

CIRCULAIRE

CIR-6/2012

Document consultable dans Médi@m

Date :

02/03/2012

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 décembre 2011 concernant la Liste des Actes et Prestations (LAP) et modifiant la NGAP et la CCAM (V26).

Liens :

CIR-19/2011

Plan de classement :

P10-02 P06-01

Emetteurs :

DDGOS DDO

Pièces jointes :

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 décembre 2011, relative à la mise en œuvre des mesures de la convention médicale du 26 juillet 2011, a été publiée au JO du 21 février 2012 .

Elle introduit des modifications de la NGAP et de la CCAM pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes.

Les modifications de la NGAP sont applicables au 26 mars 2012.

Les modifications CCAM (Forfait sécurité dermatologie pour certains actes d'exercice, modificateur S et nouvel acte d'isocinétique) sont applicables au 22 mars 2012.

Une nouvelle base CCAM (version 26) est mise à disposition des éditeurs de logiciels, selon le circuit en vigueur.

Mots clés :

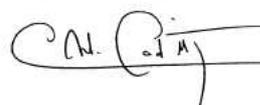
NGAP, CCAM, convention médicale 26 juillet 2011, VL, modificateur S, FSD, majorations

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



Mathilde LIGNOT-LELOUP

Le Directeur Délégué
aux Opérations



Olivier de CADEVILLE

CIRCULAIRE : 6/2012

Date : 02/03/2012

Objet : Décision UNCAM du 20 décembre 2011 concernant la Liste des Actes et Prestations (LAP) et modifiant la NGAP et la CCAM (V26).

Affaire suivie par : *Christine VAULONT (DDGOS/DOS/DACT)* – christine.vaulont@cnamts.fr
Marie-Thérèse ALLIOUX (DDGOS/DOS/DACT) – marie-therese.allieux@cnamts.fr
Emilie DEJEAN-RENARD (DDGOS/DOS/DACT) – emilie.dejean-renard@cnamts.fr

La décision UNCAM du 20 décembre 2011, parue au Journal officiel du 21 février 2012, a pour objet de mettre en œuvre les mesures modifiant la liste des actes et prestations (LAP) mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale. Ces mesures font suite à la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes signée le 26 juillet 2011.

Les modifications concernant la CCAM prennent effet le 22 mars 2012. Celles concernant la NGAP sont applicables le 26 mars 2012.

I – Pédiatres

I.1. Alignement du tarif des trois consultations obligatoires

Les trois consultations médicales obligatoires du nourrisson donnant lieu à un certificat, prévues à l'article R. 2132-2 du code de santé publique (dans les huit jours, au cours des 9^{ème} ou 10^{ème} mois, au cours des 24^{ème} ou 25^{ème} mois) et réalisées par le pédiatre n'ont pas toutes le même tarif. Pourtant, ces trois consultations longues et complexes correspondent à un travail médical équivalent.

La convention prévoit d'harmoniser la valorisation de ces trois consultations dans le cadre d'une meilleure prévention des pathologies de l'enfant.

Trois articles des dispositions générales de la NGAP sont modifiés :

- l'article 14.4 : forfait pédiatrique (FPE), applicable pour les pédiatres de secteur 1 et 2,
- l'article 14.4 bis : majoration pour la prise en charge des nourrissons par le pédiatre (MNP) applicable pour les pédiatres de secteur 1,
- l'article 14.4 ter : majoration de l'examen médical obligatoire dans les huit jours suivant la naissance, par le pédiatre (MBB) applicable pour les pédiatres de secteur 1 et 2.

Pour chacune de ces 3 consultations obligatoires, ces 3 majorations (FPE, MNP et MBB) peuvent être cumulées.

Par ailleurs, le tarif de la majoration MBB a été augmenté de 2 € dans la convention médicale de juillet 2011 (valorisation applicable 6 mois après l'entrée en vigueur de la convention soit le 26 mars 2012 en application de la règle fixée à l'article L. 162-14-1-1 CSS). Il passe donc de 5 € à 7 €

Ce cumul permet donc une uniformisation du tarif de ces 3 consultations :

- 38 € pour les pédiatres de secteur 1
- 35 € pour les pédiatres de secteur 2 et les pédiatres titulaires du droit à dépassement permanent pour lesquels le MNP n'est pas applicable, sauf pour les seuls actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé (CMU et AME).

