



Consultations complexes et réadaptation ambulatoire

*Bien coter en consultation,
en ville et dans les établissements*

Jean-Pascal Devailly, MD
Service de Médecine Physique et de Réadaptation
Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine
Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
jean-pascal.devailly@aphp.fr

Convention médicale 2016-2021

- Fait suite au vaste mouvement de mécontentement des médecins libéraux au sujet du 1/3 payant obligatoire.
- Non signée par le Syfmer et la CSMF car revalorisation de la rémunération insuffisante.
- Forte implication du Syfmer (G de Korvin+++ , B Rousseau, L Wiart) pour les consultations à plusieurs niveaux : avancée significative.
- Objectifs de la convention :
 - Revalorisation des actes médicaux
 - Maîtrise des dépassement d'honoraires
 - ...

Avant la Convention 2016

- Un seul niveau de consultation en MPR : CS (23 Euros).
- Convention 2005 : CCAM et parcours de soin, cq : rémunération à l'acte ex : ALQP006 (69 E), JDQD002 (144E) plus forts dépassements
- Convention 2011 : Forfait structure et ROSP
- En 2015 Avenant convention 2011 : CAS

Codes, libellés et nouveaux tarifs

Code	Libellé	Tarif	Remarques
C / CS	Consultation / Consultation spécialisée	23 €	Possibilité de CS + MPC + MCS
MCS	Majoration de Coordination Spécialiste Consultation du patient orienté par le médecin traitant pour des soins itératifs avec retour d'information au médecin traitant	5 €	Coordination médecin spécialiste
MPC	Majoration Forfaitaire Transitoire (Majoration Provisoire Clinicien). Lorsque le médecin spécialiste est amené à réaliser une consultation auprès d'un patient	2 €	Majoration forfaitaire transitoire
MCU	Majoration de prise en charge dans les 48 h par le spécialiste à la demande du médecin traitant. (S'ajoute à l'acte)	15 €	
APC	Avis Ponctuel de Consultant* Dans les 4 mois, l'APC peut être suivie d'une consultation complexe ou très complexe	50 €	Remplace le C2 Voir conditions.
APU	Avis Ponctuel PUPH	69 €	Remplace le C3
CNR	Consultation patient Non Résident	69 €	
MTA	Majoration pour prescription d'appareillage par spécialiste en médecine physique et de réadaptation tous secteurs > 23 €	23 €	Tous secteurs

Exemples de cotations depuis le 1^{er} juin 2018

Acte	Code	Cotation	Tarif
Revalorisation de la Majoration de Coordination Spécialiste	MCS = 5 €	CS + MPC (2€) + MCS	30,00 €

Depuis le 1^{er} avril 2018 certaines majorations accessibles aux médecins de secteur 2 pour les actes à tarifs opposables :
Majoration de coordination pour les spécialiste + 5 €

Acte	Code	Cotation	Tarif
Majoration de prise en charge dans les 48 h par le spécialiste à la demande du médecin traitant. (S'ajoute à l'acte)	MCU = 15 €	CS + MPC + MCS + MCU	45,00 €
		APC (ex C2) + MCU	65,00 €
		APU (ex C3) + MCU	84,00 €
Majoration pour consultation de prescription de certains types d'appareillage	MTA= 23 €	CS + MPC (2 €) + MCS + MTA	53,00 €

