Revues générales

Les cotations en ophtalmologie : rappels et évolutions de la NGAP

RÉSUMÉ : Les cotations se répartissent en deux familles : la NGAP, nomenclature générale des actes professionnels qui regroupe les actes plutôt "cliniques", et la CCAM, classification commune des actes médicaux qui regroupe les actes plutôt "techniques". La cotation des actes effectués pour un patient lors d'un rendez-vous n'est pas toujours simple. Elle dépend de plusieurs paramètres.
Nous exposons dans cette première partie les modalités de cotation et de facturation des principaux actes courants de la NGAP. Les critères, restrictions et obligations pour la cotation de certains actes sont précisés.

→ **C. NOVEL**
Élue au CA et membre de la commission SS du SNOF, ophtalmologiste, SAINT-VALLIER.

La complexité des situations administratives et médicales est croissante. Cet article a pour but de faire le point sur les cotations en se limitant aux situations de pratique quotidienne libérale. Les informations données sont nécessairement réduites à l'essentiel.

Quelques aphorismes en préambule

Le médecin est responsable de la cotation et de la facturation de ses actes. Pour être coté et facturé, un acte doit être justifié médicalement, effectué selon les termes de la NGAP (nomenclature générale des actes professionnels) [1] ou de la CCAM (classification commune des actes médicaux) [2] et faire l'objet d'un compte rendu. L'acte doit être réalisé personnellement par le médecin. Dans le dossier médical, le compte rendu peut être simplifié avec des abréviations mais il doit pouvoir être formalisé, notamment à la demande de l'Assurance Maladie en cas de contrôle.

Pour un même RDV, la cotation et la facturation dépendront :
– du secteur conventionnel du médecin et de son adhésion ou non à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) ;
– de la situation du patient par rapport au parcours de soins et aux dispositifs complémentaires type complémentaire santé solidaire (CCS qui remplace les dispositifs CMU-C et ACS).

En ophtalmologie, pour être dans le parcours de soins [3], le patient est soit adressé par son médecin traitant, soit en accès direct spécifique pour ce qui concerne la réfraction, la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) ou le glaucome (dépistage et suivi).

Le tarif opposable (TO) est le tarif qui sert de base de remboursement par l'Assurance Maladie obligatoire (AMO). Depuis quelques années et pour certains actes, le TO est différent selon la situation conventionnelle du médecin. Pour les médecins conventionnés en secteur 1 (S1) et pour tous les médecins adhérents à l'OPTAM, ce TO est alors supérieur au TO des médecins en secteur 2 (S2).

CS : consultation spécialisée

Cette cotation CS recouvre les moyens et actes de diagnostic courants, propres à chaque spécialité. Le tarif opposable est de 23 € [4]. La CS peut faire l'objet de majorations utilisables couramment :

Revues générales

– MPC pour majoration provisoire de consultant (2 €), utilisable dans la plupart des situations ;
– MCS pour majoration de coordination spécialiste (5 €). Pour cette majoration, le texte prévoit "*un retour d'information vers le médecin traitant*". Elle ne peut pas être utilisée pour les patients pris en charge par l'aide médicale d'état (AME).

La cotation CS + MPC + MCS = 30 € peut être utilisée par les médecins de tous les secteurs conventionnels. Pour les médecins en secteur 2, la facturation doit alors obligatoirement se limiter au tarif opposable de 30 €, même si le patient ne bénéficie pas de la CSS.

APC : avis ponctuel de consultant

Ce libellé a remplacé le code C2. Le tarif opposable est de 50 € [5]. Pour utiliser cette cotation, il faut :
– une demande explicite du médecin traitant, demande qui n'est pas obligatoirement écrite ;
– pour un enfant de moins de 16 ans ou un patient couvert par l'AME, un adressage par "un médecin" considéré par défaut comme le médecin traitant ;
– pour la pathologie en cause, ne pas avoir reçu le patient depuis 4 mois et ne pas prévoir de le revoir pendant les 4 mois suivants ;
– ne pas être dans le cadre d'une prise en charge protocolisée (protocole de soins type ALD, par exemple fond d'œil pour un diabétique) ;
– faire un "retour au médecin traitant", de préférence par un courrier faisant apparaître la notion d'adressage et indiquant les propositions thérapeutiques ;
– Si nécessaire, rédiger l'ordonnance de mise en route du traitement ou de demande d'examens complémentaires.