Les cotations de ces 3 consultations obligatoires (et la valeur du MBB) sont récapitulées dans le tableau ci-après :

	Secteur 1		Secteur 2	
	Avant le 26 mars 2012	A partir du 26 mars 2012	Avant le 26 mars 2012	A partir du 26 mars 2012
Consultation 8 ^{ème} jour	36 € (CS + FPE + MNP + MBB)	38 € (CS + FPE + MNP + MBB)	33 € (CS + FPE + MBB)	35 € (CS + FPE + MBB)
Consultation au cours du 9 ^{ème} ou 10 ^{ème} mois	31 € (CS + FPE + MNP)	38 € (CS + FPE + MNP + MBB)	28 € (CS + FPE)	35 € (CS + FPE + MBB)
Consultation au cours du 24 ^{ème} ou 25 ^{ème} mois	28 € (CS + MPC)	38 € (CS + FPE + MNP + MBB)	23 € (CS)	35 € (CS + FPE + MBB)
<i>Valeur MBB</i>	5€	7€	5€	7€

Ces majorations ne sont cumulables ni avec la majoration forfaitaire transitoire applicable à la CS (MPC), ni avec la majoration pour enfants de 25 mois à 6 ans (MPE cf. infra A.I.3).

I.2. Création d'une consultation spécifique entre la sortie de la maternité et le 28^{ème} jour

L'examen à 1 mois du nouveau né apparaît trop tardif pour qu'un suivi adapté soit mis en œuvre, en particulier en cas de situation de vulnérabilité de la famille ou de pathologie de l'enfant, et ce d'autant que les sorties de maternité sont de plus en plus précoces. Cette mesure vise à mieux dépister les pathologies du nouveau-né ou leur décompensation, d'en assurer un meilleur suivi et doit permettre d'accompagner la prise en charge globale de l'enfant par sa famille, conformément au rapport de la HAS de novembre 2005 sur la parentalité.

La convention médicale prévoit dans son article 27.1 la création d'une consultation pour le nourrisson, entre la sortie de maternité et le 28^{ème} jour de l'enfant. Cette consultation est inscrite à l'article 15.2.2 de la NGAP. « Consultation spécifique entre la sortie de maternité et le 28^{ème} jour réalisée par un pédiatre ». Elle autorise, comme les 3 consultations obligatoires du nourrisson donnant lieu à certificat, les majorations FPE, MNP et MBB. Elle ne s'applique pas dans le cadre d'un enfant hospitalisé en continu pendant son 1^{er} mois. Ce n'est pas une consultation obligatoire donnant lieu à certificat au sens de l'article R. 2132-2 du code de la santé publique. A ce titre, elle n'est pas remboursée à 100% ; sauf exonération spécifique du patient.

Elle est valorisée à :

- 38 € en secteur à honoraires opposables avec les cotations suivantes CS + FPE + MNP + MBB
- 35 € en secteur à honoraires différents avec les cotations suivantes CS + FPE + MBB

I.3. Création d'une majoration MPE pour les enfants de 25 mois à 6 ans

Pour valoriser la prise en charge et le suivi par le pédiatre de la classe d'âge des enfants de 25 mois à 6 ans, il est envisagé à l'article 27.1 de la convention médicale la création d'une majoration dénommée MPE.

Il est ainsi créé un article 14.4 quinquies à la NGAP «Majoration pour la prise en charge des enfants de 25 mois à 6 ans par le pédiatre». Cette majoration s'applique aux consultations et aux visites. Elle est cumulable avec la majoration MPC. Elle n'est pas cumulable avec les majorations MBB, MNP et FPE. Elle est réservée aux pédiatres de secteur 1 et par dérogation aux pédiatres de secteur 2 et aux pédiatres titulaires du droit à dépassement permanent pour les seuls actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé (CMU et AME).

