

PLUSIEURS ÉVOLUTIONS CONCERNANT LE CADRE TARIFAIRE VONT APPARAÎTRE DÉBUT JANVIER 2018

Elles devraient modifier progressivement certaines habitudes de prise en charge des patients. Elles sont actées pour certaines à la date de rédaction de cet article, d'autres sont en cours de finalisation.

1. CONSULTATION D'UN PATIENT EN URGENCE PAR LE MÉDECIN CORRESPONDANT, DANS LES 48 HEURES À LA DEMANDE DU MÉDECIN TRAITANT : MAJORATION DE 15 € POUR LES ACTES CLINIQUES

A partir du 1^{er} janvier 2018, **si un médecin traitant envoie en urgence un patient à un médecin correspondant (par ex. ophtalmologiste)**, il touchera une Majoration Urgence Traitant (MUT) de 5 € en plus de sa consultation de 25 €. **Si ce patient est vu dans les 48 heures par le médecin correspondant, celui-ci peut alors coter une Majoration Correspondant Urgence (MCU) de 15 € en plus de sa cotation habituelle.**

La MCU peut être utilisée à la fois en secteur 1 et en secteur 2 **à la condition que le tarif opposable soit respecté**. La MCU n'est applicable qu'aux actes cliniques (CS, APC).

Exemple: patient adressé par le médecin traitant pour un oeil rouge ou une baisse brutale de vision: l'ophtalmologiste pourra facturer APC + MCU: 48 + 15 € = 63 €, avec courrier au médecin traitant. Si des examens complémentaires sont nécessaires, ils seront faits un autre jour ou le patient sera adressé à un autre confrère pour leur réalisation (règles relatives à l'utilisation de l'APC).

Ce dispositif est mis en place afin d'éviter des hospitalisations inutiles et pour valoriser l'orientation sans délai effectuée par le médecin traitant vers un médecin de second recours. Cette prise en charge coordonnée doit intervenir dans les 48 heures suivant l'adressage

par le médecin traitant. Il correspond à une demande du SNOF, ainsi que d'autres syndicats de spécialistes, qui ont toujours trouvé anormal que l'on ne valorise pas les efforts faits par les médecins spécialistes pour recevoir en journée, en plus des patients programmés, les cas d'urgence. En effet ceux-ci nécessitent un vrai effort d'organisation; ils allègent aussi les services d'urgence hospitaliers. La MCU est réservée à la médecine libérale.

Le SNOF regrette cependant que le cas particulier des spécialités à accès direct (gynécologues, ophtalmologistes, stomatologues, psychiatres) n'ait pas été pris en compte. En effet, celles-ci acceptent, de façon dérogatoire au parcours de soin, les urgences pour une prise en charge plus rapide des patients. Faute de solution adaptée actuellement pour les spécialités à accès direct, il est logique que ces spécialistes demandent aux patients, en cas d'urgence, de passer d'abord par le médecin traitant, sinon ils ne peuvent facturer qu'une CS (ou éventuellement un acte CCAM si cela est justifié)! **Une majoration urgence en accès direct permettrait une économie substantielle à l'Assurance Maladie.** Dans ce cadre, nous demanderons aux partenaires conventionnels de négocier l'utilisation APC + MCU en accès direct, en cas d'urgence avérée et vue dans les 48 heures suivant l'appel du patient.

2. ÉVOLUTION DES MODIFICATEURS « URGENCE » U, S, F, POUR LES ACTES CCAM EN OPHTALMOLOGIE

Rappelons que pour être utilisés, ces modificateurs doivent se trouver dans la liste des modificateurs listés sous le code CCAM de chaque acte, dans la V50 de la CCAM (applicable au 1^{er} janvier 2018 et téléchargeable sur [ameli.fr](http://www.ameli.fr) en format Excel ou PDF: <https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php>).

Exemples:

- BDGP002 **Ablation d'un corps étranger superficiel de la cornée**

[F, P, S, U]

- BACA002 **Suture d'une plaie cutanée d'une paupière, sans atteinte du bord libre**

[F, M, P, S, U]

- BGCA002 **Suture de plaie de la sclère**

[A, F, P, S, U, 7]

Modificateur	Libellé	Tarif 2017	Tarif 2018
U	Acte réalisé en urgence par les chirurgiens, les gynécologues-obstétriciens ou les anesthésistes entre 20h et minuit <i>Inclut: acte réalisé en urgence par les ORL, stomatologues et ophtalmologues</i>	25,15 €	50 €
S	Acte réalisé en urgence par les chirurgiens, les gynécologues-obstétriciens, les anesthésistes, les pédiatres entre 0h et 8h <i>Inclut: acte réalisé en urgence par les ORL, stomatologues et ophtalmologues</i>	40 €	80 €
F	Acte réalisé en urgence par les chirurgiens, les gynécologues-obstétriciens, les anesthésistes ou les pédiatres un dimanche ou un jour férié. <i>Inclut: acte réalisé en urgence par les ORL, stomatologues et ophtalmologues</i>	19,06 €	40 €