La cotation APC peut se cumuler uniquement avec l'acte BAHA001 (biopsie unilatérale ou bilatérale de paupière), tarifé à 50 % de sa valeur CCAM.

Il existe des dérogations pour la période des 4 mois. Si un bilan ophtalmologique plus poussé est nécessaire pour asseoir le diagnostic, l'ophtalmologiste peut revoir le patient dans un délai court pour réaliser des actes techniques qui seront cotés en CCAM. Si l'état du patient nécessite un bilan complémentaire effectué par un autre professionnel de santé, l'ophtalmologiste peut ensuite revoir le patient. La cotation pour ce rendez-vous de synthèse sera alors "CS".

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

La feuille de soins (FS) pour APC doit comporter le nom du médecin traitant ou du médecin adressant le patient de moins de 16 ans ou couvert par l'AME. Pour tous les adhérents OPTAM et pour les S2, un complément d'honoraires est possible.

La ***figure 1*** résume la prise en charge pour APC.

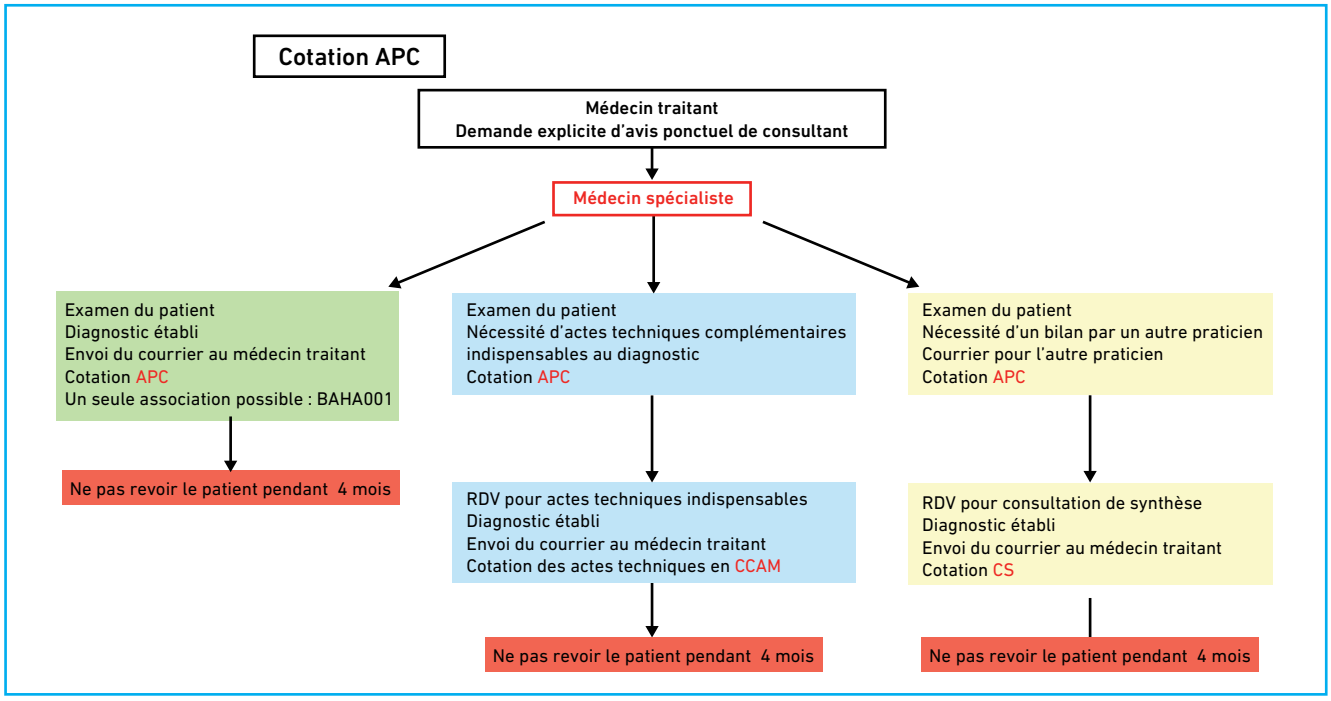

Fig. 1 : Procédure de cotation APC.

