

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Décision du 29 septembre 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 : *SPRU2230526S*

Le collège des directeurs,

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

Vu le décret n° 2022-610 du 21 avril 2022 relatif aux compétences vaccinales des infirmiers ;

Vu le décret n° 2022-691 du 26 avril 2022 relatif aux soins visuels pouvant être réalisés sans prescription médicale par les orthoptistes ;

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

Vu la décision UNCAM de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 16 juin 2022 ;

Vu les avis de la Haute Autorité de santé en date des 4 novembre 2021 et 6 janvier 2022 ;

Vu l'avis de l'UNOCAM en date du 29 septembre 2022 ;

Vu la Commission de hiérarchisation des actes et prestations des médecins en date du 23 juin 2022 ;

Vu la Commission de hiérarchisation des actes et prestations des orthoptistes en date du 21 juillet 2022,

Décide de modifier les livres II et 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 II est ainsi modifié :

1) Au sous-paragraphe 11.02.05.02 « Pose d'implant osseux sur le crâne et la face » :

Sont inscrits les deux actes suivants :

«

Code	Libellé	Activité	Phase	Exo TM	Regroupement
LALA469 [A, J, K, T]	Pose d'un appareillage auditif à conduction osseuse dans l'os temporal	1	0	1	ADC
	<i>Anesthésie</i>	4	0	1	ADA
LAGA381 [A, J, K, T]	Ablation d'un appareillage auditif à conduction osseuse implanté dans l'os temporal	1	0	1	ADC
	<i>Anesthésie</i>	4	0	1	ADA

».

2) Au paragraphe 06.03.11 « Autres actes thérapeutiques sur la plèvre et les poumons » :

Sont inscrits les deux actes suivants :

«

Code	Libellé	Activité	Phase	Exo TM	Regroupement
GFNH174 [A]	Destruction d'1 tumeur bronchopulmonaire par radiofréquence, par voie transcutanée avec guidage scanographique <i>Avec ou sans : drainage d'un épanchement de la cavité pleurale</i> <i>Indication : conforme aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 165 - 1 du code de la sécurité sociale ; la sélection des patients éligibles à l'intervention nécessite une réunion de concertation pluridisciplinaire comprenant au minimum un radiologue, un pneumo-oncologue ou un oncologue médical à orientation pneumologie, et un chirurgien thoracique.</i> <i>Environnement : établissement disposant d'un plateau technique de radiologie interventionnelle adapté comportant un scanner et une table de vasculaire, pour prendre en charge toute complication hémorragique, ainsi que du matériel d'anesthésie et de réanimation.</i>	1	0	1	ATM
	Anesthésie	4	0	1	ADA
	(GELE001)				
GFNH214 [A]	Destruction de 2 tumeurs bronchopulmonaires ou plus par radiofréquence, par voie transcutanée avec guidage scanographique <i>Avec ou sans : drainage d'un épanchement de la cavité pleurale</i> <i>Indication : conforme aux indications figurant dans l'avis relatif au dispositif médical émis par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 165 - 1 du code de la sécurité sociale ; la sélection des patients éligibles à l'intervention nécessite une réunion de concertation pluridisciplinaire comprenant au minimum un radiologue, un pneumo-oncologue ou un oncologue médical à orientation pneumologie, et un chirurgien thoracique.</i> <i>Environnement : établissement disposant d'un plateau technique de radiologie interventionnelle adapté comportant un scanner et une table de vasculaire, pour prendre en charge toute complication hémorragique, ainsi que du matériel d'anesthésie et de réanimation.</i>	1		1	ATM
	Anesthésie	4		1	ADA
	(GELE001)				

».

Art. 2. – Les tarifs pour les nouveaux actes sont les suivants :

«

Code	Activité	Phase	Tarif (en euros)
LALA469	1	0	251,70
LALA469	4	0	147,26
LAGA381	1	0	106,35
LAGA381	4	0	71,42
GFNH174	1	0	192,00
GFNH174	4	0	185,18
GFNH214	1	0	307,20
GFNH214	4	0	231,31

».

