

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Décision du 28 mars 2022 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 : SPRU2216017S

Le collège des directeurs,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-1-7 et R. 162-52 ;

Vu la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 11 mars 2005 ;

Vu l'avis de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie en date du 16 mars 2022 ;

Vu la Commission de hiérarchisation des actes et prestations des sages-femmes en date du 10 février 2022,

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

Art. 1^{er}. – A l'article VI, 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 sages-femmes :

I. – A la deuxième partie de la NGAP, titre XI, chapitre II – Actes liés à la gestation et à l'accouchement, la section 2 est modifiée comme suit :

« Section 2

« Actes réalisés par les sages-femmes

« [...]

« 5^o Séances d'entretien et de suivi postnatal

« Il s'agit de séances individuelles ou collectives, au cabinet ou au domicile, par la sage-femme comportant des actions de prévention et de suivi éducatif.

« Une séance d'entretien individuel doit être proposée :

« – systématiquement de la 4^e à la 6^e semaine après l'accouchement. Cette séance, dite "entretien postnatal précoce" est obligatoire. Elle doit notamment permettre de détecter d'éventuelles difficultés psychiques chez la mère et doit avoir lieu préférentiellement à domicile ;

« – de la 10^e à la 14^e semaine après l'accouchement aux femmes primipares ainsi qu'aux femmes qui présentent un facteur de risque psychologique (antécédents de dépression, facteur de risque identifié lors des séances précédentes, en particulier lors de la séance d'entretien post natal de la 4^e à la 6^e semaine après l'accouchement) ;

« – les séances de suivi postnatal, individuelles ou collectives, sont réalisées dans la logique de prévention en cas de besoins particuliers décelés pendant toute la grossesse ou reconnus après l'accouchement chez les parents ou chez l'enfant, en réponse à des difficultés ou des situations de vulnérabilité qui perdurent ou à des demandes des parents.

« En fonction des besoins de la femme ou du couple, les séances d'entretien et de suivi postnatales ont pour objectifs :

« 1. De rechercher des difficultés et les facteurs de risques psychiques, en particulier de dépression du post-partum ;

« 2. De détecter les difficultés relationnelles avec l'enfant et de favoriser les liens d'attachement mère enfant en prodiguant des conseils pour certaines situations à risques ;

« 3. De s'assurer du bon développement psychomoteur de l'enfant ;

« 4. De compléter les connaissances, d'accompagner les soins au nouveau-né, de soutenir la poursuite de l'allaitement ;

« 5. D'ajuster le suivi de la mère et de l'enfant en fonction des besoins, et de soutenir la parentalité ;

« 6. D’informer sur les enjeux liés à l’impact de l’environnement sur la santé de l’enfant et les mesures concrètes à mettre en œuvre au domicile.

« Ces séances doivent faire l’objet d’un compte rendu inscrit au dossier du patient, porté au dossier médical partagé (DMP) si celui-ci est ouvert. En tant que de besoin, celui-ci est adressé au médecin traitant.

« Lorsque l’entretien post natal de la 4^e à la 6^e semaine après l’accouchement est réalisé à domicile, le volet “santé environnement” s’attache à identifier les situations à risque et aider les parents à adopter des comportements sains pour leur santé et celle de leur bébé, et leur environnement.

Désignation de l’acte	Coefficient	Lettre clé
Séance d’entretien post natal de la 4 ^e à la 6 ^e semaine après l’accouchement (Entretien post natal précoce)		
- à domicile	14	SP
- au cabinet	12	SP
Séance d’entretien post natal de la 4 ^e à la 6 ^e semaine (Entretien post natal précoce) au cabinet	12	SP
Séance d’entretien post natal de la 10 ^e à la 14 ^e semaine après l’accouchement au domicile		
- au domicile	14	SP
- au cabinet	12	SP
Séance de suivi post natal du 8 ^e jour à 14 ^e semaine après l’accouchement		
- par patiente ou couple	9	SP
- par patiente ou par couple, dispensée simultanément à 2 ou 3 femmes ou couples	7	SP
- par patiente ou par couple, dispensée simultanément à 4 ou 6 femmes ou couples	6	SP

« Au maximum, peuvent être pris en charge :

« – un entretien post natal systématique suivi d’un second entretien pour les femmes éligibles ;

« – ainsi que deux séances de suivi post natal (individuelle et/ou en collectif). »

Art. 2. – A l’article VI *bis*, 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 sages-femmes et les médecins :

I. – Aux dispositions générales de la NGAP, est modifié l’article suivant :

« Art. 14.9.3. – Consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin ou une sage-femme dit “téléconsultant”.

