 1 incidence et radiographie unilatérale de l'articulation coxofémorale selon 1 ou 2 incidences ».

Le tarif de cette procédure est de 23,47€.

La seconde procédure (NAQK049) consiste en l'association d'un acte NAQK015 (Radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] selon 1 incidence) et de deux fois l'acte NEQK010 (Radiographie de l'articulation coxofémorale selon 1 ou 2 incidences).

Son libellé est : « radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] selon 1 incidence et radiographie bilatérale de l'articulation coxofémorale selon 1 ou 2 incidences par côté ».

Le tarif de cette procédure est de 31,29€.

Conformément au 1. de l'article I-12 « Règles d'incompatibilités » des dispositions générales de la liste des actes et des prestations, il est donc désormais impossible de tarifier dans le même temps, l'association entre les actes (1 NAQK015 et 1 NEQK010) ou (1 NAQK015 et 2 NEQK010) car ils composent une procédure.

7. Inscription de deux actes de scanographie de 3 territoires anatomiques ou plus : ZZQK024 (sans injection) et ZZQH033 (avec injection)

L'avenant 4 à la convention des médecins, publié au JO du 30 mars 2012, prévoit dans son article 4, paragraphe « Radiographie », l'engagement de l'UNCAM à inscrire «*l'acte de scanographie de trois territoires anatomiques* » conformément aux termes du protocole d'accord signé entre l'Assurance maladie et le Syndicat national des radiologues pour la période 2010-2012.

La décision UNCAM du 20 mars 2012 inscrit ces deux procédures (une avec injection, une sans injection) à la subdivision « 17.01.03 Scanographie, sans précision topographique » de la CCAM.

La prise en charge de ces actes est restreinte «*au bilan diagnostic, d'extension ou de suivi thérapeutique d'affection néoplasique*». La notion de territoire anatomique est définie à la subdivision 17.01.03 par la note suivante qui est ajoutée «*par territoire anatomique, on entend tête, cou, thorax, abdomen, pelvis et membres*».

L'association avec un autre acte de scanographie n'est pas autorisée. Par contre, ces actes donnent lieu à facturation de 2 forfaits techniques (cf les circulaires Cnamts 44-2007 du 2 octobre 2007 et 1-2011 du 14 janvier 2011). Le second forfait est abattu de 75%, conformément aux modifications du Livre III (cf infra I.5.).

8. Inscription à la CCAM du forfait hebdomadaire de prise en charge d'un patient en dialyse péritonéale (YYYY007)

L'avenant 4 à la convention des médecins, publié au JO du 30 mars 2012 définit la valeur, dans son article 2, du «forfait hebdomadaire de prise en charge d'un patient insuffisant rénal en dialyse péritonéale 3, à hauteur de 56€. Ce même article précise que ce forfait vise «à rémunérer les néphrologues pour l'ensemble des activités médicales pour les patients bénéficiant de cette technique de dialyse à domicile». La décision UNCAM du 20 mars 2012 crée le forfait YYYY007.

Ce forfait hebdomadaire est unique par patient. Il est facturable une fois par semaine et par un seul néphrologue dans le cadre de l'exercice libéral et une seule fois par l'établissement dans le cadre d'un exercice salarié.

Outre les médecins libéraux répondant aux critères de facturation, il peut être facturé par les établissements de santé appartenant à la catégorie d) de l'article L 162-22-6 du CSS, qui emploient **des médecins ayant choisi le mode d'exercice salarié dans le cadre de la dérogation prévue à l'article L 162-26-1 du CSS.**

Ce forfait est perçu lorsque les patients bénéficient de l'une des prestations hospitalières suivantes :

- forfait D15 : forfait hebdomadaire de dialyse péritonéale automatisée,
- forfait D16 : forfait hebdomadaire de dialyse péritonéale continue.

Ces forfaits sont facturés par les établissements de santé appartenant à la catégorie d) de l'article L 162-22-6 du CSS et autorisés au titre de l'article R 6122-5 et R 6123- 54 du CSP **à pratiquer l'épuration extra rénale selon la modalité «dialyse péritonéale».**

En résumé, le forfait YYYY007 ne peut être perçu que :

- par des néphrologues libéraux pour des patients pris en charge par des structures privées ex OQN ayant une autorisation pour la pratique de la dialyse péritonéale,
- par des établissements privés ex OQN, titulaires d'une autorisation pour la dialyse péritonéale employant des néphrologues salariés.

