

CIRCULAIRE

CIR-15/2017

Document consultable dans Médi@m

Date :

22/09/2017

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 :

La décision UNCAM du 24 juillet 2017 concernant la Liste des actes prestations et modifiant la NGAP et la mise en œuvre de la convention médicale de 2016

Liens :

Cir-24/2016

Cir-9/2017

Cir-10/2017

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 type="checkbox"/> CARSAT	<input checked="" type="checkbox"/> CNAMTS
<input checked="" type="checkbox"/> Agents Comptables	<input type="checkbox"/> UGECAM	<input checked="" type="checkbox"/> CGSS	<input checked="" type="checkbox"/> CTI
<input checked="" type="checkbox"/> DCGDR			
<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 24 juillet 2017 concernant la Liste des actes prestations et modifiant la NGAP, la mise en œuvre de la convention médicale de 2016 et la COE

Mots clés :

Convention médicale ; NGAP ; avis ponctuel de consultant ; COE ; APC ; PU ; APY

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



Philippe ULMANN

Le Directeur Délégué
aux Opérations



Eric LE BOULAIRE

CIRCULAIRE : 15/2017

Date : 22/09/2017

Objet : La décision UNCAM du 24 juillet 2017 concernant la Liste des actes prestations et modifiant la NGAP et la mise en œuvre de la convention médicale de 2016

Affaire suivie par : dact.ddgosdos@cnamts.fr **mot clef à mettre en objet : LRCONV2016**

La première partie de la circulaire présente les nouvelles cotations de l'avis ponctuel de consultant applicables au 1^{er} octobre 2017 et précise les règles de facturation de la COE.

La deuxième partie reprend l'ensemble des conditions de facturation applicables à l'avis ponctuel de consultant afin de tenir compte des modifications intervenues depuis la circulaire 7/2011.

I. Nouvelles règles de facturation à la suite de la convention médicale de 2016

II. Les nouvelles cotations de l'avis ponctuel de consultant

La convention médicale de 2016 prévoit à l'article 28.3.5 la revalorisation de l'avis ponctuel de consultant et sa désindexation de la valeur des cotations C ou V.

L'article 18 B. de la NGAP a été modifié par la décision UNCAM du 24 juillet 2017 publié au Journal Officiel du 15 septembre 2017.

5 nouvelles cotations ont été introduites : APC, APV, APY, AVY et APU.

Le tableau ci-dessous récapitule ces changements de tarification (voir également annexe 1) :

En métropole	Avant le 1er octobre 2017	Du 1er octobre 2017 au 31 mai 2018	A partir du 1er juin 2018
Médecins de toutes spécialités (hors psychiatres, neuropsychiatres ou neurologues)			
Code de facturation	C*2 ou V*2	APC ou APV	
Tarif	46 €	48 €	50 €
Psychiatres, neuropsychiatres ou neurologues			
Code de facturation	C*2,5 ou V*2,5	APY ou AVY	
Tarif	57,50 €	60 €	62,50 €
PU-PH en activité			
Code de facturation	C*3	APU	
Tarif		69 €	

Dans les DROM (hors Mayotte)	Avant le 1er octobre 2017	Du 1er octobre 2017 au 31 mai 2018	A partir du 1er juin 2018
Médecins de toutes spécialités (hors psychiatres, neuropsychiatres ou neurologues)			
Code de facturation	C*2 ou V*2		APC ou APV
Tarif	55,20 €	57,60 €	60 €
Psychiatres, neuropsychiatres ou neurologues			
Code de facturation	C*2,5 ou V*2,5		APY ou AVY
Tarif	69 €	72 €	75 €
PU-PH en activité			
Code de facturation	C*3		APU
Tarif	82,80 €		

I.2 La COE (consultation obligatoire enfant)

Une nouvelle consultation « COE Consultation Obligatoire de l'Enfant » a été introduite au 1^{er} mai 2017 à la nomenclature (cf. CIR 9/2017). Elle valorise les 3 consultations obligatoires du nourrisson donnant lieu à certificat (dans les 8 jours qui suivent la naissance, au cours du 9^e mois ou du 10^e mois et au cours du 24^e mois ou du 25^e mois), par un médecin généraliste ou pédiatre quel que soit son secteur d'exercice (Article 14.9 de la NGAP).