Art. 3. – L'article III-4 du livre III est ainsi modifié :

1) La consultation de repérage des signes de trouble du neuro-développement (TND) ou d'un trouble de la relation précoce mère-enfant : CTE figurant au a de l'article 15.9 de la partie I de 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 remplacée par les dispositions suivantes :

« – consultation de repérage des signes de trouble du neuro-développement (TND) : CTE

Cette consultation très complexe est réalisée par un médecin généraliste ou un pédiatre, dans le but de confirmer ou d'infirmier un risque de TND chez un enfant, présentant des signes inhabituels du développement, à partir de signes d'alerte selon les recommandations HAS.

La consultation dédiée à la recherche d'un TND comprend un examen clinique approfondi, le dépistage d'un trouble auditif ou visuel, des tests de repérage de TND adaptés à l'âge de l'enfant selon les recommandations HAS.

Le médecin doit être en capacité de réaliser et interpréter ces différents tests de repérage par le biais d'une formation spécifique.

Le cas échéant, le médecin engage le parcours de bilan et d'intervention précoce et adresse la famille à la structure pluriprofessionnelle chargée de le coordonner ou oriente vers la 2^e ligne. Si le médecin n'est pas le médecin traitant de l'enfant, il fait un retour au médecin traitant désigné pour le suivi de l'enfant par courrier ou voie électronique sécurisée. Cette consultation doit donner lieu à l'inscription du code consultation CTE dans le dossier médical du patient. Afin de facturer la consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre à l'assurance maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCE. Une consultation au plus par patient peut être facturée.

Quel que soit le motif médical de la consultation, une seule consultation de repérage CTE peut être facturée par enfant.

– consultation de repérage d'un trouble de la relation précoce parents-enfant : CTE

Cette consultation très complexe est réalisée par un médecin généraliste ou un pédiatre, dans le but de confirmer ou d'infirmier un risque de trouble de la relation précoce parents-enfant chez un enfant présentant des signes inhabituels du développement.

Cette consultation dédiée, essentiellement clinique, est réalisée en présence d'au moins l'un des deux parents. Elle comprend un examen clinique approfondi de l'enfant, la recherche d'un état psychopathologique parental et une étude des interactions parents-enfant.

Cette consultation doit donner lieu à l'inscription du code consultation CTE dans le dossier médical du patient. Afin de facturer la consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre à l'assurance maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCE. Une consultation au plus par patient peut être facturée.

Quel que soit le motif médical de la consultation, une seule consultation de repérage CTE peut être facturée par enfant. »

2) La partie VIII de 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 ainsi modifiée pour les orthoptistes :

a) Au titre III. – Actes portant sur la tête, chapitre II. – Orbita – œil, le tableau de l'article 1^{er} est remplacé par le tableau suivant :