Ce forfait YYYY007 ne peut en aucun cas s'appliquer :

- à un néphrologue libéral assurant le suivi pour le compte d'un établissement de santé appartenant aux catégories a, b ou c de l'article L 162-22-6 du CSS conformément à l'article R 162-32-1 du même code ;
- à un praticien hospitalier assurant le suivi pour le compte d'une association exerçant cette activité en tant qu'établissement privé d) selon le champ défini par l'article L 162-26-1 du CSS.

Le forfait YYYY007 est facturé pour une semaine de traitement par dialyse péritonéale, y compris lorsque le patient est hospitalisé pour une durée inférieure à 2 jours. Au-delà de ces deux jours d'hospitalisation, le forfait YYYY007 n'est pas facturable par le praticien.

Ce forfait n'est pas facturable quand le patient bénéficie d'une autre modalité de prise en charge de son traitement par dialyse.

Ce forfait doit être facturé sur le bordereau S3404 (document de facturation pour une prestation hospitalière délivrée par un établissement de santé privé mentionné au d) de l'article L 162-22-6 du CSS).

- Pour les néphrologues libéraux exerçant dans un établissement privé ayant une autorisation pour la dialyse péritonéale, la facturation de cet acte en relation avec le forfait D15 ou D16 (partie haute du S3404), est à inscrire dans la partie basse du S3404 sous leur propre numéro d'identification (RPPS) dans la rubrique « exécutant ».
- Pour les néphrologues salariés d'établissement privé, l'acte rattaché au forfait D15 ou D16 est à inscrire dans la partie basse du S3404, conformément aux circulaires CNAMTS n°16-2010 du 16 juin 2010 et 2-2012 du 3 janvier 2012 sur la facturation des actes de médecins salariés en établissements de santé visés au d) de l'article L 162-22-6 du CSS.

La date des actes à renseigner sur le bordereau de facturation S3404 est la date du dernier jour de la prise en charge hebdomadaire. Elle doit correspondre à la date de fin de la période de prise en charge de la prestation hospitalière (D15 ou D16) renseignée dans la partie haute du S3404.

Ce forfait inclut l'ensemble des prestations concourant à la prise en charge des patients en dialyse péritonéale, technique de dialyse à domicile. Il inclut la télésurveillance des constantes du patient et des paramètres de dialyse, acte défini par le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif aux actes de télémédecine, article R 6316-1 du CSP :

« La télésurveillance médicale, a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé ».

9. Inscription d'un acte de pose d'endoprothèse fenêtrée ou multibranches dans l'aorte abdominale pour anévrisme complexe, par voie artérielle transcutanée (DGLF012)

A la subdivision 04.03.11.08 « Pose d'endoprothèse dans l'aorte abdominale et l'artère iliaque commune » le libellé est modifié par suppression de la mention « couverte » pour l'endoprothèse.

Dans cette même subdivision, l'acte de «*pose d'endoprothèse fenêtrée ou multibranches dans l'aorte abdominale pour anévrisme complexe, par voie artérielle transcutanée*» est inscrit.

Cet acte ne peut être facturé que dans les établissements ayant une autorisation de chirurgie et d'activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire.

Les indications médicales de prise en charge sont restreintes à celles retenues dans l'avis de la HAS du 29 octobre 2008 relative à l'acte et à celles des dispositifs médicaux associés inscrits à la LPP (endoprothèses ZENITH Fenestrated, codes 3136639, corps proximal et 3107060, corps distal bifurqué, arrêté du 3 avril 2012, JO du 6 avril 2012).

Le tarif de cet acte (DGLF012) est de 1 693,09 € et de 442,40 € pour l'acte d'anesthésie.

10. Modifications de notes de facturation au chapitre 4 «appareil circulatoire»

La note générale de facturation en tête de la subdivision 04.01.03.01 avec certains actes d'échographie du cœur et des vaisseaux intrathoraciques (échocardiographie ETT) autorisant de façon transitoire la facturation de l'électrocardiogramme (ECG) en sus de l'acte d'échocardiographie **est supprimée**.

