

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Décision du 24 mars 2017 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 : SSAU1714384S

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 15 mars 2017 ;

Vu l'avis de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie en date du 6 mars 2017 ;

Vu l'avis de la commission de hiérarchisation des actes et prestations des médecins en date du 15 décembre 2016,

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}. – Le livre III « Dispositions diverses » est ainsi modifié :

I. – L'article III-3 A) est modifié comme suit :

« A) Quand des actes techniques sont effectués dans le même temps qu'une consultation ou une visite mentionnées dans l'arrêté du 27 mars 1972 modifié relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux, les honoraires de celle-ci ne se cumulent pas avec ceux des actes techniques. Par extension, les majorations prévues à la NGAP ne peuvent pas être appliquées à des actes techniques figurant à la CCAM et les modificateurs prévus au chapitre 19.03 de la CCAM ne peuvent pas être appliqués aux actes relevant de la NGAP.

Par dérogation à cette disposition, sont autorisés :

1. Le cumul des honoraires de la radiographie pulmonaire avec ceux de la consultation, pour les pneumologues ;
2. Le cumul des honoraires de la consultation, donnée par un médecin qui examine un patient pour la première fois dans un établissement de soins, avec ceux de l'intervention qu'il réalise et qui lui fait immédiatement suite, lorsque cette intervention est pratiquée en urgence et entraîne l'hospitalisation du patient ;

3. Le cumul des honoraires de l'électrocardiogramme avec ceux de la consultation ou de la visite : C ou CS, V ou VS ou, pour les patients hospitalisés, C × 0,80 ou CS × 0,80.

Cependant, en cas d'actes multiples dans le même temps, les règles de cumul telles que prévues au paragraphe B ci-dessous s'appliquent sans cumul possible avec les honoraires de la consultation ou de la visite ;

4. Le cumul des honoraires de l'ostéodensitométrie [Absorptiométrie osseuse] sur deux sites par méthode biphotonique avec ceux de la consultation, pour les rhumatologues et les médecins de médecine physique et de réadaptation ;

5. Le cumul des honoraires de l'acte de prélèvement cervico-vaginal (JKHD001) avec ceux de la consultation. Ce prélèvement n'est pris en charge qu'une fois tous les trois ans, dans le cadre du dépistage du cancer du col utérin, après la réalisation de 2 frottis cervico-utérins annuels normaux chez les femmes de 25 à 65 ans, selon les recommandations de la HAS de juillet 2010.

6. Le cumul des honoraires de la consultation avec ceux des actes de biopsie suivants :

QZHA001 : Biopsie dermoépidermique, par abord direct

QZHA005 : Biopsie des tissus sous-cutanés susfasiaux, 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

Dans ce cas, l'acte de consultation est tarifé à taux plein et l'acte technique est tarifé à 50 % . »

II. – L'article 18-B est modifié comme suit :

« Principes

L'avis ponctuel de consultant est un avis donné par un médecin correspondant 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 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 quatre mois précédant l'avis ponctuel de consultant et ne doit pas le revoir dans les quatre 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 ;
- de l'électrocardiogramme ;
- du prélèvement cervico-vaginal (JKHD001). Ce prélèvement n'est pris en charge qu'une fois tous les trois ans, dans le cadre du dépistage du cancer du col utérin, après la réalisation de 2 frottis cervico-utérins annuels normaux chez les femmes de 25 à 65 ans, selon les recommandations de la HAS de juillet 2010 ;
- des actes de biopsie suivants :
 - QZHA001 : Biopsie dermoépidermique, par abord direct
 - QZHA005 : Biopsie des tissus sous-cutanés 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

Dans ce cas, l'acte technique est tarifé à 50 % de sa valeur.