Le tarif de la COE est de 39€ au 1er mai 2017 et de 46€ à partir du 1er novembre 2017¹.

Elle est facturable à tarif opposable (pas de dépassement possible).

Les majorations de dimanche ou jour férié et de nuit (article 14 de la NGAP) ne s'appliquent pas à la COE.

Conformément à l'article L.160-9 du code de la sécurité sociale, ces examens médicaux obligatoires sont pris en charge au titre de l'assurance maternité.

La facturation sur le risque « maternité » doit être la règle.

Par dérogation, la facturation sur le risque « maladie » est autorisée dans les situations suivantes :

- le patient est bénéficiaire de l'AME (absence d'exonération « maternité » dans les dossiers AME) ;
- l'enfant n'est pas encore inscrit sur la carte Vitale utilisée pour le 1er certificat obligatoire ;
- lors de la prise en charge en unité de néonatalogie pour un enfant hospitalisé (GHS pris sur le risque maladie).

La dérogation de facturation de la MPP en sus de la COE cessera dès le 1er novembre 2017.

En effet, dans le cas de la prise en charge d'enfants nés grands prématurés de moins de 32 semaines d'aménorrhée plus 6 jours, ou d'enfants atteints d'une pathologie congénitale grave le pédiatre pourra facturer la nouvelle consultation très complexe CGP (article 28.4 de la convention) en utilisant le code CCE d'une valeur de 60€. Cette cotation CCE vient en remplacement de la cotation COE+MPP. Le code CCE ne se cumule pas avec le code COE.

¹ Dans les DROM le tarif de la COE est de 46,80€ au 1^{er} mai et 55,20€ au 1^{er} novembre 2017

II. Conditions de facturation d'un avis ponctuel de consultant dans le cadre du parcours de soins

II.1 Principes

L'article 18 B de la NGAP prévoit que l'avis ponctuel de consultant dans le cadre du parcours de soins est un avis donné par un médecin spécialiste à la demande explicite du médecin traitant ou, par dérogation, pour le stomatologiste, à la demande explicite du chirurgien-dentiste.

Le médecin correspondant, sollicité pour cet avis ponctuel de consultant, adresse au médecin traitant ou au chirurgien-dentiste ses conclusions et ses propositions thérapeutiques. Il s'engage à ne pas donner au patient de soins continus et à laisser au médecin traitant ou au chirurgien-dentiste la charge de surveiller l'application de ses prescriptions.

Le médecin consultant ne doit pas avoir reçu le patient dans les 4 mois précédents l'avis de consultant et ne doit pas le revoir dans les 4 mois suivants pour la même demande (même pathologie).

« Tous spécialistes »

L'avis ponctuel de consultant est accessible à tous les spécialistes quelle que soit leur filière de formation : médecins anciens internes d'un centre hospitalier régional faisant partie d'un centre hospitalier universitaire, médecins titulaires d'un certificat d'études spécialisées ou d'un diplôme d'études spécialisées et ayant obtenu à ce titre la qualification de spécialiste dans la discipline où ils sont consultés.

Les médecins spécialistes qualifiés en médecine générale par l'Ordre des médecins, agissant à titre de consultants à la demande explicite du médecin traitant, peuvent également facturer un avis ponctuel de consultant.

« Adressage par le médecin traitant »

L'avis ponctuel de consultant est applicable, au cabinet ou en établissement, dès lors que la demande émane du médecin traitant.

Le médecin correspondant donnant un avis ponctuel de consultant peut également coter un avis ponctuel de consultant quand le malade est adressé par le remplaçant du médecin traitant ou son associé.

Pour un patient en déplacement en dehors de sa résidence principale, est considéré comme médecin traitant celui qui adresse le patient. Le spécialiste consultant doit alors adresser une copie du compte rendu au médecin traitant déclaré.

Pour les patients âgés de moins de 16 ans n'ayant pas de médecin traitant déclaré et pour les patients relevant de l'Aide Médicale de l'Etat (AME), est considéré médecin traitant celui qui demande l'avis de consultant.

En dehors des particularités énoncées ci-dessus, l'avis ponctuel de consultant n'est pas applicable quand le patient est adressé par un autre médecin que le médecin traitant.