Cette modification a pour objet de supprimer la possibilité de facturer l'association de l'échocardiographie sur au moins 12 dérivations (DEQP003) et de l'échographie du cœur et des vaisseaux intrathoraciques (DZQM006).

Cette suppression de la possibilité de facturer l'ECG et l'ETT prend effet 30 jours après la publication de la décision UNCAM du 20 mars 2012, soit le 7 juillet 2012. Par contre, l'augmentation de la valeur de l'acte d'échographie doppler transthoracique (DZQM006), de 95,66€ à 96,49€, prendra effet le 1^{er} octobre 2012, date à laquelle les mesures tarifaires de l'avenant 4 à la convention médicale, qui prévoit cette revalorisation, entreront en vigueur.

Une note de facturation est introduite sous chacun des 5 libellés pour lesquels la dérogation transitoire demeure. Il s'agit des codes suivants : DZQJ009, DZQJ001, DSQJ011, DSQJ010 et DSQJ006.

11. Inscription de notes de facturation pour les radiographies dentaires

A la subdivision 07.01.04.01 : radiographie de la bouche, la note de facturation suivante est ajoutée pour les actes HBQH005, HBQH004, HBQH002, HBQH001, HBQH003, HBQK001, HBQK002 : *Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ».*

A la subdivision 11.01.03 : Radiographie de la tête, la note de facturation suivante est ajoutée pour les actes LAQK012, LAQK001, LAQK008 :

Facturation : ne peut pas être facturé en orthodontie [ODF], en dehors de sa réalisation pour traitement commencé avant le seizième anniversaire ou pour chirurgie orthognatique

A la subdivision 15.01.02 Radiographie de l'appareil ostéoarticulaire et musculaire, sans précision topographique, la note de facturation suivante est ajoutée pour l'acte PAQK002 :

Facturation : ne peut pas être facturé en orthodontie [ODF], en dehors de sa réalisation pour traitement commencé avant le seizième anniversaire.

Ces notes de facturation sont également ajoutées à la NGAP, à la troisième partie, nomenclature des actes médicaux utilisant des radiations ionisantes, au titre I – actes de radiodiagnostic, au chapitre II, article 3 et chapitre IV des actes concernés.

12. Modification des indications concernant les actes de pose de bioprothèse de la valve aortique, par voie artérielle transcutanée (DBLF001) et par abord de l'apex du cœur par thoracotomie sans CEC (DBLA004)

Une réévaluation des bioprothèses valvulaires aortiques a été menée par la HAS en 2011 et le rapport finalisé en octobre 2011. L'évaluation a porté sur les bioprothèses valvulaires aortiques, prises en charge dans le cadre du GHS 1522 officialisé par la publication au JO des arrêtés du 19 février 2009 (modifié par l'arrêté du 10 février 2010) et du 27 février 2009.

Les bioprothèses Corevalve et Edward Sapiens sont actuellement incluses dans le GHS. Il est prévu qu'elles soient facturables en sus du GHS. Dès que les arrêtés liés à leur prise en charge (arrêté liste en sus et arrêté d'inscription) seront publiés et en fonction des délais respectifs (13 jours après la date de publication pour l'arrêté d'inscription), ces dispositifs seront facturables au titre de la LPP.

Pour mémoire, les indications précédentes étaient : patient symptomatique avec sténose aortique sévère avec un Logistic Euroscore ≥ 20 % et/ou STS Risk Calculator ≥ 10 , pour lesquels la chirurgie conventionnelle est contre-indiquée ou présentant un haut risque chirurgical. Dans le cas où ces valeurs sont inférieures : décision collégiale pour la confirmation de comorbidités non prises en compte par ces indices.

La réécriture **fait disparaître la notion de haut risque chirurgical** suite à la publication des recommandations européennes de 2007. Les indications deviennent : patient présentant une sténose aortique sévère symptomatique pour lequel la chirurgie de remplacement valvulaire aortique a été estimée comme contre indiquée en réunion multidisciplinaire en raison des comorbidités et des scores de risque opératoire : European System for Cardiac Operative Risk Evaluation [Logistic Euroscore] $\geq 20\%$ et/ou score Society of Thoracic Surgeons [STS] $\geq 10\%$.

