

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

Décision du 17 janvier 2011 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 : ETSU1120085S

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 la Haute Autorité de santé en date du 13 décembre 2007 ;

Vu l'avis de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie en date du 17 avril 2008 ;

Vu la décision de la commission de hiérarchisation des actes et des prestations des sages-femmes en date du 26 septembre 2007,

Décide :

De modifier le livre III de la liste des actes et prestations adoptée par décision de l'UNCAM du 11 mars 2005 modifiée, comme suit :

Art. 1^{er}. – Au I de l'article III-4, au paragraphe A, à la première partie : Dispositions générales, à l'article 18, le point B. – Avis ponctuel de consultant est remplacé par le texte suivant :

*« B. – Avis ponctuel de consultant
dans le cadre du parcours de soins*

Principes

L'avis ponctuel de consultant est un avis donné par un médecin spécialiste à la demande explicite du médecin traitant (1) 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 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 six mois précédant l'avis ponctuel de consultant et ne doit pas le revoir dans les six mois suivants.

Les honoraires des avis ponctuels de consultant ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes effectués dans le même temps, à l'exception de la radiographie pulmonaire pour le pneumologue, de l'ostéodensitométrie sur deux sites par méthode biphotonique pour les rhumatologues et les médecins de médecine physique et de réadaptation et de l'électrocardiogramme.

Le médecin traitant ou le chirurgien-dentiste s'engage par ailleurs à ne pas solliciter, pour un patient donné, un avis ponctuel de consultant de même spécialité et pour la même pathologie plus d'une fois par semestre ; dans le cas où il juge nécessaire de solliciter un nouvel avis ponctuel dans ce délai, il en informe dans le même temps le service du contrôle médical.

La cotation d'un avis ponctuel de consultant ne s'applique pas aux consultations réalisées dans le cadre de prises en charge protocolisées (soins itératifs) ou de séquences de soins nécessitant l'intervention successive de plusieurs intervenants sans passage par le médecin traitant.

(1) Le médecin traitant (tel que défini dans la convention approuvée par arrêté le 3 février 2005) est le médecin déclaré comme tel par l'assuré de plus de 16 ans à sa caisse d'assurance maladie. Pour un patient de moins de 16 ans, le médecin traitant sera celui qui demande l'avis du consultant.

Dérogations

a) Lorsqu'un médecin spécialiste, dont le nombre annuel de consultations et d'avis de consultants est d'au moins 90 % de son activité totale (exprimée en nombre d'actes), 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.

Dans ce cas, la première consultation est cotée C2 et la seconde CS.

Ce médecin ne facture jamais d'actes techniques dans le cadre d'un avis ponctuel de consultant.

b) Lorsqu'un médecin spécialiste, dont le nombre annuel de consultations et d'avis de consultants est de moins de 90 % de son activité totale (exprimée en nombre d'actes), a besoin d'actes techniques complémentaires pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut facturer les actes techniques strictement nécessaires à l'établissement de son diagnostic.

Dans ce cas, la première consultation est cotée C2 et les actes techniques sont facturés selon les règles de facturation en vigueur.

Ce médecin ne facture jamais de CS dans le cadre d'un avis ponctuel de consultant.

Dans ces deux cas, les résultats du bilan complémentaire ou des actes techniques devront obligatoirement éclairer l'avis ponctuel du consultant qui devra y faire référence dans ses conclusions transmises au médecin traitant.

c) Le psychiatre ou le neuropsychiatre, en cas de séquence de soins nécessaires pour élaborer son avis ponctuel de consultant, peut revoir le patient une ou deux fois dans les semaines suivant son avis ponctuel de consultant. Dans ce cas, la première consultation sera cotée C2,5 et les suivantes, dans la limite de deux consultations, seront cotées CNPSY.

Champ et honoraires

a) Médecins 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, agissant à titre de consultants, à la demande explicite du médecin traitant.

b) Honoraires :

L'avis ponctuel de consultant peut être facturé, s'il répond aux conditions rappelées au paragraphe ci-dessus intitulé "Principe" :

- C2 : consultation au cabinet du médecin spécialiste ;
- V2 : visite au domicile du malade ;
- C2,5 : consultation au cabinet d'un psychiatre, neuropsychiatre ou d'un neurologue ;
- V2,5 : visite au domicile du malade par un psychiatre, neuropsychiatre ou par un neurologue.

Cas particuliers

C2 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 une C2, 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 C2 s'applique aussi lorsque l'intervention chirurgicale est pratiquée en urgence et entraîne l'hospitalisation du malade.

C2 des anesthésistes :

Par dérogation à l'article 22 des dispositions générales de la NGAP, et dans le cadre du parcours de soins coordonnés défini dans le chapitre 1^{er} de la convention médicale, la consultation préanesthésique définie aux articles D. 6124-91 et D. 6124-92 du code de la santé publique peut donner lieu à une cotation C2 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 comporte les éléments médicaux ayant conduit à l'évaluation du score ASA du patient.

C3 des professeurs des universités-praticiens hospitaliers :

Les professeurs des universités-praticiens hospitaliers en activité dans ces fonctions agissant à titre de consultants, à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant, cotent leur avis ponctuel de consultant C3. »

Art. 2. – Au I de l'article III-4, au paragraphe A, à la première partie : Dispositions générales, l'article 18-1 « Modalité particulière de la consultation préanesthésique » est supprimé.

Fait le 17 janvier 2011.

Le collège des directeurs :

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

F. VAN ROEKEGHEM

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

F. GIN

*Le directeur de la Caisse nationale
du régime social des indépendants,*

D. LIGER