Cette majoration, cotée MPE, est valorisée à hauteur de 3 €(valeur fixée par la convention médicale).

II – Dermatologues

II.1. Cumul de la consultation et de l'acte de biopsie cutanée

Afin de développer la pratique de la biopsie cutanée, notamment dans le cadre du diagnostic du cancer de la peau, et d'en assurer la traçabilité, l'article 27.1 de la convention médicale a proposé d'autoriser le cumul de la facturation de la biopsie avec l'acte de consultation pour les dermatologues. Il s'agit d'une dérogation au principe de non cumul d'un acte de consultation et d'un acte technique prévue à l'article III-3 des dispositions diverses de la CCAM.

Cette association d'actes n'est facturable que par les médecins spécialistes en dermatologie.

Ces dispositions sont ajoutées après le 3. de l'article III-3 A des dispositions diverses de la LAP.

La consultation est facturée à taux plein et l'acte technique à 50% de sa valeur. L'acte QZHA001- Biopsie dermoépidermique par abord direct peut donc être facturé 10 € et l'acte QZHA005- Biopsie des tissus souscutanés susfasciaux, par abord direct 10,23 €

Enfin, il est rappelé que lorsqu'un acte de la CCAM est associé à un acte de la NGAP, aucun code association ne doit être noté.

II.2. Hausse du tarif du Forfait Sécurité Dermatologie (FSD) et élargissement du périmètre des actes éligibles

Le traitement de première intention des naevus et des tumeurs malignes cutanées est l'exérèse chirurgicale de la lésion. Cet acte très fréquent peut, selon la taille de la lésion, être réalisé en cabinet de ville sous anesthésie locale. Suite au rapport de la HAS de juillet 2007 sur les : « Conditions de réalisation des actes d'exérèse de lésions superficielles de la peau », un Forfait Sécurité Dermatologie (FSD) a été créé en 2009 pour rémunérer l'environnement spécifique nécessaire à l'exérèse de ces lésions quand elle est réalisée sous anesthésie locale et sans hospitalisation. Ce forfait s'applique à une liste définie d'actes de la CCAM.

L'article 27.1 de la convention médicale envisage une revalorisation du FSD de 35 à 40 € et son extension à d'autres actes d'exérèse de lésions cutanées.

II. 2.1 Revalorisation du FSD

L'annexe 4 – Autres forfaits du Livre III de la LAP est modifiée afin de porter la valeur du FSD à 40 € Ce nouveau tarif s'applique à partir du 22 mars 2012.

II.2.2 Extension du FSD

Le FSD est étendu à quatre actes d'exérèse de lésions cutanées de moins de 10 cm de grand axe, quand ils sont réalisés sous anesthésie locale et sans hospitalisation :

- QZFA002 «Exérèse d'une lésion souscutanée susfasciale de moins de 3 cm de grand axe»
- QZFA001 «Exérèse de 2 à 5 lésions souscutanées susfasciales de moins de 3 cm de grand axe»
- QZFA005 «Exérèse de 6 lésions souscutanées susfasciales ou plus de moins de 3 cm de grand axe»
- QZFA007 «Exérèse de lésion souscutanée susfasciale de 3 cm à 10 cm de grand axe»

Actuellement, ces actes ouvrent droit au forfait SE2 quand ils sont réalisés en établissement. Ils sont retirés à la date du 26 mars 2012 de la liste des actes donnant lieu à rémunération sur la base d'un SE2. La mention « Forfait Sécurité Dermatologie » est ajoutée sous le libellé de ces 4 actes dans le livre II de la CCAM.

II.3. Création d'une consultation de dépistage du mélanome (CDE)

Le mélanome est la plus grave des tumeurs malignes cutanées, avec une incidence en augmentation régulière. L'article 27.1 de la convention médicale propose de développer son dépistage par la mise en œuvre d'une consultation spécifique des sujets à risque de mélanome, réalisée par les médecins spécialistes en dermatologie, conformément au rapport de novembre 2006 de la HAS sur la « Stratégie de diagnostic précoce du mélanome ».