« Demande explicite »

L'avis ponctuel de consultant est applicable seulement si le patient est reçu sur « demande explicite » de son médecin traitant.

Exemples :

- le malade prend un rendez-vous auprès du médecin correspondant donnant un avis ponctuel de consultant avec une lettre de demande d'avis diagnostique et/ou thérapeutique de son médecin traitant ;
- le médecin traitant téléphone au consultant pour expliquer sa demande d'avis.

Une demande écrite n'est pas obligatoire mais il est préférable que le médecin traitant expose par écrit sa demande d'avis au médecin consultant, l'objectif étant de valoriser la coordination entre le médecin traitant et le médecin consultant.

Dans le compte rendu du médecin consultant à destination du médecin traitant, la notion d'adressage pour avis doit apparaître clairement.

« Le médecin correspondant adresse au médecin traitant ses propositions thérapeutiques et lui laisse la charge d'en surveiller l'application »

Le médecin correspondant donnant un avis ponctuel de consultant ne donne pas de soins continus mais laisse au médecin traitant la charge de surveiller l'application de ses prescriptions. Il peut cependant rédiger une première ordonnance de mise en route du traitement ou de prescription d'examen(s) complémentaire(s).

Il adresse par écrit au médecin traitant ses conclusions ainsi que ses propositions thérapeutiques et de suivi.

« L'avis ponctuel de consultant n'est pas applicable dans le cadre d'une prise en charge protocolisée ou d'une séquence de soins »

Un avis ponctuel de consultant ne peut pas être coté lorsqu'un rythme de consultations spécialisées est prévu, dans le cadre d'une prise en charge protocolisée (soins itératifs), et que le patient vient consulter dans le cadre de ce protocole.

Exemple 1 : prise en charge pluridisciplinaire dans le diagnostic d'une maladie d'Alzheimer.

Exemple 2 : consultations dans le cadre du suivi d'un patient.

Un avis ponctuel de consultant ne peut également pas être coté en cas de séquence de soins nécessitant l'intervention successive de plusieurs intervenants sans passage par le médecin traitant.

Exemple : avis consultant demandé à un chirurgien suivi d'une intervention chirurgicale ; le chirurgien pourra coter un APC mais pas le cardiologue à qui un avis pré-opératoire est demandé par le chirurgien.

« Actes associés à l'avis ponctuel de consultant »

Les honoraires des avis ponctuels de consultant ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes effectués dans le même temps, sauf exceptions précisées ci-dessous (ces exceptions sont les mêmes que celles autorisées avec la consultation) :

- cumul à **taux plein** des honoraires : de la radiographie pulmonaire et de la consultation du pneumologue ; de l'ostéodensitométrie sur deux sites par méthode biphotonique et de la consultation du rhumatologue et du médecin de médecine physique et de réadaptation ;

de l'électrocardiogramme et de la consultation, de l'acte de prélèvement cervicovaginal (JKHD001) selon les recommandations de la HAS de juillet 2010 ;

- cumul à 50 % des honoraires avec les actes de biopsies suivants :
 - QZHA001 : Biopsie dermoépidermique, par abord direct
 - QZHA005 : Biopsie des tissus souscutanés susfasciaux, par abord direct
 - BAHA001 : Biopsie unilatérale ou bilatérale de paupière
 - CAHA001 : Biopsie unilatérale ou bilatérale de la peau de l'oreille externe
 - CAHA002 : Biopsie unilatérale ou bilatérale du cartilage de l'oreille externe
 - GAHA001 : Biopsie de la peau du nez et/ou de la muqueuse nasale
 - HAHA002 : Biopsie de lèvre
 - QEHA001 : Biopsie de la plaque aréolomamelonnaire
 - JHHA001 : Biopsie du pénis
 - JMHA001 : Biopsie de la vulve

L'autorisation de la facturation à taux plein de l'acte de prélèvement cervicovaginal (JKHD001) associé à la consultation introduite au 1^{er} juillet 2017 a été prise en compte dans le nouveau libellé de l'avis ponctuel de consultant.