«

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
1) Préambule			
L'orthoptiste est seul habilité à réaliser les actes du présent article. Seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'assurance maladie les actes effectués personnellement par un orthoptiste, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription initiale du médecin demandant un bilan ou par l'intermédiaire d'un protocole organisationnel, au sens des articles R. 4342-1-1 et R. 4342-1-2 du code de la santé publique. Si le médecin le souhaite, il peut préciser sa prescription en liaison avec l'orthoptiste. Celui-ci est alors lié par le contenu de cette prescription.			
2) Bilans orthoptiques			
<ul style="list-style-type: none"> - le bilan comprend le diagnostic orthoptique, le plan de soins et son objectif ; - l'orthoptiste détermine la nature et le nombre des séances de rééducation, les actes et les techniques appropriées ; - le compte-rendu, tenu à la disposition du service médical, comporte le diagnostic orthoptique argumenté et les objectifs, le plan de soins de la rééducation/du traitement orthoptique s'ils sont indiqués (justification nécessaire en cas d'absence d'indication à une rééducation) ; - le bilan est communiqué au médecin prescripteur par l'orthoptiste ; - les actes de l'article 1 ne sont pas associables entre eux ni avec un acte de l'article 3 du présent chapitre ; - dans le cadre de la collaboration d'un orthoptiste à l'examen de l'ophtalmologiste, quel que soit le statut, salarié ou libéral, de l'orthoptiste, quels que soient le lieu et le secteur d'exercice de l'ophtalmologiste, la facturation cumulée des actes suivants, réalisés le même jour, n'est pas autorisée (sauf circonstance exceptionnelle dûment justifiée dans le compte-rendu) : <ul style="list-style-type: none"> - bilan orthoptique en sus de la consultation médicale, de la téléconsultation ou de l'avis ponctuel de consultant ; - bilan orthoptique et un ou plusieurs des actes suivants, inscrits à la Classification commune des actes médicaux (CCAM) : examen de la vision binoculaire (BLQP010), examen fonctionnel de la motricité oculaire (BJQP002). 			
Bilan orthoptique des déficiences visuelles d'origine périphérique ou neuro-ophtalmologique (basse vision) avec un maximum de deux bilans par an. La réalisation du 2 ^e bilan doit être justifiée par l'évolution de la pathologie. Le compte rendu tenu à la disposition du service médical, comporte au moins : <ul style="list-style-type: none"> - la détermination subjective de l'acuité visuelle ; - la détermination subjective de la fixation ; - le bilan des déséquilibres oculomoteurs. 	30	AMY	

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
Bilan des conséquences neuro-ophtalmologiques des pathologies générales et des déficiences neuro-visuelles d'origine fonctionnelle avec un maximum de deux bilans par an. La réalisation du 2ème bilan doit être justifiée par l'évolution de la pathologie. Le compte rendu tenu à la disposition du service médical, comporte au moins : - la détermination subjective de l'acuité visuelle ; - la détermination subjective de la fixation ; - le bilan des déséquilibres oculomoteurs.	30,5	AMY	
Bilan des déséquilibres de la vision binoculaire lié à un trouble des capacités fusionnelles avec établissement d'un compte rendu tenu à la disposition du service médical, avec un maximum de deux actes par an ; au-delà l'orthoptiste établit une demande d'accord préalable.	10	AMY	AP
Bilan des déséquilibres de la vision binoculaire lié à un trouble des capacités fusionnelles et un trouble neurosensoriel, accommodatif ou à un trouble de l'orientation du regard (hors enregistrement) avec établissement d'un compte rendu tenu à la disposition du service médical, avec un maximum de deux actes par an ; au-delà l'orthoptiste établit une demande d'accord préalable.	14,5	AMY	AP
Bilan des troubles oculomoteurs : hétérophories, strabismes, paralysies oculomotrices avec établissement d'un compte rendu tenu à la disposition du service médical, avec un maximum de deux actes par an ; au-delà l'orthoptiste établit une demande d'accord préalable.	15	AMY	AP
Bilan d'une amblyopie avec établissement d'un compte rendu tenu à la disposition du service médical, avec un maximum de deux actes par an ; au-delà l'orthoptiste établit une demande d'accord préalable.	15,5	AMY	AP
3) Actes de rééducation			
Les actes de rééducation s'adressent à des personnes atteintes de déséquilibres binoculaires, d'hétérophories, de strabismes, d'amblyopie fonctionnelle ou à des personnes ayant une déficience visuelle d'origine organique ou fonctionnelle susceptibles de compromettre les apprentissages ou la réalisation des actes essentiels au maintien de l'autonomie. L'orthoptiste informe le médecin prescripteur de l'éventuelle adaptation ou du renouvellement du traitement en fonction de son évolution et de l'état de santé du patient. A tout moment, le médecin prescripteur peut intervenir, en concertation avec l'orthoptiste, pour demander une modification du protocole thérapeutique ou interrompre le traitement. A l'issue de la dernière séance, l'orthoptiste adresse au médecin prescripteur une fiche retraçant l'évolution du traitement orthoptique. Celle-ci est tenue à la disposition du patient et du service médical à sa demande.			
Rééducation d'une déficience visuelle d'origine organique ou fonctionnelle, de l'ordre de 30 mn pour les patients de 16 ans et de moins de 16 ans, de l'ordre de 45 mn pour les patients de plus de 16 ans. Cette rééducation est destinée : - aux patients ayant une pathologie oculaire ou des lésions d'origine traumatique, tumorale, neurologique et/ou vasculaire entraînant une déficience visuelle ; - aux patients ayant des troubles des apprentissages et/ou des troubles neuro visuels objectivés dans le cadre d'un bilan pluridisciplinaire (médical et paramédical) ; - patients de plus de 16 ans ; - patients de 16 ans et moins de 16 ans.	18 12	AMY AMY	AP
Traitement de l'amblyopie par série de vingt séances de l'ordre de 20 minutes, par séance ; au-delà de 20 séances, l'orthoptiste établit une nouvelle demande d'accord préalable dans le cadre de la prescription médicale initiale.	5,8	AMY	AP
Traitement du strabisme par série de vingt séances de l'ordre de 20 minutes par séance ; au-delà de 20 séances, l'orthoptiste établit une nouvelle demande d'accord préalable dans le cadre de la prescription médicale initiale.	6,5	AMY	AP
Traitement des hétérophories et des déséquilibres binoculaires par série de vingt séances de l'ordre de 20 minutes, par séance ; au-delà de 20 séances, l'orthoptiste établit une nouvelle demande d'accord préalable dans le cadre de la prescription médicale initiale.	4	AMY	AP