APC du chirurgien

Les chirurgiens agissant à titre de consultants, à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant, peuvent coter APC, y compris quand ils pratiquent eux-mêmes l'intervention (y compris en urgence avec hospitalisation du malade), sous condition de l'envoi d'un compte rendu écrit au médecin traitant et, le cas échéant, également au spécialiste correspondant. Il est impossible d'associer APC avec la cotation de biométrie, topographie ou tout acte technique.

POG : majoration pour consultation complexe

En ophtalmologie, une seule majoration pour consultation complexe est valorisée par l'Assurance Maladie : POG pour pathologie oculaire grave. Le tarif est de 16 € [6]. La majoration POG concerne, dans le cadre du parcours de soins, la prise en charge d'un enfant (moins de 16 ans) atteint d'une pathologie oculaire grave (glaucome congénital, cataracte congénitale, rétinopathie, strabisme avec risque d'amblyopie, amblyopie, nystagmus congénital…) ou d'une déficience neuro-visuelle liée à une pathologie générale (prématurité, autisme, retard mental…).

Cette majoration pour consultation complexe est facturable seulement par les ophtalmologistes S1 et par les adhérents à l'OPTAM. Elle nécessite que le patient soit dans le parcours de soins et ne peut être utilisée pour un patient hospitalisé. Elle implique l'élaboration d'un protocole thérapeutique et sa mise en œuvre, la prescription éventuelle de rééducation et son suivi, la coordination avec l'ensemble de l'équipe paramédicale et éducative en charge de l'enfant. Les conclusions diagnostiques et thérapeutiques doivent figurer dans le dossier. Elle est suivie d'un compte rendu transmis au médecin traitant et est inscrite avec le code POG dans le dossier médical.

Elle est facturée à l'Assurance Maladie avec le code MCX, en attendant la mise à jour des logiciels des professionnels de santé. C'est un code prestation agrégé, utilisé par toutes les spécialités pour préserver le secret médical sur cette consultation complexe. Elle ne peut pas s'additionner avec APC.

Sa cotation et le tarif opposable sont CS + MPC + MCS + MCX = 46 €.

MIA : majoration pour consultation très complexe

En ophtalmologie, une seule consultation très complexe est valorisée par l'Assurance Maladie, MIA : majoration pour la consultation initiale pour anisocorie ou diplopie ou ptosis. Le tarif est de 30 € [7]. La majoration MIA concerne donc la première consultation pour un patient présentant une anisocorie ou une diplopie brutale ou récente avec composante paralytique ou un ptosis d'origine neurogène.

Cette majoration consultation très complexe est facturable seulement par les ophtalmologistes S1 et par les adhérents à l'OPTAM et se fait dans le parcours de soins. Elle recherche la localisation et le mécanisme de l'atteinte et oriente la recherche étiologique et le bilan. Elle inclut un temps d'information du patient. Elle identifie les situations de grande urgence, avec orientation du patient et coordination de la prise en charge urgente vers la filière de soins adaptée.

Elle comporte un compte rendu dans le dossier patient comprenant dans tous les cas : la description des pupilles et leur réactivité aux stimuli, l'examen de la motilité oculaire, l'examen au verre rouge en cas de diplopie, l'aspect des paupières et des fentes palpébrales avec étude du muscle releveur de la paupière supérieure en cas de ptosis. Le plan de soins ou l'orientation du patient doivent aussi figurer dans le compte rendu. La consultation est suivie d'un retour au médecin traitant.

Cette majoration est inscrite avec le code MIA dans le dossier médical et, en attendant la mise à jour des logiciels des professionnels de santé, le code de facturation à l'Assurance Maladie est MTX. C'est un code générique de majoration très complexe, utilisé par toutes les spécialités pour préserver le secret médical. La cotation et le tarif opposable sont CS + MPC + MCS + MTX = 60 €.

Le SNOF a obtenu que cette majoration ne soit pas réservée aux seuls ophtalmologistes ayant le DIU de neuro-ophtalmologie.

MCU : majoration correspondant urgence

Cette majoration a été créée pour favoriser l'adressage à un correspondant en ville et éviter le recours aux services d'urgences. Elle majore uniquement les actes de la NGAP. Le tarif de MCU est fixé à 15 € [8]. De son côté, le médecin traitant qui déclenche la demande cote une majoration MUT de 5 €.