A l'article 15.2.1 de la NGAP est créée une « consultation de dépistage du mélanome réalisée au cabinet par un médecin spécialiste en dermatologie ». La description de cette consultation suit les préconisations de la HAS. Elle précise les sujets à risque et le contenu de la consultation, en insistant sur l'information du patient.

Cette consultation valorisée à hauteur de 2 C (valeur fixée dans la convention médicale) est identifiée par la lettre clef CDE. Elle ne peut être facturée qu'une fois par an. Elle s'applique aux praticiens de secteur 1 et de secteur 2. Elle n'ouvre droit à aucune majoration. Elle ne peut pas être facturée pendant un séjour hospitalier.

Cette consultation n'entre pas dans le cadre du parcours de soins (le professionnel de santé ne précisera pas d'indicateur de parcours de soins sur sa feuille de soins papier ou électronique) : la consultation préalable du médecin traitant n'est donc pas requise (pas de pénalisation dans le cadre des règles du parcours de soins). Toutefois, il est nécessaire que le dermatologue informe le médecin traitant par courrier.

III – Gynécologues et médecins généralistes : cumul de l'acte de consultation et de l'acte de frottis

La prévention du cancer du col de l'utérus s'appuie sur la réalisation régulière de frottis cervico-vaginaux, réalisés conformément aux recommandations de la HAS de juillet 2010 sur le dépistage du cancer du col de l'utérus. Elle préconise un frottis de dépistage tous les 3 ans, après la constatation de 2 frottis cervico-utérins normaux, chez les femmes de 25 à 65 ans.

Afin de favoriser la généralisation de ce dépistage, l'article 27.1 de la convention envisage la possibilité, pour l'ensemble des médecins, de coter l'acte clinique de consultation associé à l'acte technique JKHD001- prélèvement cervico-vaginal. Il s'agit d'une dérogation au principe de non cumul d'un acte de consultation et d'un acte technique prévue à l'article III-3 des dispositions diverses de la CCAM.

Ces dispositions sont ajoutées après le 3. de l'article III-3 A des dispositions diverses de la LAP.

La consultation est facturée à taux plein et l'acte technique à 50% de sa valeur. L'acte de frottis est donc facturé 4,82 €

Ce cumul n'est possible que dans les situations décrites dans les recommandations de la HAS chez les femmes de 25 à 65 ans :

- 2 frottis annuels normaux
- puis un frottis tous les 3 ans.

En dehors de ces situations, le cumul de ces deux actes n'est pas possible.

Enfin, il est rappelé que lorsqu'un acte de la CCAM est associé à un acte de la NGAP, aucun code association ne doit être noté.

IV – Psychiatres

IV.1. Création d'une consultation de psychiatrie réalisée à la demande du médecin traitant dans les 2 jours ouvrables

L'accès à un psychiatre libéral, à la demande du médecin traitant, en vue d'obtenir une réponse psychiatrique rapide est difficile pour les patients porteurs d'une maladie psychiatrique connue ou pour les patients en crise.

L'article 27.2 de la convention médicale propose la création d'une consultation de psychiatrie à la demande du médecin traitant, intervenant dans un délai de 2 jours ouvrables.

Cette consultation est créée à l'article 15.2.4 de la NGAP – «Consultation réalisée au cabinet par un psychiatre». Elle concerne les patients atteints d'une pathologie psychiatrique connue en phase de décompensation ou la première manifestation d'une pathologie potentiellement psychiatrique. Le patient doit être adressé par son médecin traitant.

Cette consultation est cotée 1,5 CNPSY (valeur fixée dans la convention médicale¹)

Cette cotation ne se cumule ni avec la «Majoration Première consultation Famille» (MPF), ni avec la «Majoration consultation Annuelle Famille» (MAF).