« La téléconsultation est une consultation à distance réalisée entre un médecin quelle que soit sa spécialité médicale ou une sage-femme dit “téléconsultant”, et un patient, ce dernier pouvant, le cas échéant, être assisté par un autre professionnel de santé. L’opportunité du recours à la téléconsultation est appréciée au cas par cas soit par le médecin traitant et le médecin correspondant d’une part, soit sage-femme d’autre part. Tout patient, si son état est compatible avec ce mode d’examen, peut accéder à une téléconsultation, après avoir été informé des conditions de réalisation de cette dernière, et donné son accord.

« Toute téléconsultation est réalisée à l’aide d’un moyen de vidéotransmission, dans les conditions de réalisation définies à l’article 28.6.1.3 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l’assurance maladie et à l’article 7.4.1.2.1 de la convention nationale organisant les rapports entre les sages-femmes et l’assurance maladie.

« Le médecin ou la sage-femme qui assiste, le cas échéant, le patient, au moment de la réalisation de la téléconsultation, peut facturer une consultation dans les mêmes conditions de facturation de la consultation de référence ou coordonnée définie à l’article 28.1 et 28.2 de la convention des médecins ou convention des sages-femmes précitée.

« A. – Consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin dit “téléconsultant”

« Sauf dérogations inscrites aux articles 28.6.1.1 et 28.6.1.2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l’assurance maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016, la téléconsultation se déroule dans le respect du parcours de soins coordonné. Hors parcours de soins, elle s’inscrit dans le cadre de l’organisation territoriale décrite à l’article 28.6.1.2 du texte précité.

« La téléconsultation s’inscrit également dans le principe d’une réponse territorialisée, c’est-à-dire que seul un médecin du même territoire que le patient peut réaliser la téléconsultation. Il existe des exceptions à ce principe de territorialité lorsque le patient est orienté par le régulateur du service d’accès aux soins en cas d’échec d’une prise de rendez-vous sur le territoire ou lorsque le patient réside dans une zone caractérisée par une insuffisance de l’offre de soins. Ces exceptions sont mentionnées à l’article 28.6.1.1 de la convention nationale des médecins.

« Pour assurer la qualité des soins en téléconsultation, le suivi régulier du patient s'effectue à la fois par des consultations en présentiel et en téléconsultations au regard des besoins du patient et de l'appréciation du médecin, et ce afin que ce dernier puisse disposer des informations nécessaires à la réalisation d'un suivi médical de qualité.

« La téléconsultation comporte un entretien avec le patient et éventuellement un examen clinique si le patient est accompagné d'un professionnel de santé ou si l'équipement disponible le permet, ainsi que l'examen de documents transmis par le patient ou par son représentant. Elle peut être conclue par une prescription télétransmise au patient par un moyen sécurisé.

« Le compte rendu établi par le médecin téléconsultant, qu'il archive dans son propre dossier patient, conformément aux obligations légales et réglementaires doit obligatoirement être transmis au médecin traitant et au médecin ayant sollicité l'acte. Il est également porté, le cas échéant, au dossier médical partagé (DMP) du patient si celui-ci est ouvert.

« La téléconsultation est facturable, avec le code TCG, par les médecins téléconsultants généralistes ou spécialistes de médecine générale en secteur à honoraires opposables ou en secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants de la convention nationale précitée. Le code TCG est également facturable par les médecins téléconsultants généralistes ou spécialistes de médecine générale en secteur à honoraires différents et non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée lorsqu'ils respectent les tarifs opposables.

« Dans les autres cas (autres spécialités médicales et quel que soit le secteur d'exercice du médecin), le médecin téléconsultant facture l'acte de téléconsultation avec le code TC.