Cette majoration nécessite, d'une part, l'adressage par le médecin traitant ou son remplaçant ou tout médecin pour un enfant de moins de 16 ans et, d'autre part, de recevoir le patient sous 48 h après la demande. Il faut conserver dans le dossier des traces de l'adressage et du délai de prise en charge, faire un retour d'information au médecin traitant et inscrire le nom du médecin traitant sur la FS.

Il ne faut pas cocher la case urgence sur la FS papier, ne pas mettre le code MTU sur la FS électronique mais cocher ou inscrire MCU.

La facturation doit se faire au tarif opposable : aucun complément d'honoraires n'est possible (ni sur l'acte ni sur la majoration). La cotation et le tarif sont CS + MPC + MCS + MCU = 45 €. Si la

Revues générales

POINTS **FORTS**

- L'ophtalmologie est une spécialité très technique mais tous les actes ne sont pas valorisés par la CCAM.
- Les cotations CS et CS + MPC + MCS sont utilisées quand aucun acte technique codé n'est pratiqué ou si la valeur de l'acte codé pratiqué est inférieure à 30 €. C'est un prix forfaitaire à la séance, avec un contenu qui peut être très variable.
- Au premier semestre 2019, les ophtalmologistes ont réalisé environ 16 millions d'actes techniques médicaux CCAM (hors imagerie, hors échographie, hors chirurgie) et environ 4 millions d'actes CS.
- L'information du médecin traitant est primordiale pour l'Assurance Maladie. L'information peut se faire par un courrier papier ou électronique sécurisé, par un compte rendu de consultation ou par l'inscription dans le carnet de santé pour un enfant.

cotation APC peut s'appliquer (ce qui est le cas dans la majorité des situations puisque le patient est adressé par le médecin traitant), on facturera APC + MCU = 65 €.

RNO : renouvellement optique

Cette cotation fait appel à un protocole de coopération signé entre un ophtalmologiste et un orthoptiste salarié ou libéral. Ce protocole concerne le renouvellement/l'adaptation des corrections optiques (hors lentilles de contact). C'est l'enchaînement d'un bilan visuel réalisé par l'orthoptiste, de l'analyse du bilan en différé par l'ophtalmologiste et de l'envoi d'une prescription des corrections optiques dans un délai de 8 jours [9].

L'acte est réalisé dans un lieu d'exercice unique regroupant l'ophtalmologiste et l'orthoptiste. Il est entré dans le régime de droit commun de la NGAP. Il n'y a pas besoin d'autorisation de l'agence régionale de santé (ARS), ni de la CPAM.

La rémunération de cet acte réalisé en équipe est de 28 €, sans possibilité de complément d'honoraires ni d'association d'actes techniques. La facturation se fait en 2 temps : préparation par l'orthoptiste de la FS électronique puis validation lors de la lecture du bilan par l'ophtalmologiste. Le tiers payant n'est pas obligatoire.

Les critères pour cet acte sont :
– patient âgé de 6 à 50 ans ;
– patient connu du cabinet et examiné au cabinet depuis moins de 5 ans (par l'ophtalmologiste ou un associé) ;
– demande exclusive de renouvellement/adaptation des corrections optiques et consentement au protocole ;
– absence de pathologie aiguë ou chronique oculaire connue ;
– absence de pathologie générale ou de traitement nécessitant un suivi ophtalmologique ;
– absence d'adressage par un autre médecin.

RNM : renouvellement muraine

Cette cotation fait appel à un protocole de coopération signé entre un ophtalmologiste et un orthoptiste salarié ou libéral. Ce protocole concerne le renouvellement/l'adaptation des corrections optiques (hors lentilles de contact), mais il se distingue du RNO sur plusieurs points.

C'est l'enchaînement d'un bilan visuel réalisé par l'orthoptiste, dans un site à distance du cabinet principal de l'ophtalmologiste, de l'analyse en télémédecine en différé par l'ophtalmologiste et de l'envoi d'une prescription des corrections optiques dans un délai de 8 jours [10]. L'ophtalmologiste adresse également l'ordonnance à l'orthoptiste pour qu'il puisse authentifier la réalisation du bilan visuel en vue de sa facturation. Il s'agit d'un protocole avec un financement dérogatoire, qui nécessite de demander une inscription/autorisation à l'ARS.

Un contrat de droit privé doit être signé entre l'ophtalmologiste et l'orthoptiste. Ce contrat impose le partage de la rémunération avec un minimum de 60 % pour l'orthoptiste. Il existe un modèle type du contrat en annexe 4 de l'instruction DSS du 19 avril 2018 [10].