»

b) Au Titre III. – Actes portant sur la tête, chapitre II. – Orbito – œil, le premier alinéa de l'article 2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les enregistrements visés par le présent article peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'assurance maladie lorsqu'ils sont effectués personnellement par un orthoptiste sur prescription d'un médecin (éventuellement par l'intermédiaire d'un protocole organisationnel, au sens des articles R. 4342-1-1 et R. 4342-1-2 du code de la santé publique) sans réalisation d'un bilan au préalable. »

c) Au Titre III. – Actes portant sur la tête, chapitre II. – Orbito – œil, après l'article 2, il est inséré un article 3 ainsi rédigé :

« Art. 3. – Orthoptie : acte spécifique d'étude de la réfraction et de l'acuité visuelle.

« L'acte visé par le présent article peut être pris en charge ou remboursé par les caisses d'assurance maladie lorsqu'il est effectué personnellement par un orthoptiste.

«

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
Mesure de l'acuité visuelle et de la réfraction avec ou sans dilatation – cet acte n'est pas associable à un acte de l'article 1 du présent chapitre. Dans le cadre de la collaboration d'un orthoptiste à l'examen de l'ophtalmologiste, quel que soit le statut - salarié ou libéral - de l'orthoptiste, quels que soient le lieu et le secteur d'exercice de l'ophtalmologiste, la facturation cumulée des actes suivants, réalisés le même jour, n'est pas autorisée : – la mesure de l'acuité visuelle et de la réfraction avec ou sans dilatation en sus de la consultation médicale, de la téléconsultation ou de l'avis ponctuel de consultant ; – la mesure de l'acuité visuelle et de la réfraction avec ou sans dilatation et un ou plusieurs des actes suivants, inscrits à la Classification commune des actes médicaux (CCAM) : examen de la vision binoculaire (BLQP010), examen fonctionnel de la motricité oculaire (BJQP002).	8,5	AMY	

»

3) La partie IV de 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 ainsi modifiée pour les orthophonistes :

A l'article 2 du chapitre II « Larynx » du titre IV « Actes portant sur le cou », sont insérées les dispositions suivantes :

« Ci-après l'acte de réadaptation à la communication dans les surdités acquises appareillées et/ou éducation à la pratique de la lecture labiale, par séance est inséré le paragraphe suivant :

« Pour les actes suivants, la séance doit avoir une durée minimale de 30 minutes, sauf mention particulière.