IV.2 Elargissement du périmètre de la consultation familiale

En 2007, a été créée la majoration «Majoration Première consultation Famille» (MPF) pour la première consultation avec la famille d'un enfant de moins de 16 ans présentant une pathologie

¹ Pour mémoire la consultation (CNPSY) et la visite (VNPSY) du psychiatre seront revalorisées à hauteur de 37 € en France métropolitaine, de 40,70 € en Martinique et en Guadeloupe et de 44,40 € en Guyane, à la Réunion et à Mayotte. Cette mesure de revalorisation tarifaire sera applicable 6 mois après l'entrée en vigueur de la convention en application de l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, soit le 26 mars 2012.

psychiatrique grave relevant d'une ALD et nécessitant une prise en charge spécialisée d'une durée prévisible au moins égale à un an. Il s'agit d'une consultation longue et spécifique, dédiée à l'annonce du diagnostic, au cours de laquelle sont expliqués la pathologie, son pronostic et la stratégie thérapeutique en présence des intervenants essentiels du groupe familial.

Afin de permettre une meilleure prise en charge des pathologies psychiatriques de l'enfant, l'article 27.2 de la convention médicale prévoit l'élargissement des conditions de réalisation de cette majoration.

L'article 14.4.4 de la NGAP précise que cette consultation de psychiatrie peut désormais être réalisée en présence d'un tiers social ou médico-social. De plus, la notion d'ALD est supprimée et remplacée par la notion de « pathologie psychiatrique nécessitant une prise en charge spécialisée par le psychiatre ». Par ailleurs l'application de cette majoration n'est plus limitée à la première consultation familiale.

Cette majoration MPF ne peut pas se cumuler avec la «Majoration consultation Annuelle Famille» (MAF).

V – Elargissement du modificateur S pour les actes thérapeutiques de nuit en urgence avec anesthésie

Actuellement, les actes de la CCAM réalisés par les médecins généralistes et les pédiatres bénéficient :

- du modificateur «P» de 20h à minuit et de 06h à 08h, d'une valeur de 35 €
- du modificateur «S», de 00h à 06h (nuit profonde), d'une valeur de 40 €

Les actes de la CCAM réalisés entre 20h et 08h par les autres médecins spécialistes, hors généralistes et pédiatres, bénéficient du modificateur «U» d'une valeur de 25,15 €

L'article 28.1 de la convention médicale propose de mieux valoriser les actes thérapeutiques réalisés en urgence, en nuit profonde et nécessitant une anesthésie générale ou loco-régionale.

La définition du modificateur S a donc été modifiée. Il est désormais facturable de 00h à 06h (nuit profonde) par les médecins relevant d'autres spécialités que la médecine générale et la pédiatrie, pour les actes thérapeutiques réalisés en urgence et sous anesthésie générale ou locorégionale..

Par ailleurs, les médecins généralistes et les pédiatres continuent à facturer ce modificateur pour tous leurs actes réalisés en urgence.

Cette modification a été portée au chapitre 19.03.01 du livre II la CCAM, à l'article III-2 des dispositions diverse de la CCAM et à l'annexe 1 du livre III.

Le modificateur «U» reste facturable par les médecins spécialistes, hors médecins généralistes et pédiatres :

- de 20h à 08h pour tous les actes réalisés sans anesthésie générale ou loco-régionale
- pour tous les actes réalisés de 20 h à minuit et de 06h à 08h.

VI – Médecins sollicités pour un avis ponctuel de consultant

L'article 18 de la NGAP dans sa rédaction antérieure stipulait : « lorsqu'un médecin spécialiste, dont le nombre annuel de consultations et d'avis ponctuels de consultant est d'au moins 90% de son activité totale (exprimée en nombre d'actes dans l'année civile), a besoin d'un bilan complémentaire effectué par un autre professionnel de santé pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut revoir son patient lors d'une nouvelle consultation ».

Ce même article prévoyait que lorsque ce nombre était « de moins de 90% de son activité totale (exprimée en nombre d'actes) » et que le médecin spécialiste avait « besoin d'actes techniques complémentaires pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il pouvait facturer les actes techniques strictement nécessaires à l'établissement de son diagnostic ».

Par ailleurs, les médecins spécialistes qualifiés en médecine générale par l'Ordre des médecins ne pouvaient pas y prétendre.