« ... »

III. – L'article III-4-I. L'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour les médecins.

– A la première partie dans « Dispositions générales », l'article 2 *bis* est ainsi modifié :

« Article 2 *bis*. – Majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste

Lorsque le médecin spécialiste, dont la spécialité est mentionnée dans la liste ci-après, est amené à effectuer une consultation auprès d'un patient, cette consultation donne lieu en sus du tarif de la consultation à une majoration forfaitaire transitoire dénommée **MPC** dès lors que ce spécialiste n'est pas autorisé à pratiquer des tarifs différents au sens des articles 38.1 et 38.2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

Par dérogation, les médecins spécialistes qui sont autorisés à pratiquer des honoraires différents au sens des articles 38.1 et 38.2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 peuvent bénéficier de la majoration forfaitaire transitoire **MPC** dès lors qu'ils adhèrent aux options de pratique tarifaire maîtrisée définies aux articles 40 et suivants de la convention nationale précitée ou pour les actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé dans le respect du premier alinéa de l'article L. 162-5-13 du code de la sécurité sociale et aux patients disposant de l'attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) définie à l'article L. 863-3 du même code.

La valeur en unité monétaire de cette majoration forfaitaire transitoire, qui fait l'objet d'une différenciation en fonction de la spécialité du médecin, est établie dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux dispensés aux assurés sociaux.

Liste des spécialités donnant droit à la majoration forfaitaire transitoire :

Anesthésiologie – Réanimation chirurgicale
Oncologie médicale
Oncologie radiothérapeutique
Réanimation médicale

Cardiologie et pathologie cardio-vasculaire
Dermatologie et vénérologie
Gastro-entérologie et hépatologie
Médecine interne
Neurochirurgie
Oto-rhino-laryngologie
Pédiatrie
Pneumologie
Rhumatologie
Ophtalmologie
Stomatologie
Médecine physique et de réadaptation
Neurologie
Néphrologie
Anatomie-cytologie pathologiques
Biologie
Endocrinologie et métabolismes
Neuropsychiatrie
Psychiatrie générale
Psychiatrie option psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Chirurgie générale
Chirurgie urologique
Chirurgie orthopédique et traumatologie
Chirurgie infantile
Chirurgie maxillo-faciale
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Chirurgie vasculaire
Chirurgie viscérale et digestive
Gynécologie médicale
Gynécologie obstétrique
Gynécologie médicale et obstétrique
Obstétrique
Hématologie
Radiodiagnostic et imagerie médicale
Médecine nucléaire
Radiothérapie
Génétique médicale
Gériatrie
Santé publique et médecine sociale
Chirurgie pédiatrique
Anesthésie-réanimation/médecine intensive-réanimation
Neurochirurgie
Hépto-gastro-entérologie
Médecine cardio-vasculaire/médecine vasculaire
Médecine interne et immunologie clinique/maladies infectieuses et tropicales/allergologie
Médecine légale et expertises médicales
Médecine du travail
Médecine d'urgence
Oncologie
Psychiatrie
Radiologie et imagerie médicale
Santé publique

La majoration forfaitaire transitoire **MPC** mentionnée ci-dessus ne s'applique pas à la consultation prévue à l'article 15-1 « Consultation spécifique au cabinet par un médecin spécialiste en pathologie cardio-vasculaire ou en cardiologie et médecine des affections vasculaires » des dispositions générales de la Nomenclature générale des actes professionnels.

Elle n'est pas cumulable avec la visite et les majorations NFE, NFP et MEP définies aux articles 14.6.1, 14.6.2 et 14.6.3 de la NGAP.

Elle n'est pas non plus cumulable avec la facturation du dépassement (DE) au sens de l'article 39.1 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016. »

L'article 14.4.1 « Forfait pédiatrique du médecin généraliste » est supprimé.

L'article 15.2 « Consultation approfondie annuelle au cabinet par le médecin généraliste pour un patient reconnu atteint d'une ou plusieurs affections de longue durée exonérées du ticket modérateur » figurant à la Nomenclature générale des actes professionnels est supprimé.

Art. 2. – La présente décision sera publiée au *Journal officiel* de la République française et prendra effet au 1^{er} juillet 2017.

Fait le 24 mars 2017.

Le collège des directeurs :

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

N. REVEL

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

M. BRAULT

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

S. SEILLER