La rémunération de cet acte en équipe est de 28 €, sans possibilité de complément d'honoraires ni d'association d'actes techniques. À ce forfait peut s'ajouter un bonus forfaitaire annuel, qui est fonction de critères de qualité et du volume d'actes réalisés (annexe 2 de l'instruction DSS [10]). La facturation se fait obligatoirement en tiers payant, avec une prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie. Elle peut être effectuée par l'orthoptiste ou par l'ophtalmologiste (sous réserve d'une modification réglementaire). Dans un deuxième temps, le partage de la rémunération se fait par réversion, conformément aux conditions du contrat.

Les critères d'inclusion pour cet acte sont :
– patient âgé de 6 à moins de 50 ans ;
– patient connu ou inconnu du cabinet ;
– patient déclarant que sa dernière consultation avec un ophtalmologiste date de moins de 5 ans ;

– demande exclusive de renouvellement des corrections optiques et consentement au protocole ;
– absence de pathologie oculaire connue ;
– pas d'œil rouge/douloureux, ni de baisse d'acuité visuelle profonde, brutale et récente.

Modificateurs d'urgence vraie sur la NAGP

La facturation au tarif opposable est obligatoire lors de l'utilisation de modificateurs d'urgence. Ces codes modificateurs s'additionnent à CS + MPC.

Entre 20 et 8 h, le code est MN = 25,15 € [11]. Entre 8 et 20 h, le dimanche ou un jour férié, le code est F = 19,06 €. En dehors de ces créneaux horaires et de l'usage de la majoration MCU, il n'existe pas de majoration pour les demandes de prise en charge en urgence appelées "soins non programmés", qui désorganisent cependant le planning de la journée. Le SNOF demande que ces urgences vues en accès direct spécifique bénéficient de majorations spécifiques.

Cotations orthoptiques AMY

Elles font partie de la NGAP. Les ophtalmologistes exercent de plus en plus en travail aidé avec des orthoptistes qui réalisent des actes de préconsultation ophtalmologique. Des protocoles organisationnels au cabinet ou de coopération en télémédecine sont déjà en place et d'autres vont bientôt voir le jour. Il est parfois possible de coter certains actes orthoptistes AMY réalisés en travail aidé. Ces actes AMY sont alors facturés obligatoirement au tarif opposable.

Dans ce cadre, les actes orthoptistes les plus couramment pratiqués sont :
– réfraction et acuité visuelle avec ou sans dilatation AMY 8,5 ;
– bilan de vision binoculaire AMY 10 ;
– champ visuel avec mesure de seuil AMY 10,3.

Dans une même séance, pour facturer une cotation AMY, celle-ci ne doit pas être redondante avec la cotation NGAP ou CCAM du médecin ophtalmologiste.

AMY 8,5 – bilan orthoptique

Pour AMY 8,5 (mesure d'acuité visuelle et de la réfraction avec ou sans dilatation) et pour tous les bilans orthoptiques (AMY 10 – AMY 14,5 – AMY 15 – AMY 15,5 – AMY 30 – AMY 30,5), les règles tarifaires ont été récemment clarifiées [12] et, dans le cadre du travail aidé, on ne peut pas facturer le même jour (***fig. 2***) :
– AMY 8,5 et CS ou APC ;
– AMY 8,5 et BLQP010 (vision binoculaire) ;
– AMY 8,5 et BLQP010 (vision binoculaire) + BJQP002 (motricité oculaire) ;
– bilan orthoptique et CS ou APC (moratoire pour l'application) ;
– bilan orthoptique et BLQP010 (vision binoculaire) ;
– bilan orthoptique et BLQP010 + BJQP002 (vision binoculaire + motricité oculaire) ;
– AMY 8,5 et bilan orthoptique ;
– tout AMY et RNO ;
– tout AMY et RNM.

Ces règles s'appliquent quel que soit le mode d'exercice de l'orthoptiste, salarié ou libéral, et quel que soit le lieu d'exercice de l'ophtalmologiste, en libéral ou en établissement.