« La première série de 50 séances est renouvelable par séries de 50 séances au maximum. Ce renouvellement est accompagné d'une note d'évolution au médecin prescripteur.

« Si, à l'issue des 100 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique de renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste.

« La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.

« Ci-après l'acte d'éducation ou rééducation de la communication et du langage dans les handicaps moteur, sensoriel et/ou les déficiences intellectuelles (inclus paralysie cérébrale, troubles du spectre de l'autisme et maladies génétiques), par séance est inséré le paragraphe suivant : Pour les actes suivants, la séance doit avoir une durée de l'ordre de 45 minutes ne pouvant être inférieure à 30 minutes, sauf mention particulière.

« La première série de 50 séances est renouvelable par séries de 50 séances au maximum.

« Ce renouvellement est accompagné d'une note d'évolution au médecin prescripteur.

« Si, à l'issue des 100 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique de renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.

« Ci-après l'acte de rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neuro-dégénératives, par séance est inséré le paragraphe suivant : Pour les actes suivants, la séance doit avoir une durée minimale de 45 minutes, sauf mention particulière.

« La première série de 50 séances est renouvelable par séries de 50 séances au maximum.

« Ce renouvellement est accompagné d'une note d'évolution au médecin prescripteur.

« Si, à l'issue des 100 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique de renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan. »

4) La partie IX de 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 ainsi modifiée pour les infirmières et les infirmiers :

Au Titre XVI. – Soins infirmiers, chapitre I. – Soins de pratique courante, le dernier alinéa du I du tableau figurant à l'article 11 est remplacé par les dispositions suivantes :

« La cotation de séances de soins infirmiers est subordonnée à l'élaboration préalable du bilan de soins infirmiers.

« Le dernier alinéa du II est remplacé par les dispositions suivantes :

« La cotation des séances d'aide dans le cadre de la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée est subordonnée à l'élaboration préalable d'un bilan de soins infirmiers.

« Le dernier alinéa du III est remplacé par les dispositions suivantes :

« La cotation des séances de surveillance clinique infirmière et de prévention est subordonnée à l'élaboration préalable du bilan de soins infirmiers.

« La mention AP est supprimée du tableau aux paragraphes I, II et III. »

5) La partie X de 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 ainsi modifiée pour toutes les professions :

a) A la première partie des dispositions générales de la NGAP, à l'article 2-1 :

Au lieu de : « DI – Démarche de soins infirmiers », lire : « DI – Bilan de soins infirmiers » ;

b) A la première partie des dispositions générales de la NGAP, l'article 5 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 5. – Actes donnant lieu à prise en charge ou remboursement.

« Seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'assurance maladie, sous réserve que les personnes qui les exécutent soient en règle vis-à-vis des dispositions législatives, réglementaires et disciplinaires concernant l'exercice de leur profession :

a) Les actes effectués personnellement par un médecin ;

b) Les actes effectués personnellement par un chirurgien-dentiste ou une sage-femme, sous réserve qu'ils soient de leur compétence ;

c) Les actes effectués personnellement par un auxiliaire médical, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale écrite qualitative et quantitative (sauf dispositions législatives ou réglementaires dérogatoires) et qu'ils soient de sa compétence.

« Sauf cas expressément prévu par la présente nomenclature, un acte ne peut être noté par le praticien ou auxiliaire médical et donner lieu à remboursement que si, pendant la durée de son exécution, ce praticien ou auxiliaire médical s'est consacré exclusivement au seul malade qui en a été l'objet. »

Art. 4. – La présente décision sera publiée au *Journal officiel* de la République française et prendra effet trente jours après sa publication, à l'exception de l'article 3 qui prendra effet au lendemain de sa publication.

Fait le 29 septembre 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