Conformément à l'article 13.2 de la convention médicale, l'article 18 de la NGAP a été modifié afin :

- d'une part, de permettre au médecin de réaliser une consultation cotée CS pour effectuer la synthèse de son avis de consultant, en cas de nécessité de réalisation par un autre professionnel d'examen complémentaires.
- d'autre part, de permettre aux médecins spécialistes qualifiés en médecine générale par l'Ordre des médecins de facturer des avis ponctuels de consultant.

Ainsi, indépendamment de la part que représente son activité clinique, le praticien peut facturer, lorsque cela est nécessaire, une consultation de synthèse.

VII – Création d'une visite longue et complexe pour le médecin traitant à destination d'un patient atteint de maladie neuro-dégénérative

L'objectif du plan Alzheimer 2008-2012 est d'améliorer la prise en charge du patient porteur d'une maladie d'Alzheimer, notamment en renforçant le rôle du médecin traitant. L'article 27.2 de la convention médicale propose la création d'une visite longue et complexe, réalisée par le médecin traitant au domicile du patient atteint de maladie neuro-dégénérative, en présence des aidants naturels.

Il est donc créé l'article 15.2.3 à la NGAP : « Consultation réalisée au domicile du patient atteint de maladie neuro-dégénérative par le médecin traitant ».

La visite longue et complexe doit être réalisée au domicile du patient par le médecin traitant, en présence des aidants habituels (famille, aide ménagère, voisins éventuellement...). Cette visite concerne les patients souffrants d'affection neuro-dégénérative identifiée et ne se limite pas aux patients souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de la maladie de Parkinson.

La liste, non exhaustive, des principales maladies neuro-dégénératives conformes à la Classification Internationale des Maladies (CIM 10) est la suivante :

- Affections dégénératives systémiques du système nerveux central : chorée de Huntington, ataxie héréditaire, sclérose latérale amyotrophique et syndromes apparentés
- Syndromes extrapyramidaux : maladie de Parkinson et autres dégénérescence des noyaux gris centraux

- Autres affections dégénératives du système nerveux central : maladie d'Alzheimer, maladie de Pick, maladie à corps de Lewy et affections apparentées.
- Affection démyélinisante : sclérose en plaques et affections apparentées
- Maladie de Creutzfeld-Jacob

Le patient doit être en ALD pour cette pathologie neuro-dégénérative identifiée. Cette visite doit être en rapport avec l'ALD.

La VL ouvre droit à la facturation des frais de déplacement que sont les indemnités horokilométriques « IK » et/ou la majoration de déplacement « MD » selon les dispositions prévues aux articles 13 et 14.2 de la NGAP. Aucune autre majoration ne peut être facturée.

La VL est facturable une fois par an. Lorsqu'une nouvelle évaluation est nécessaire, elle peut être facturée plus d'une fois par an. Ces cas sont listés dans l'article 15.2.3 :

- modification de l'état de santé du patient, suffisamment importante pour justifier une réévaluation médicale
- changement de l'environnement du patient nécessitant une réévaluation de « l'adéquation entre les besoins du patient et des aidants naturels et les moyens mis en place ».

L'évaluation gériatrique, la prévention de la iatrogénie médicamenteuse, le soutien aux aidants, l'information sur les structures d'aide à la prise en charge, la formation des aidants et la protection juridique du patient font partie intégrante de la visite.

Cette visite longue donne lieu à la création d'une lettre clé VL à l'article 2-2 de la NGAP. Elle est valorisée 2 V (valeur fixée dans la convention médicale) afin de tenir compte de sa durée et de sa complexité.

Il est précisé que le domicile du patient peut être un établissement d'hébergement pour personnes âgées à l'exception des unités de soins de longue durée à condition que cette visite respecte l'ensemble des conditions de l'article 15.2.3.

Quand le patient est hébergé en EHPAD, cette visite longue du médecin traitant doit se faire en cohérence avec les missions du médecin coordonnateur décrites à l'article D312-158 du Code de l'action sociale et des familles.

Donc il est recommandé que cette visite spécifique soit réalisée en présence du médecin coordonnateur mais ce n'est pas une condition pour la facturation.