Consultations complexes : majoration de 16 € à ajouter à l'acte

Code dossier	Médecins secteur 1 et secteur 2 ayant adhéré à l'OPTAM	Code Assurance Maladie (AM)	Exemple
MCT Majoration patients cérébrolésés ou traumatisé	<p>Séquelles invalidantes de traumatisme médullaire / physiques ou mentales handicapantes d'un traumatisme crânien grave / handicapantes à 6 mois d'un traumatisme crânien plus léger</p> <p>Comment: synthèse des différents bilans réalisés + projet thérapeutique de rééducation personnalisé et pluridisciplinaire + retour médecin traitant</p> <p>Quand: possibilité d'en facturer 4 au plus par an et par patient</p>	MCX	<p>CS + MPC + MCS + MCT (16 €) = 46 €</p>
SGE Scoliose grave de l'enfant	<p>Enfant ou adolescent présentant une scoliose grave évolutive</p> <p>Comment: réalisation de l'évaluation initiale et mise en œuvre de la prise en charge thérapeutique en lien avec le médecin traitant / à l'issue de la consultation, les conclusions diagnostiques et thérapeutiques sont inscrites dans le dossier médical / retour médecin traitant</p> <p>Quand: première consultation du patient pour scoliose grave évolutive</p>	MCX	<p>CS + MPC + MCS + SGE (16 €) = 46 €</p>
SLA Séquelles lourdes AVC	<p>Séquelles neurologiques invalidantes et nécessitant une prise en charge coordonnée médicale et paramédicale incluant une rééducation active après le traitement initial d'un AVC</p> <p>Comment: réévaluation et organisation du suivi du plan de soins et du projet thérapeutique</p> <p>Quand: possibilité d'en facturer 4 au plus par an et par patient</p>	MCX	<p>CS + MPC + MCS + SLA (16 €) = 46 €</p>
PPN	<p>Consultation spécifique de prise en charge d'un patient atteint de sclérose en plaques, de maladie de Parkinson ou d'épilepsie instable, en cas d'épisode aigu ou de complication</p>	MCX	<p>CS + MPC + MCS + PPN (16 €) = 46</p>

Consultations très complexes: majoration de 30 € à ajouter à l'acte

Code dossier	Médecins secteur 1 et secteur 2 ayant adhéré à l'OPTAM	Code AM	Exemple
MIS Majoration Information initiale et mise en place Stratégie thérapeutique	Consultation initiale d'information du patient et de mise en place d'une stratégie thérapeutique pour les patients atteints de cancer	MTX	CS + MPC + MCS + MIS (30 €) = 60,00 €
PIV Prise en charge en cas d'Infection par le VIH	Prise en charge d'un patient ayant une infection par le VIH (médecin traitant ou autre spécialiste avec alors retour au MT).	MTX	CS + MPC + MCS + PIV = 60 €

CS complexe et très complexes de MPR (AMELI)

Guide des cotations MPR de la FMF

Page du SYFMER consacrée à la valorisation des activités ambulatoires

Avenant 2018 : télé-médecine



- Téléconsultation : 23 € pour spécialiste; CS à distance entre médecin spécialiste et patient (mais 25 € pour généraliste !)
- Téléexpertise niveau 1 : 12 € (4 actes par an/patient/médecin)
- Téléexpertise niveau 2 : 20 € (2 actes par an/patient/médecin)

Associations d'actes NGAP et CCAM

« *Les liaisons dangereuses* »

- Lorsqu'un acte CCAM et un acte NGAP sont associés, le tarif de l'acte le plus élevé est facturé à 100% l'autre est facturé à 50% de sa valeur.
- **Association de plusieurs actes NGAP. Persistance des actes en K?**
- Les praticiens secteur II non OPTAM ne peuvent pas utiliser les majorations de coordination ou les majorations de consultations complexes ou très complexes
- Pour les actes CCAM: l'acte le plus cher est affecté du coefficient 100% et le second acte du coefficient 50%. Actes 3 et 4 gratuits...sauf exceptions!
- Dans le catalogue CCAM il y a les actes complémentaires qui ne peuvent être facturés seuls mais en association avec un autre acte CCAM: facturé à 100%
- **Les majorations d'actes CCAM: concernent peu les MPR**
- En cas d'association d'un acte de radiologie conventionnelle et d'un acte autre, les deux peuvent être facturés à 100%

https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/32265/document/lpp-livres-1-3_assurance-maladie.pdf

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Livres I et III 01.03.2019.pdf

<https://www.fmfpro.org/nomenclature-les-liaisons-dangereuses.html>

Exemples d'actes bilatéraux (radios et infiltrations)

TITRE XIV - ACTES DE RÉÉDUCATION ET DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLES

Section 1. - ACTES ISOLÉS

Ces actes, effectués par le médecin ou par le masseur-kinésithérapeute sur prescription médicale, ne donnent lieu à facturation qu'en l'absence de traitement de rééducation ou de réadaptation fonctionnelles en cours ou de prescription concomitante d'un tel traitement.