La réalisation de ces actes était limitée à la liste des établissements établie par arrêté du 29 décembre 2009. Un nouvel arrêté ministériel doit être concomitamment publié afin de préciser les critères auxquels doivent satisfaire les établissements de santé afin de facturer ces actes.

Les tarifs de ces actes sont inchangés.

13. Changement de subdivision au chapitre 2 de la CCAM de l'acte de tomographie de l'œil par scanographie à cohérence optique (OCT) (BZQK001)

Cet acte était inscrit dans la subdivision 02.01.03 « radiographie de l'œil ». Or, la technique utilisée n'est pas de la radiographie conventionnelle à rayon X.

En effet, l'OCT utilise la réfraction de rayons lasers et permet de visualiser des structures anatomiques en coupe. L'OCT est utilisée principalement en ophtalmologie afin de visualiser l'épaisseur de la rétine au niveau de la macula et de la papille optique. Son classement actuel dans la subdivision « radiographie de l'œil » était donc erroné.

Cet acte a été déplacé de la subdivision « 02.01.03 Radiographie de l'œil » et inscrit à la subdivision 02.01.05, dont le titre « scintigraphie des voies lacrymales » est remplacé par « autres imageries de l'œil ». De plus, le code regroupement de cet acte passe de ADI à ATM (acte technique médical).

Cet acte suit les règles de codage et de cotation des actes techniques médicaux (code regroupement ATM) des dispositions générales de la CCAM, notamment en ce qui concerne les règles d'association. (association de deux actes au plus et second acte tarifé à 50% de sa valeur).

14. Modification de l'abattement du 2ème forfait technique de scanographie de 50 à 75% pour les procédures éligibles

La réalisation conjointe des examens de plusieurs régions anatomiques est de plus en plus facilitée au fil des évolutions technologiques des appareils de scanographie. Les charges d'exploitation de ces équipements pour la réalisation de ces examens étant ainsi diminuées, la minoration du second forfait technique de scanographie facturé pour les associations ou procédures CCAM portant sur l'examen conjoint de plusieurs régions anatomiques est donc porté à 75% (50% antérieurement).

La décision UNCAM du 20 mars 2012 modifie les dispositions suivantes au Livre III et à l'annexe 2 de la liste des actes et prestations :

- A l'article III-3 B) au 2. Dérogations, au paragraphe e), la phrase « *Deux forfaits techniques peuvent alors être facturés, le second avec une minoration de 75% de son tarif* » annule et remplace la précédente (*Deux forfaits techniques peuvent alors être facturés, le second avec une minoration de 50% de son tarif*).
- A l'annexe 2 : Règles d'association (art. III-3 B) du livre III), au 2) Dérogations, au paragraphe e), chaque phrase « *Deux forfaits techniques peuvent alors être facturés, le second avec une minoration de 50% de son tari* » est remplacée par « *Deux forfaits techniques peuvent alors être facturés, le second avec une minoration de 75% de son tarif* ».

15. Revalorisation des 3 consultations obligatoires de l'enfant pour les médecins généralistes (modification de l'article 14.4.2 de la NGAP)

Pour valoriser le suivi des nourrissons assurés par les médecins généralistes, il a été décidé de revaloriser de 5€ les trois consultations obligatoires de l'enfant, en autorisant le cumul des majorations Forfait pédiatrique du médecin généraliste (FPE) avec la majoration pour la prise en charge des nourrissons par le médecin généraliste (MNO). Ce cumul est exclusivement réservé à ces 3 consultations.

La décision UNCAM du 20 mars 2012 modifie l'article 14.4.2 «Majoration pour la prise en charge des nourrissons par le médecin généraliste» des dispositions générales de la NGAP.

La majoration MNO du médecin généraliste reste applicable aux consultations ou visites du médecin généraliste conventionné pour un enfant de **0 à 24 mois inclus**. Elle est cumulable avec la majoration « forfait pédiatrique enfant » (FPE) du médecin généraliste prévu à l'article 14.4.1 de la NGAP pour les 3 consultations obligatoires du nourrisson.

Entre 24 et 25 mois, la majoration MNO n'est applicable que pour **la seule consultation décrite ci-dessus** et n'est pas cumulable avec « la majoration pour la prise en charge des jeunes enfants par le médecin généraliste » (MGE).