« Les actes respectivement nommés TCG et TC ouvrent droit aux mêmes majorations applicables à une consultation de référence ou coordonnée définie à l'article 28.1 et 28.2 de la convention médicale précitée.

« Ces actes peuvent être facturés pour un patient hospitalisé.

« B. – Consultation à distance réalisée entre un patient et une sage-femme dite "téléconsultante"

« Sauf dérogations conventionnelles, les patients doivent être connus de la sage-femme réalisant la téléconsultation c'est-à-dire avoir bénéficié précédemment en présentiel avec la sage-femme (ou avec une sage-femme appartenant au même cabinet ou à la même maison de santé pluriprofessionnelle) d'au moins une consultation ou d'un acte dans les douze mois. Dans le cadre du suivi de grossesse, une consultation en présence de la femme doit être réalisée avant la fin du premier trimestre.

« Sauf dérogations conventionnelles, seule une sage-femme du même territoire que le patient, c'est-à-dire qui peut lui apporter des soins en présentiel lorsque la situation l'exige, peut réaliser la téléconsultation.

« La sage-femme qui a réalisé la téléconsultation établit et archive un compte rendu dans son propre dossier patient. Un compte rendu peut être intégré par la sage-femme dans le dossier médical partagé (DMP) du patient lorsqu'il est ouvert.

« La téléconsultation par une SF est facturable avec la lettre clé TCG.

« Les majorations associées à ces téléconsultations s'appliquent dans les mêmes conditions que pour une consultation réalisée en présence du patient. La majoration conventionnelle MSF définie à l'article 7.3 de la convention des sages-femmes précitée ne se cumule pas avec la cotation du TCG. »

II. – Aux dispositions générales de la NGAP, est modifié l'article suivant :

« Art. 14.9.4. – Acte de téléexpertise d'un médecin ou d'une sage-femme sollicité par un autre professionnel de santé.

« Une téléexpertise est une expertise à distance sollicitée par un professionnel de santé dit "professionnel de santé requérant" et donnée par un médecin ou une sage-femme dit "professionnel de santé requis", en dehors de la présence du patient concerné. Elle est réalisée avec un équipement adapté dans des conditions garantissant le respect du secret médical et la sécurité des informations transmises, en émission et en réception.

« Le recours à la téléexpertise est apprécié au cas par cas par le professionnel de santé requérant. La pertinence de la téléexpertise en fonction de la question à traiter est laissée à l'appréciation de la sage-femme ou du médecin requis.

« Le professionnel de santé requérant doit être en mesure de préciser les motifs de sa demande et de transmettre à la sage-femme ou au médecin requis par moyen sécurisé les données cliniques ou paracliniques utiles à l'appréciation de la situation.

« Les patients doivent être informés sur les conditions de réalisation de la téléexpertise et avoir donné leur consentement après avoir reçu ces informations.

« Dans ce cadre de téléexpertise, en dehors de la prise en compte du contexte clinique, indispensable à toute téléexpertise, l'avis donné par la sage-femme ou le médecin requis peut porter sur une question circonscrite ou sur l'exposition d'une situation complexe et l'analyse d'au moins un ou plusieurs types de documents transmis en appui par le professionnel de santé requérant.

« L'acte de téléexpertise doit faire l'objet d'un compte-rendu, établi par la sage-femme ou le médecin requis, conformément aux obligations légales et réglementaires, qu'il archive dans son propre dossier patient et qui doit être transmis au professionnel de santé requérant ayant sollicité l'acte et au médecin traitant.

« Les téléexpertises sont effectuées de manière ponctuelle et sont facturables avec le code TE2 dans la limite de :

« – 4 actes par an, par médecin requis, pour un même patient ;

« – 2 actes par an, par sage-femme requise, pour un même patient.

« L'acte TE2 est facturable à tarif opposable, sans cumul possible avec aucun acte ou majoration de la NGAP, majoration conventionnelle ou acte de la CCAM.

« L'acte spécifique de téléexpertise du médecin au profit des patients admis en EHPAD amenés à changer de médecin traitant est facturable par le nouveau médecin traitant assurant le suivi au long cours du patient, ainsi que par le précédent médecin traitant. »

III. – Aux dispositions générales de la NGAP, est modifié l'article suivant :

« *Art. 14.9.6.* – Acte de demande d'une téléexpertise par un professionnel de santé auprès d'un médecin ou d'une sage-femme.