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Bilan ostéoarticulaire simple des conséquences motrices des affections orthopédiques ou rhumatologiques inflammatoires ou non :		
- pour un membre	5	AMK ou AMC
pour deux membres ou un membre et le tronc	8	AMK ou AMC
pour tout le corps	10	AMK ou AMC
Ce bilan doit préciser l'état orthopédique du malade ou du blessé et notamment : - l'essentiel des déformations constatées ; - le degré de liberté de ses articulations avec mesures ; - éventuellement, la dimension des segments des membres, etc. Il peut être appuyé par des examens complémentaires et, éventuellement, par une iconographie photographique.		
Bilan musculaire (avec tests) des conséquences motrices des affections neurologiques :		
- pour un membre	5	AMK ou AMC
- pour deux membres	10	AMK ou AMC
- Pour tout le corps	20	AMK ou AMC

Actes bilatéraux

Article I-10 . Actes identiques. Les actes identiques sont des actes décrits par le même libellé et identifiés par le même code.

Pour les actes identiques réalisés sur des organes ou des sites anatomiques pairs, appelés « actes bilatéraux » :

- soit **il existe un libellé d'acte unilatéral et un libellé d'acte bilatéral** ; en cas de réalisation bilatérale, il convient de noter le code du libellé décrivant l'acte dans sa réalisation bilatérale ;
- soit **il existe un acte comportant la mention « unilatéral ou bilatéral » dans le libellé ou les notes s'y rapportant** ; en cas de réalisation bilatérale, il convient de noter le code une seule fois ;
- soit **il existe un libellé sans précision de latéralité** ; dans ce cas, ce libellé concerne un acte unilatéral ; pour coder la réalisation bilatérale de l'acte, quand celle-ci n'est pas interdite par les règles d'incompatibilités (article I-12), il convient de coder deux fois l'acte en respectant les règles d'association (articles I-11 et III-3).
- **Cas particulier** : pour les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques, les actes identiques d'examen de prélèvement sur plusieurs structures anatomiques sont identifiés par un code et un libellé spécifiques.

https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/32265/document/lpp-livres-1-3_assurance-maladie.pdf

[https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Livres I et III 01.03.2019.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Livres_I_et_III_01.03.2019.pdf)

<https://www.fmfpro.org/nomenclature-les-liaisons-dangereuses.html>

Exemples d'actes bilatéraux (radios et infiltrations)

Règles de cumul pour les CS complexes

- Les majorations très complexes se cumulent avec C, CS ou CNPSY (CNP).
- A cette consultation peuvent s'ajouter:
 - Les majorations de coordination MCS, MCG, MCC
- Les majorations très complexes ne sont pas compatibles avec :
 - les majorations de permanence de soins dans le cadre de la régulation (CRN, VRN, CRM, VRM, CRD, VRD) ;
 - les majorations de déplacement pour visite à domicile justifiée de nuit, dimanche et jour férié MDN, MDI, MDD (article 14.2 de la NGAP) ;
 - la majoration d'urgence MU (article 14.1 de la NGAP) ;
 - les majorations en cas d'urgence justifiée par l'état du malade des actes effectués la nuit ou le dimanche et jours fériés MN, MM, F (article 14 de la NGAP) ;
- Les consultations complexes et/ou très complexes ne se cumulent pas entre elles et ne sont pas facturables avec une majoration complexe ou très complexe. Les majorations complexes et/ou très complexes **ne se cumulent pas avec l'avis ponctuel de consultant.**
- Ces majorations ne peuvent pas être facturées pour un patient hospitalisé.
- **Non facturables par les établissements ex-DG et par les établissements ex-OQN pour leurs médecins salariés dans le cadre des actes et CS externes.**
- Pour les moins de 16 ans, le médecin traitant n'étant pas obligatoire, le médecin peut coter la MCS en l'absence de médecin traitant. C'est une tolérance qui constitue une exception à la règle de cotation de la MCS.