Dépistage de la rétinopathie diabétique

Pour les patients éligibles au dispositif de dépistage de la rétinopathie diabétique par télémédecine, l'orthoptiste réalise les rétinographies en couleur et cote AMY 6,1 ou 6,7 en cas de télétransmission. L'ophtalmologiste cote ensuite BGQP140 pour l'interprétation "en différé" des rétinophotographies. Ces deux actes sont facturés obligatoirement au tarif opposable et en tiers payant intégral.

Cependant, pour le moment, il est demandé aux CPAM de ne pas mettre en place un contrôle trop littéral du libellé BGQP140 "Lecture différée d'une rétinographie en couleur, sans la présence du patient" dans le cas du dépistage de la rétinopathie diabétique. En effet, si l'action de dépistage est bien décomposée en deux temporalités distinctes entre l'orthoptiste (rétinographie en couleur – AMY 6,7 ou 6,1) et l'ophtalmologiste,

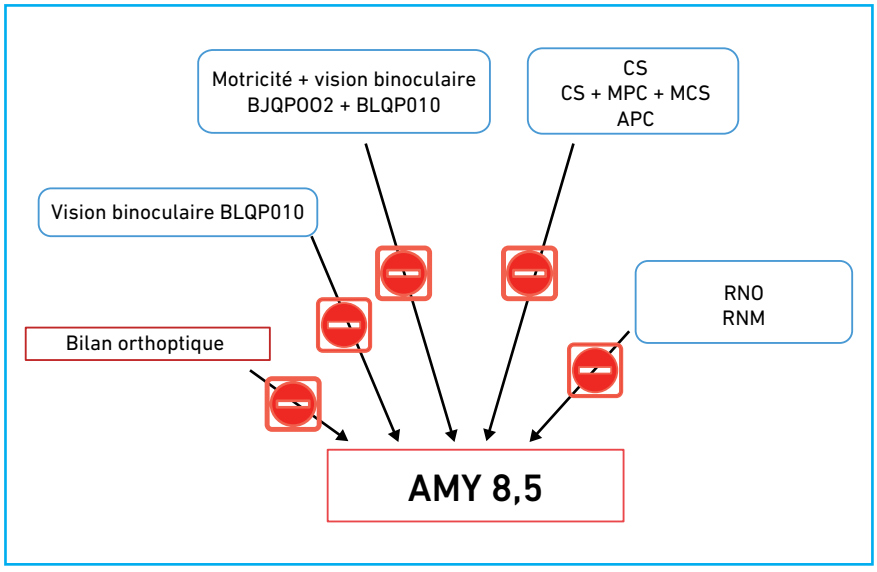

Fig. 2 : Les incompatibilités avec AMY 8,5.

Revues générales

c'est-à-dire si la lecture par l'ophtalmologiste de la rétinographie ne se déroule pas dans la continuité immédiate de l'acte orthoptique, l'Assurance Maladie ne doit pas s'opposer à la facturation le même jour d'un AMY 6,1 ou AMY 6,7 et de l'acte BGQP140, car une facturation réalisée le même jour peut, si elle est faite selon une temporalité distincte, permettre de mettre en place des organisations pertinentes et efficientes au sein des cabinets !

À noter : le SNOF a écrit un protocole organisationnel sur le dépistage de la rétinopathie diabétique, décrivant les différentes situations et leurs cotations.

SITOGRAPHIE

1. www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/636184/document/ngap_1er_janvier_2020_assurance_maladie.pdf
2. www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php
3. www.ameli.fr/paris/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes
4. www.ameli.fr/paris/medecin/exercice-liberal/remuneration/consultations-actes
5. www.ameli.fr/sites/default/files/cpam_deux-sevres_avis-ponctuel-consultant_octobre-2017.pdf
6. www.cpam21.fr/EnDirectPS/Medecins/2017/2017-10-24_ophtalmologistes_reval.pdf
7. www.cpam21.fr/EnDirectPS/Medecins/2019/2019-02-12_avt-6-medecins.pdf
8. www.cpam21.fr/EnDirectPS/Medecins/2018/2018-01-03_EDR_Revalorisations%20tarifaires.pdf
9. www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037240668&categorieLien=id
10. solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2018/18-06/ste_20180006_0000_0081.pdf
11. www.ameli.fr/paris/medecin/exercice-liberal/remuneration/tarifs-specialistes/metropole
12. www.mediam.ext.cnamts.fr/ameli/cons/CIRCC/2019/CIR-39-2019.PDF

L'auteure a déclaré être élue au CA et membre de la commission SS du SNOF.