Les valeurs des majorations MNO et FPE du médecin généraliste sont inchangées (5€) et s'appliquent aux médecins du secteur 1 et du secteur 2.

La majoration MNO ne peut pas se cumuler avec une majoration d'urgence ou de jour férié.

Cotations pour les médecins généralistes (enfant de 0 à 25 mois)

Type de consultation selon l'âge de l'enfant	Majorations applicables	Tarif de la consultation
Suivi habituel de l'enfant de 0 à 24 mois	MNO = 5 €	(C ou CS) + MNO = 28 €
Consultation obligatoire donnant lieu à certificat (art. R. 2132-2 et R. 2132-3 du CSP) - 8 jours post naissance - 9 à 10 mois - 24 à 25 mois	FPE + MNO = 10 €	(C ou CS) + FPE + MNO = 33 €
Suivi habituel de l'enfant de 24 à 25 mois	MGE = 3 €	C + MGE = 26 €

16. Modifications de l'article 13 de la NGAP

La convention médicale du 26 juillet 2011 prévoit dans son annexe 1, article 1^{er} d'«harmoniser les conditions d'abattements des indemnités kilométriques conformément à la jurisprudence» en modifiant l'article 13 des dispositions générales de la NGAP.

Aussi, la décision UNCAM du 20 mars 2012 apporte les modifications suivantes à l'article 13 de la NGAP :

L'abattement pour les professionnels de santé, pour le calcul de leurs indemnités de déplacement, est de **2 km en plaine et 1 km en montagne**, conformément à l'arrêté du 27 mars 1972 (modifié par l'arrêté du 30 septembre 2002) portant sur la NGAP.

Par ailleurs :

- pour l'indemnité spéciale de dérangement (ISD), les termes « grande agglomération urbaine » sont remplacés par «**Paris, Lyon, ou Marseille**»,
- pour les indemnités horokilométriques (IK), afin de tenir compte de la mise en place du parcours de soins, il est introduit une **dérogation pour le médecin traitant**. Ainsi, lorsque le médecin traitant n'est pas le médecin le plus proche de la résidence du malade, le médecin traitant du malade peut facturer des indemnités kilométriques à condition que le domicile professionnel du praticien soit situé «dans la limite de 10 km en zone urbaine, et de 30 km en zone rurale »,
- quant aux zones de montagne et de haute montagne ouvrant droit à abattement, l'article 13 précise que ces zones «sont définies par la Loi n°85-30 du 9 janvier 1985 relative au développement et à la protection de la montagne».

17. Modifications de l'annexe 3 – équipements lourds de la Liste des actes et prestations (LAP)

A) Modification de la définition de l'année d'installation des équipements médicaux lourds

Annoncée par la Circulaire CNAMTS Cir-18/2011 du 5 septembre 2011, la décision UNCAM du 20 mars 2012 modifie la définition de l'année d'installation afin de tenir compte des évolutions de la procédure de vérification de la conformité des équipements de scanographie, d'IRM et de TEP mise en œuvre par les décrets d'application de la loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi « HPST »).

Ainsi, l'année d'installation de l'appareil est définie par « *l'année civile de la date effective de mise en service de l'appareil* ».

Il est précisé que, conformément aux dispositions de l'article D 6122-38 du CSP, la date effective de mise en service de l'appareil **ne doit pas être antérieure** au jour suivant l'envoi au Directeur général de l'ARS par le titulaire de l'autorisation de la déclaration prévue à l'article R 6122-37 du CSP.

B) Actualisation de la classification et des seuils d'activité de référence des appareils d'IRM

La décision UNCAM du 20 mars 2012 actualise la classification des appareils d'IRM. Deux nouvelles classes d'appareils sont créés, comme prévu à l'avenant 4 à la convention médicale (JO du 30 mars 2012).

Classification

Prenant en compte les évolutions des technologies, la décision de l'UNCAM actualise la classification des appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) en distinguant notamment de nouveaux appareils IRM spécifiques aux examens ostéo-articulaires de certaines régions anatomiques (Cf. annexe 1 qui reprend cette classification).