Exemple d'utilisation des CS et des actes en activité libérale MPR dans le cas des affections du système nerveux

- **CS** : 0
- **CS coordonnée** (15 à 20 mn) : suivis simples, certificats, ordonnances...
- **CS complexe** (30 mn à 45 mn) : suivi problématiques complexes (ex : troubles moteurs, cognitifs, psycho-comportementaux, douleurs neuropathiques, déformation neuro orthopédique, spasticité, problème médico sociaux, prescription grand appareillage...)
- **CS très complexe** (45 mn) : première fois problème neurologique
- **Actes** : urodynamiques, bilan cognitifs (ALQP006), bilans psychologiques (ALQP003), bilans moteurs (K20)

Convention 2016 : Rémunération au forfait

- **ROSP** (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) : forfait structure, forfait patients. Environ 3000 €/an
- **OPTAM** (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : Prime au prorata :
 - de l'activité réalisée à tarif opposable (en MPR : 7.9%)
 - du taux de dépassement moyen
 - si respect des taux annuels fixés par la CPAM
 - exemple personnel :
 - 2016 : 73% actes à tarif opposable avec un dépassement moyen de 8.4% : prime : 6800 Euros
 - 2017 : objectif fixé par CPAM de 7.9% de dépassement moyen non atteint : prime : 4800 € (!)
- **Secteur 2 sans OPTAM** : aucune prime, patients moins bien remboursés (23 € quelles que soient les CS).

Convention 2016 : rémunération à l'acte

4 niveaux de consultations en fonction de la complexité

- **Cs** : 23 €
- **Cs coordonnée MPR** : CS+MPC (Majoration forfaitaire de transition) + MCS (majoration de coordination) = 30 € (pas de limitation).
- **Cs Complexes** :
 - Avis Ponctuel de Consultant : APC= 50 € (3/an)
 - Cs spécifiques : CS+MPC+MCS+MCX, PPN (SEP, Parkinson), MCT (TC, BM), SLA (AVC), Scoliose, = 46 € (4/an)
 - Grand Appareillage : CS+MPC+MCS+MTA= 53 €
- **Cs très complexe** : CS+MPC+MCS+MTX
Cs initiale d'information et d'initiation d'un traitement pour pathologie neurologique ou cancer : MTX= 60 € 1/an

Synthèse et conclusion

- **Points positifs :**

- Première reconnaissance de l'activité clinique complexe ++ par rapport à l'activité technique et chirurgicale, revalorisation
- Offre une liberté de cotation
- Un pied dans la porte pour une revalorisation future (?)

- **Points négatifs :**

- Insuffisance de rémunération (CS et forfaits), pas d'augmentation des recettes en 2017 en regard de la baisse des dépassements, augmentation en 2018 ?
- Complexité des cotations (usine à gaz)
- Risque de baisse unilatérale des forfaits

Depuis octobre 2018

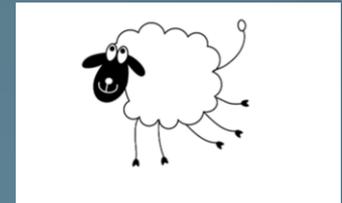
- **Télémédecine**
 - Téléconsultation et téléexpertise
- **Pratiques avancées des infirmières**
 - Les médecins gardent le contrôle (en principe)
- **Corrections très minimales de la NGAP**
 - Rien pour la MPR
- **Signature de l'avenant n°6 par la CSMF**
- **Avenant conventionnel interprofessionnel (ACI)**
 - Assistants médicaux
 - CPTS
 - Equipes médicales spécialisées

Evolution de la tarification ambulatoire

- **Plan santé et rapport de Jean-Marc Aubert**
 - Veut rémunérer la « pertinence »
 - Veut forfaitiser les prises en charges
 - La tarification à l'acte est mise entre parenthèses...
 - Secteurs publics et privés à la même enseigne...
- **Pistes pour la médecine spécialisée**
 - Promouvoir la médecine spécialisée
 - Egalité d'accès à l'expertise et à l'innovation
 - Hégémonie des spécialités techniques...
 - Les spécialités cliniques à la traîne...
- **Accent sur les soins primaires ne doit pas faire oublier le besoin d'accès aux équipes spécialisées**

Propositions (1)