Concernant la facturation, il est rappelé que si l'établissement d'hébergement est en option tarifaire partielle, la VL est facturée à l'assurance maladie par le médecin traitant ; par contre si l'établissement a fait le choix de l'option tarifaire globale, la facturation se fait directement à l'établissement sans émission de feuille de soins.

VIII – Elargissement du périmètre de la majoration MCE

La majoration pour certaines consultations réalisées par un médecin spécialiste en endocrinologie (MCE), d'une valeur de 10 €, est actuellement facturable par les médecins spécialistes en endocrinologie ou en médecine interne compétents en diabétologie pour certaines consultations de patients diabétiques de type I ou II ou présentant des endocrinopathies complexes.

S'agissant des patients diabétiques insulino-traités, la convention médicale a souhaité reconnaître le rôle prépondérant de l'endocrinologue dans la prise en charge initiale des patients et lors de la première consultation en cas d'apparition de certaines complications du diabète. L'article 27.2 a donc proposé d'élargir le périmètre d'application de cette majoration.

A l'article 15.4 des dispositions générales de la NGAP, il est prévu d'élargir le champ d'application de la majoration MCE aux patients diabétiques de type 1 et de type 2 insulino-requérant ou devenant insulino-requérant, à la consultation initiale et à la première consultation après survenue d'une ou plusieurs complications du diabète (complications oculaires, rénales, neurologiques, cardio-vasculaires et lésions du pied).

IX – Inscription de l'acte d'isocinétisme au Livre II de la LAP (CCAM)

L'article 28.1 de la convention médicale avait acté le souhait des parties signataires que soient mises en œuvre les évolutions de nomenclature relatives aux actes de médecine physique et réadaptation (MPR).

Suite à la décision UNCAM du 20 décembre 2011, l'acte PEQP003 est désormais pris en charge par l'assurance maladie. Cet acte technique permet une évaluation objective et quantifiée, des déficiences musculaires, en 2^{ème} intention lorsque l'examen clinique ou les méthodes instrumentales d'évaluation ne sont pas suffisantes.

L'acte permet ainsi un suivi longitudinal de l'efficacité de la rééducation et selon les résultats, une adaptation du programme de rééducation. Sa réalisation nécessite l'emploi d'un équipement spécifique ainsi qu'une formation spécifique à l'isocinétisme en plus de la formation initiale, sauf pour les médecins MPR pour lesquels elle fait partie de la formation initiale. Compte tenu de ces spécificités, l'acte est essentiellement pratiqué par les médecins MPR.

Les indications validées par la HAS étant larges, il a été convenu avec la société française de médecine physique et de réadaptation [SOFMER] dans le cadre des mesures sur la CCAM inscrites à la convention nationale des médecins, de limiter la prise en charge de cet acte au suivi d'un programme de rééducation validé par la SOFMER dans les 18 premiers mois postopératoires d'une reconstruction de ligament croisé du genou, avec un maximum de 3 actes au plus par patient. Le programme de rééducation est accessible sur le site de la SOFMER :

http://www.sofmer.com/download/sofmer/reco_isocinetisme_ligamentoplastie_300909.pdf

Le tarif de l'acte a été fixé à 65,11 €

X – Mesures à venir

Il est précisé que, sous réserve de publication dans les délais des décisions UNCAM afférentes, il est prévu que deux mesures complémentaires soient mises en œuvre avant fin mai 2012 :

- pour les médecins généralistes : la possibilité de cumuler la majoration nourrisson (MNO) prévue à l'article 14.4.2 de la NGAP et le forfait pédiatrique (FPE) prévu à l'article 14.4.1 de la NGAP, pour les consultations ou visites effectuées dans les huit jours qui suivent la naissance, au cours du 9^{ème} ou 10^{ème} mois et au cours du 24^{ème} ou du 25^{ème} mois, à destination d'un enfant âgé de 0 à 25 mois inclus et donnant lieu à l'examen complet et l'établissement d'un certificat de santé, tels que mentionnés aux articles R 2132-2 et R 2132-3 du Code de la Santé publique
- la révision de l'article 13 de la NGAP.