Par ailleurs, l'acte **BACA007 «Suture de plaies cutanées multiples unilatérales ou bilatérales des paupières, sans atteinte du bord libre»**, bénéficie du **nouveau modificateur «O»** (Acte chirurgical réalisé en urgence vitale ou en urgence d'organes, de 8 h à 20 h, par les chirurgiens, ORL, ophtalmologues, stomatologues, anesthésistes ou gynécologues-obstétriciens, dans un délai maximum de 6 heures après l'admission

du patient). La majoration est de 80 €. Après minuit, le modificateur S pourra être utilisé; entre 20h et minuit, ce sera le U.

Les codes O, U, P, S et F sont exclusifs les uns des autres et ne peuvent être facturés qu'une seule fois par intervenant et par patient quel que soit le nombre d'actes réalisés.

3. PASSAGE DANS LE RÉGIME COMMUN DU «RNO» EN JANVIER 2018

La cotation RNO «renouvellement d'optique» bénéficie depuis le 12 janvier 2015 d'une cotation dérogatoire de 23 euros dans le cadre de deux protocoles expérimentaux autorisés dans la plupart des régions sur arrêté des ARS. Il s'agit des protocoles «Réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste pour renouvellement / adaptation des corrections optiques (patients de 6 à 15 ans et de 16 à 49 ans)». La cotation actuelle a été prorogée jusqu'au 12 janvier 2018. Une centaine d'ophtalmologistes l'utilise aujourd'hui pour environ 3 000 actes mensuels.

L'article 37 du PLFSS 2018, qui vient d'être voté, va permettre le passage dans le régime commun (c'est-à-

dire dans la nomenclature normale sans nécessiter une autorisation dérogatoire auprès de l'ARS). Les modalités précises et le montant de la nouvelle cotation ne sont pas finalisés à ce jour et feront l'objet d'une communication auprès des adhérents dès que les informations seront définitives. **Cela devrait passer par la mise en place d'un Protocole Organisationnel qui prendrait le relais des deux protocoles actuels en les simplifiant.**

Le protocole «Maurine» devrait aussi bénéficier d'une cotation effective début 2018, mais elle sera expérimentale comme l'était le RNO ces trois dernières années.

4. NOUVELLES COTATIONS ORTHOPTISTES

Ces cotations n'ont pas encore fait l'objet d'une publication au Journal Officiel de la République Française à la date de rédaction de cet article (7/12/2017). Cela devrait être le cas avant fin décembre 2017. Elles sont issues de l'avenant 12 à la Convention nationale des orthoptistes signé le 19 avril 2017 et publié au Journal Officiel le 23 juin 2017. Ce dernier a été publiée dans le dernier numéro de la ROF (n°209). Le SNOF a eu l'occasion, à plusieurs reprises, de s'élever contre l'hypothèse, prévue dans cet avenant, d'une expéri-

mentation de renouvellement des lunettes par des médecins généralistes dans les Maisons de santé sur examen réfractif d'orthoptistes libéraux. Ce ne serait ni éthique, ni pertinent et constituerait un contournement de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 où les possibilités de renouvellement, sans allonger la durée de validité de l'ordonnance, sont réservées aux opticiens.

Libellés NGAP Titre III - Chapitre II-Orbite Œil	Cotation AMY 2017	Nouvelle Cotation	Date d'effet
Mesure de l'acuité visuelle et de la réfraction avec ou sans dilatation		8,5	01/01/2018
Bilans des déséquilibres de la vision binoculaire liés à un trouble des capacités fusionnelles	10	10	01/01/2018
Bilans des déséquilibres de la vision binoculaire liés à un trouble des capacités fusionnelles et un trouble neurosensoriel, accommodatif ou à un trouble de l'orientation du regard (hors enregistrement)	14,1	14,5	01/01/2018

Libellés NGAP Titre III - Chapitre II-Orbite Œil	Cotation AMY 2017	Nouvelle Cotation	Date d'effet
Bilan des troubles oculomoteurs: hétérophories, strabismes, paralysies oculomotrices	14,1	15	01/01/2018
Bilan d'une amblyopie	14,1	15,5	01/01/2018
Bilan orthoptique fonctionnel de la basse vision	20	30	01/01/2018
Bilan des troubles neuro visuels diagnostiqués	20,1	30,5	01/01/2018
Traitement de l'amblyopie par série de 20 séances de l'ordre de 20 mn	5,4	5,8	5,6 (01/01/2018) 5,8 (01/01/2019)
Traitement du strabisme par série de 20 séances de l'ordre de 20 mn	5,4	6,5	6,1 (01/01/2018) 6,5 (01/01/2019)
Traitement des hétérophories et des déséquilibres binoculaires par série de 20 séances de l'ordre de 20 mn	4	4	cotation inchangée
Rééducation d'une déficience visuelle d'origine organique ou fonctionnelle d'une durée de l'ordre de 30 mn pour les enfants et de 45 mn pour les adultes			
Pour les plus de 16 ans	16,2	18	01/01/2019
Pour les 3 à 16 ans	11,2		
Pour les moins de 3 ans	10,2	12	01/01/2019