« Majoration »

L'avis ponctuel de consultant n'est pas assimilable à une consultation classique et n'est pas applicable dans le cadre d'une prise en charge protocolisée (soins itératifs).

Il ne peut donc être associé :

- avec la majoration provisoire clinicien (MPC) ;

- avec la majoration MCS décrite à l'article 13.2 de la convention médicale qui est facturable par le médecin correspondant lorsqu'il reçoit le patient pour des soins itératifs ;
- avec les majorations d'urgence.

Néanmoins la convention a prévu la mise en place d'une majoration en cas d'adressage par le médecin traitant vers un médecin correspondant pour une prise en charge dans les 48 heures (article 18.3). La majoration MCU valorisant cette prise en charge sans délai des patients par les médecins spécialistes de second recours en ville s'applique à l'avis ponctuel de consultant.

II. 2 Dérogations

Rappel : Par décision du 20 décembre 2011 (JO du 21 février 2012) les règles de seuil de 90 % de l'activité clinique ou d'activité technique à réaliser pour permettre la facturation d'une CS ou d'actes techniques nécessaires pour élaborer l'avis ponctuel ont été supprimées.

Avis ponctuel de consultant et CS

Si pour élaborer son avis ponctuel de consultant, le médecin a besoin d'un bilan complémentaire pour le patient, réalisé par un autre professionnel de santé, il peut revoir son patient avec ce bilan lors d'une nouvelle consultation. Dans ce cas, la première consultation est cotée « avis ponctuel de consultant » et la seconde consultation (analyse du bilan complémentaire) est valorisée par une consultation telle que prévue par l'article 18 B de la NGAP. Comme toute consultation, elle est alors facturable avec les majorations suivantes selon les situations : MPC et/ou MCG, MCS, MCC.

Dans le cadre de son avis consultant, le médecin ne facture pas d'actes techniques, autres que ceux autorisés avec la consultation. Cette disposition ne s'applique pas à la consultation pré anesthésique (cf ci-après).

Aucune majoration d'urgence ne peut être facturée avec cette consultation CS.

Avis ponctuel de consultant et actes techniques

Si pour élaborer son avis ponctuel de consultant, le médecin a besoin de réaliser des actes complémentaires, il peut facturer les actes techniques strictement nécessaires à l'établissement de son diagnostic. Dans ce cas, la première consultation est cotée par un code « avis ponctuel de consultant » et les actes techniques sont tarifés selon les règles de facturation en vigueur. Ce médecin ne facture jamais de CS dans ce cadre.

Pour les 2 dérogations précitées, les résultats du bilan complémentaire ou des actes techniques devront éclairer l'avis ponctuel du consultant : le médecin y fera référence dans ses conclusions transmises au médecin traitant.

Le schéma ci-dessous récapitule les règles de facturation :

		Situation 1	Situation 2	Situation 3
Patient adressé par son médecin traitant pour un avis ponctuel de consultant		Pas d'acte ou d'avis complémentaire	Acte technique complémentaire effectué par le consultant	Bilan complémentaire par un autre praticien
			+/- Nécessité d'acte technique CCAM autorisé dans le même temps	+/- Nécessité d'acte technique CCAM autorisé dans le même temps
Facturation par le médecin consultant	1 ^{ère} séance	Avis ponctuel de consultant seul	Avis ponctuel de consultant +/- actes complémentaires autorisés facturés selon les règles en vigueur	Avis ponctuel de consultant +/- actes complémentaires autorisés facturés selon les règles en vigueur
	2 ^{de} séance		Actes CCAM complémentaires facturés selon les règles en vigueur (pas de facturation d'une CS possible)	CS pour la consultation de synthèse (pas de facturation d'actes techniques autres que ceux autorisés)

Avis ponctuel de consultant et consultations complexes et très complexes

Rappel du principe applicable pour la facturation d'un avis ponctuel de consultant : Ne pas avoir reçu le patient dans les 4 mois précédant la consultation et ne pas prévoir de recevoir à nouveau le malade dans les 4 mois suivants.