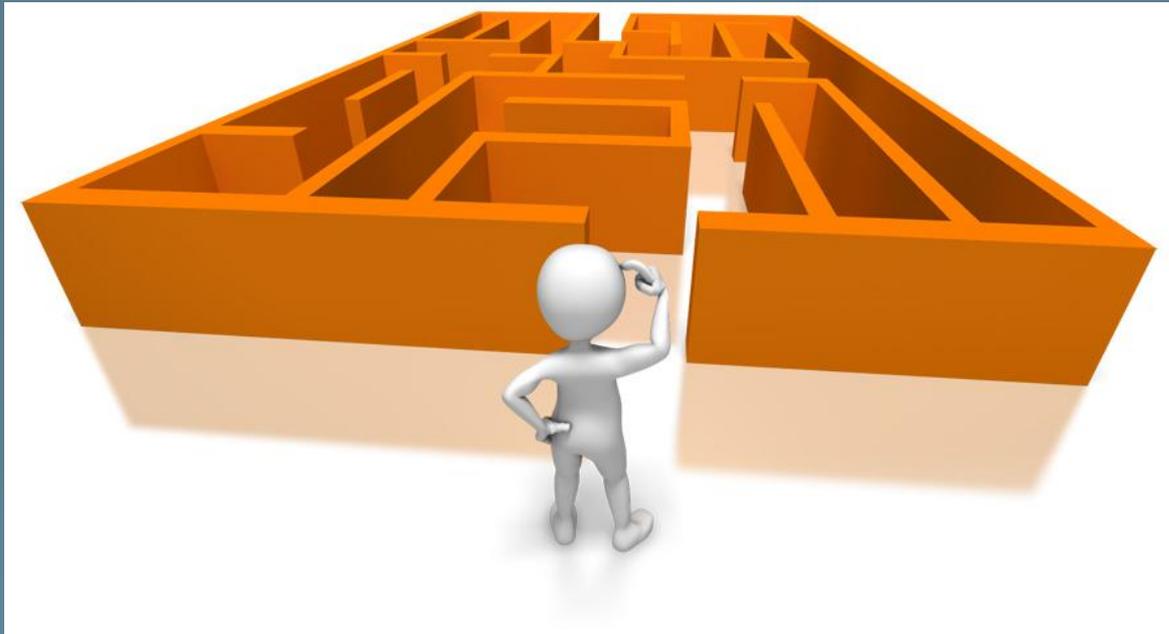
- Une consultation spécialisée à 3 niveaux : N₂, N₃ et N₄ (le N₁+CS n'étant conservé que pour mémoire...)
 - N₃ : pour toutes les premières consultations (supprimer le P de APC). Il ne faut plus devoir se justifier *a posteriori*.
 - N₄ : pour un certain nombre de situations complexes, représentant un pourcentage significatif de l'activité courante (pas seulement des moutons à 5 pattes)
 - N₂ (CS+MCS+MPC) pour tous les autres cas
- Une approche séquentielle de la prise en charge spécialisée :
 - La possibilité de répéter N₃ trois fois par an, N₄ 1 fois par an.
 - La possibilité d'établir des programmes de soins avec des N₃ ou N₄ aux temps clés de la prise en charge. La forfaitisation de tels programmes pourrait éventuellement être négociée, s'il n'y a pas moyen de faire autrement et si cela peut être profitable.
- Revalorisation des activités de rééducation (affections neurologique)
- Financement des équipes spécialisées de réadaptation



Propositions (2)

- Un assouplissement et une ouverture de l'OPTAM, effets pénalisants pour les plus vertueux et les plus jeunes:
 - L'OPTAM doit compenser la différence entre la valeur intrinsèque des actes (sorte de tarif syndical) et ce que l'Assurance maladie veut bien rembourser.
 - L'accès à l'OPTAM doit être élargi et évolutif pour offrir une vraie perspective de carrière. Pour cela, on doit pouvoir s'appuyer sur :
 - Les "services rendus à la population" : consultations dans les territoires dépourvus, prise en charge des urgences non programmées, période d'activité à tarif opposable (en particulier pour les plus jeunes entrant directement en libéral après l'Internat).
 - Les efforts en faveur de la qualité et de la pertinence :
 - participation à des registres, tenue d'indicateurs d'efficience,
 - participation à l'enseignement (des médecins et des paramédicaux), à des sessions d'information du public,
 - participation à la recherche clinique, publications, ...

Merci pour votre attention



Merci pour votre attention