• Cette nouvelle nomenclature des orthoptistes complète celle de 2003 et divise le bilan orthoptique en plusieurs sous-ensembles. Il sera sans doute un peu difficile de s'y retrouver. Il s'agit cependant des premières majorations de tarifs depuis longtemps en orthoptie. Seul le nombre d'AMY progresse, la valeur de la lettre clé AMY reste identique (2,60 €). Il est à remarquer que **les dispositions de l'avenant 12 s'appliquent aussi aux orthoptistes salariés des ophtalmologistes libéraux**. Par contre, sont exclus du champ d'application de la convention: les orthoptistes exerçant dans les locaux commerciaux ou leurs dépendances; les orthoptistes salariés exerçant dans un établissement public ou privé d'hospitalisation ou dans un centre de santé. La portée de ces exclusions, surtout pour les établissements de santé est à préciser. Les bilans orthoptiques peuvent faire partie d'un protocole organisationnel.

La grande nouveauté c'est la création d'une cotation de la mesure de l'acuité visuelle et de la réfraction avec ou sans dilatation. La cotation sera AMY 8,5, soit 22,10 €. L'acte visé a été introduit dans le décret des orthoptistes n° 2016-1670 du 5 décembre 2016: «Art. R. 4342-4. - Sur prescription médicale, ou dans le cadre d'un protocole organisationnel défini à la présente section, l'orthoptiste est habilité à:

«1° Déterminer l'acuité visuelle et la réfraction, avec ou sans dilatation, les médicaments nécessaires à la réalisation étant prescrits par le médecin (...).».

Cet acte doit donc être prescrit par un médecin ou être pratiqué par l'orthoptiste au sein d'un protocole organisationnel, dont la mise en place, rappelons-le, est réservé aux ophtalmologistes.

L'objectif de cet acte est (d'après le texte conventionnel) « de répondre notamment aux besoins des patients dans le cadre d'un trouble réfractif ou du suivi d'une pathologie oculaire ».

Nous sommes tous conscients qu'une réfraction sèche ne présente pas d'intérêt médical et qu'elle doit être interprétée dans le cadre plus large d'un examen ophtalmologique. Aussi la prescription de cet acte par des médecins non ophtalmologistes

n'apparaît pas plus éthique et pertinente que celle d'un médecin qui recopierait le résultat d'une réfraction faite par un opticien. **Concernant l'utilisation de cette cotation par les ophtalmologistes en travail d'équipe avec des orthoptistes, elle n'est raisonnablement possible que dans le cadre des nouveaux protocoles organisationnels**, sous peine de faire de nombreuses ordonnances pour « acuité visuelle + réfraction ». Il est aussi clair que cette cotation ne pourra être utilisée en complément des actes réalisés par l'ophtalmologiste que s'il n'y a pas doublon dans les contenus, de même qu'il n'est pas accepté de coter à la fois un champ visuel par l'orthoptiste en AMY et par l'ophtalmologiste en CCAM. Par exemple une consultation ophtalmologique de base comprend la réfraction et ne saurait s'accompagner d'un AMY 8,5, il en est de même du RNO. Par contre, il apparaît qu'une séance d'examen dont le motif central n'est pas la réfraction ou le contrôle de l'acuité visuelle, pourra parfois ou souvent intégrer cet AMY 8,5; on peut notamment penser aux patients revus pour des examens complémentaires (ex. DMLA, glaucome) et qui nécessitent aussi un suivi régulier de leur vision. Dans certains cas d'ailleurs, un bilan orthoptique sera peut-être plus judicieux que l'AMY 8,5. Il conviendra donc de faire un usage raisonné et pertinent de cette nouvelle cotation en cas de travail aidé ou en télé-médecine (si des protocoles organisationnels adéquats sont validés par l'UNCAM). Gardons en mémoire que la pertinence des actes a été définie comme un sujet central par l'Assurance Maladie et le ministère de la santé. Les patients doivent être vus pour établir une prescription, sauf cas particulier de la télé-médecine, laquelle répond à un cadre spécifique.

Le SNOF a déjà élaboré un certain nombre de protocoles organisationnels en travail aidé, d'autres vont suivre en 2018 et l'ensemble des besoins devrait être couverts par ces protocoles. Nous avons établi un partenariat avec la Société Française d'Ophtalmologie pour arriver à une validation commune de protocoles types. Ils vous seront communiqués au fur et à mesure de ces validations.