Dérogation introduite à la suite de la convention médicale de 2016 à l'article 18. B de la NGAP :

« Lorsqu'un médecin spécialiste correspondant a rendu un avis ponctuel de consultant et que l'état du patient nécessite, pour la même pathologie et avant la fin du délai de 4 mois, une consultation complexe ou très complexe, au sens de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016, il peut facturer celle-ci selon les conditions définies aux articles 15.8 et 15.9 de la NGAP. »

Exceptions à la dérogation :

- Les consultations n'entraînant pas, en raison de leur définition, de nouvelles consultations pour le même motif dans les 4 mois : la première consultation de contraception (CCP), la consultation pour un examen obligatoire de l'enfant donnant lieu à certificat (COE), la consultation de synthèse d'un patient en insuffisance rénale chronique (IGR) et la consultation annuelle pour le suivi de second recours des enfants nés prématurés (MSP).
- Les consultations de suivi du risque avéré d'obésité (CSO) et les consultations spécifiques de suivi de l'enfant par le pédiatre (EPH et CGP).

Cas particulier : si de façon imprévisible un malade est amené à revoir le médecin qui a réalisé l'avis ponctuel de consultant, à l'occasion d'un événement intercurrent dans les 4 mois suivant cet avis, le médecin spécialiste peut coter une consultation mais non un nouvel avis ponctuel de consultant.

Avis ponctuel de consultant du psychiatre et CNSPY

Si cela est nécessaire pour élaborer son avis ponctuel de consultant, le psychiatre ou le neuropsychiatre peut revoir le patient une ou deux fois dans les semaines suivant son avis ponctuel de consultant. Dans ce cas, il facture son avis ponctuel de consultant APY ou AVY et les consultations suivantes, dans la limite de deux consultations, CNPSY. Avec ces CNPSY peuvent être éventuellement facturées les majorations associées.

II.3 Cas particulier

Avis ponctuel de consultant des chirurgiens

Les chirurgiens agissant à titre de consultants, à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant, peuvent coter un APC, y compris quand ils pratiquent eux-mêmes l'intervention, sous condition de l'envoi d'un compte rendu écrit au médecin traitant et le cas échéant également au spécialiste correspondant. Cette cotation APC s'applique aussi lorsque l'intervention chirurgicale est pratiquée en urgence et entraîne l'hospitalisation du malade.

Dans ce cadre, le chirurgien qui examine le malade à titre de consultant, à la demande explicite du médecin traitant cote un APC. Il peut être amené secondairement à décider d'une intervention et la réaliser lui-même si l'état du patient le nécessite, éventuellement en urgence. Dans ce cas, et même si une hospitalisation est nécessaire, le chirurgien cotera son avis ponctuel de consultant.

Avis ponctuel de consultant des anesthésistes

La consultation pré-anesthésique définie aux articles D. 6124-91 et D. 6124-92 du Code de la santé publique peut donner lieu à une cotation APC pour un patient dont l'état clinique est évalué au niveau 3 ou supérieur de la classification de l'American Society of Anesthesiologists (classification ASA).

Cette consultation donne lieu à un compte rendu écrit destiné au médecin anesthésiste qui pratiquera l'anesthésie opératoire, à l'opérateur ainsi qu'au médecin traitant.

Le dossier d'anesthésie doit comporter les éléments médicaux ayant conduit à l'évaluation du score ASA du patient.

L'avis ponctuel de consultant des professeurs des universités - praticiens hospitaliers

Les professeurs des universités - praticiens hospitaliers (PUPH) en activité dans ces fonctions, agissant à titre de consultant à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant cotent leur avis ponctuel de consultant APU.

Les fonctions de professeur des universités-praticien hospitalier sont définies aux articles 58 et suivants du décret n°84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires. Si le praticien abandonne ses activités hospitalières de PUPH, il pourra coter un APC à l'instar des autres médecins.

L'avis ponctuel de consultant en établissement de santé

En raison de sa nature (avis donné par un médecin spécialiste à la demande explicite du médecin traitant), **l'avis ponctuel de consultant n'est pas facturable :**

- pendant la période d'hospitalisation du patient
- lors d'un passage aux urgences des établissements de santé autorisés par l'ARS.

Dans les établissements de santé relevant du a, b et c de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale, **l'avis ponctuel de consultant du psychiatre (APY)** est facturable uniquement dans le cadre des consultations externes rattachées à l'activité de Médecine Chirurgie Obstétrique.