« L'acte de demande d'une téléexpertise auprès d'un médecin ou d'une sage-femme est ouvert aux médecins, sages-femmes et orthophonistes.

« Devant une situation clinique, la demande de téléexpertise du professionnel de santé requérant s'inscrit dans le besoin d'obtenir l'avis du professionnel de santé requis pour éclairer sa décision diagnostique ou thérapeutique pour la prise en charge de son patient au regard des pratiques recommandés dans les référentiels.

« La téléexpertise est réalisée dans les conditions définies à l'article 14.9.4 de la NGAP.

« La demande de téléexpertise doit être rapportée dans le dossier médical du patient tenu par le professionnel de santé requérant ainsi que dans le dossier médical partagé (DMP) du patient si celui est ouvert. Les patients doivent être informés sur les conditions de réalisation de la téléexpertise et avoir donné leur consentement après avoir reçu ces informations.

« Le professionnel de santé requérant doit être en mesure de préciser les motifs de sa demande et de transmettre au médecin ou à la sage-femme requis par moyen sécurisé les paramètres cliniques ou paracliniques utiles à l'appréciation de la situation.

« Cette demande est facturable par le professionnel de santé requérant par le code RQD dans la limite :

« – 4 actes par an et à tarif opposable, par médecin requérant pour un même patient ;

« – 2 actes par an par orthophoniste requérant, pour un même patient ;

« – 2 actes par an par sage-femme requérante, pour un même patient. »

Art. 3. – A l'article X, 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 toutes les professions :

I. – Aux dispositions générales de la NGAP, est modifiée à l'article 2-1, les lettres-clé suivantes :

« SP – séance de suivi ou d'entretien postnatal réalisé par la sage-femme »

« TCG – Consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin ou une sage-femme dit "téléconsultant" »

II. – Aux dispositions générales de la NGAP, est modifié l'article 13C comme suit :

« *Art. 13.* – Frais de déplacement pour actes effectués au domicile du malade.

« [...] »

« C. – Indemnité horokilométrique (IK)

« [...] »

« 3° Le remboursement accordé par la caisse pour le déplacement d'un professionnel de santé ne peut excéder le montant de l'indemnité calculé par rapport au professionnel de santé de la même discipline, se trouvant dans la même situation à l'égard de la convention, dont le domicile professionnel est le plus proche de la résidence du malade.

« Par dérogation, peuvent facturer des indemnités kilométriques à condition que le domicile du professionnel du praticien soit situé à une distance raisonnable du malade, soit dans la limite de 10 km en zone urbaine, et de 30 km en zone rurale, les professionnels suivants :

« – le médecin traitant ;

« – la sage-femme ayant pris en charge la parturiente en ante-partum et qui intervient pour le suivi en post-partum.

« Lorsque l'assuré fait appel à un médecin spécialiste qualifié ou à un chirurgien-dentiste spécialiste qualifié, le remboursement n'est calculé par rapport au spécialiste de même qualification le plus proche que si l'intervention du spécialiste a été demandée par le médecin traitant ou le chirurgien-dentiste traitant, dans le cas contraire, le remboursement est calculé par rapport au médecin généraliste ou au chirurgien-dentiste omnipraticien le plus proche.

« A titre dérogatoire, la règle mentionnée au 3° ne s'applique pas :

« – lorsque les déplacements du professionnel de santé sont effectués dans le cadre des programmes de retour à domicile mis en place par les caisses d'assurance maladie répondant aux objectifs des articles L. 1110-1 du code de la santé publique, L. 162-1-11 alinéa 4 du code de la sécurité sociale, et L. 111-2-1 et L. 111-1 du code de la sécurité sociale ;

« – lorsque les déplacements sont effectués dans le cadre de soins en pratique avancée par un infirmier en pratique avancée. »

Art. 4. – La présente décision sera publiée au *Journal officiel* de la République française et prendra effet le 5 septembre 2022 à l'exception de l'article 2-I qui prendra effet au lendemain de sa publication.

Fait le 28 mars 2022.

Le collège des directeurs :

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

T. FATOME

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

F.-E. BLANC