Concernant les appareils IRM « spécialisés en ostéo-articulaire », la classification en vigueur suite à la décision UNCAM fera l'objet de **quelques modifications** dans les dénominations commerciales des appareils et dans les caractéristiques techniques (ajout de « antenne hanche » dans la liste d'équipement optionnel des appareils IRM « spécialisés en ostéo-articulaire » et, pour les appareils IRM « dédiés aux examens ostéo-articulaires des membres », remplacement dans la vitesse du gradient du = par > ou égal) à l'occasion d'une prochaine décision.

Classification de la décision UNCAM du 20 mars 2012

Appareils IRM « spécialisés en ostéo-articulaire » installés à partir du 1^{er} janvier 2012

CONSTRUCTEUR	Dénomination Commerciale des appareils
GE HEALTHCARE	MR 355 et MR 360
HITACHI France	ECHELON
PHILIPS HEALTHCARE	ACHIEVA
SIEMENS HEALTHCARE	ESSENZA, AVANTO
TOSHIBA MEDICAL France	VANTAGE, TITAN

Source : SNITEM

Classification à venir :

**Appareils IRM « spécialisés en ostéo-articulaire »
installés à partir du 1^{er} janvier 2012**

CONSTRUCTEUR	Dénomination Commerciale des appareils
GE HEALTHCARE	BRIVO « spécialisé en ostéo-articulaire » OPTIMA 60cm « spécialisé en ostéo-articulaire »
HITACHI France	EHELON « spécialisé en ostéo-articulaire »
PHILIPS HEALTHCARE	ACHIEVA « spécialisé en ostéo-articulaire »
SIEMENS HEALTHCARE	ESSENZA « spécialisé en ostéo-articulaire »
TOSHIBA MEDICAL France	VANTAGE, ATLAS « spécialisé en ostéo-articulaire »

Source : SNITEM

Seuil d'activité

En cohérence avec cette nouvelle classification et les dispositions à l'article 3 de l'avenant 4 à la convention médicale, la décision UNCAM du 20 mars 2012 modifie le tableau des seuils d'activité.

Avant :

**Seuils d'activité de référence annuelle pour l'ensemble des matériels installés
quelle que soit leur date d'installation**

(i) Puissance de l'appareil (en	< 0,5 T	0,5 T	> 0,5 T et <	1,5 T
(ii) Activités de référence	3 500	4 000	4 000	4 500

Après :

Classe d'appareils	< 0,5 T	0,5T	> 0,5 T et 1,5 T <	1,5T Poly- valent	1,5 T dédié aux membres	1,5 T spécialisé ostéo- articulaire	> 1,5T
Activités de référence (forfaits)	3 500	4 000	4 000*	4 500	4 500	4 500	4 500

* Une erreur de transcription dans la version de l'avenant 4 publiée au JO a inscrit ce seuil à 4 500. La correction de l'erreur est effective à la publication du 1^{er} juin 2012.

Cette nouvelle classification et les seuils associés entrent en vigueur le 7 juillet 2012, avec les tarifs fixés par l'avenant 4 à la convention médicale.

Au cours des dernières étapes de la procédure réglementaire de publication de la décision UNCAM du 20 mars 2012, des informations ont été transmises à la Cnamts par les constructeurs actualisant les dénominations commerciales des appareils IRM « spécialisés en ostéo-articulaire » et modifiant deux caractéristiques des nouvelles classes d'appareils. Ces informations n'ayant pas pu être intégrées dans la décision, elles seront publiées à l'occasion d'une prochaine décision UNCAM. Dans l'attente, la classification des appareils IRM tenant compte de l'ensemble des modifications est fournie en annexe de cette circulaire.

18. Modification du tarif des actes d'anesthésie de la chirurgie de la cataracte

Les tarifs des actes d'anesthésie de la cataracte (activité 4) ont été modifiés afin de les faire converger vers les tarifs obtenus par l'application des scores de travail issus des règles de hiérarchisation définies et validées en Commission de hiérarchisation des actes et prestations (CHAP).

Les actes concernés sont :

- BFGA002 : Extraction extracapsulaire manuelle du cristallin, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil ;
- BFGA004 : Extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil ;
- BFGA006 : Extraction intracapsulaire ou extracapsulaire du cristallin, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre antérieure de l'œil en cas d'impossibilité d'implantation dans la chambre postérieure».

Les tarifs sont ainsi modifiés :

- BFGA 002 : 112,60 €
- BFGA 004 : 111 €
- BFGA 006 : 112,90 €.

ARCHIVE