

DES ÉVOLUTIONS IMPORTANTES TOUCHENT LA CCAM ET LA NGAP OPHTALMOLOGIQUES EN CE DÉBUT D'ANNÉE 2019

ATTEINTE (ENFIN!) DE LA 3^e PHASE DE LA CCAM POUR LES ACTES OPHTALMOLOGIQUES LE 1^{er} JANVIER 2019 POUR LES OPHTALMOLOGISTES EN SECTEUR 1 ET CEUX AYANT ADHÉRÉ À L'OPTAM

Cela concerne tous les actes en ophtalmologie qui étaient encore sous leurs valeurs cibles, sauf quatre, soit 118 actes. Rappelons que la CCAM était bloquée depuis l'Avenant N°8 de novembre 2012 (sauf 24 actes transversaux rares qui étaient pratiqués majoritairement par d'autres spécialités chirurgicales). La CNAMTS avait jugé à l'époque que la croissance des actes était trop dynamique et qu'il fallait donc pénaliser les ophtalmologistes... Malgré nos protestations d'alors, les choses n'avaient pu évoluer. Patiemment, lors de la négociation conventionnelle de 2016 et de celle de l'avenant 6, nous avons pu les convaincre de leur erreur dans le cadre fixé par l'avenant n°8.

Il s'agit des tarifs cibles fixés lors de l'entrée en application de la CCAM en 2005. 115 actes atteignent leur valeur cible. 3 augmenteront partiellement (BGQP140 et 2 actes de chirurgie rétinienne). V3M (BGQP002) - Vision binoculaire (BLQP010) - Motricité oculaire (BJQP002) - Fluoroscope (BZQP002) ne bougent pas. On peut estimer que la mesure concernera environ 3 millions d'actes par an. Ces augmentations, suivant une politique constante (et contestable!) de la CNAM sont réservées aux médecins en secteur 1 ou en secteur 2 ayant adhéré à l'OPTAM.

Ces nouveaux tarifs vont apparaître début janvier dans la CCAM version 55. Les voici dans les tableaux ci-dessous. Ils sont classés par fréquence d'utilisation, du plus fréquent au moins fréquent avec pourcentage d'augmentation par rapport au tarif actuel. Les augmentations sont très variables, parfois mineures, parfois très substantielles.

Code CCAM	Libellé acte	Tarif actuel V53	Tarif cible 2019	Augmentation
BZQK001	Tomographie unilatérale ou bilatérale de l'œil par scanographie à cohérence optique	47,88	56,54	18,1%
BGQP007	Rétinographie en couleur	19,34	20,83	7,7%
BLQP004	Champ visuel avec programmes de mesure de seuils	33,36	39,43	18,2%
BDQP003	Pachymétrie cornéenne	19,77	21,58	9,2%
BLQP008	Exploration du sens chromatique par épreuves pseudo-isochromatiques	18,05	18,60	3,0%
BLQP002	Champ visuel sans programme de mesure de seuils	31,20	35,71	14,5%
BLQP007	Exploration du sens chromatique par assortiment	42,21	60,26	42,8%

Code CCAM	Libellé acte	Tarif actuel V53	Tarif cible 2019	Augmentation
BGQP009	Rétinographie en lumière bleue (fibres optiques)	22,80	26,78	17,5%
BDQP004	Microscopie spéculaire de la cornée de l'endothélium cornéen	35,51	43,15	21,5%
BDQP002	Vidéo-photo-kératographie topographique	21,87	23,81	8,9%
EBQF002	Angiographie du segment postérieur de l'œil, par injection intraveineuse transcutanée de fluorescéine, avec superposition d'images	72,41	80,35	11,0%
BGNP004	Séance de destruction de lésion choroïdienne par photocoagulation transpupillaire avec laser	113,36	119,78	5,7%
BHRP001	Épreuve de provocation du glaucome	41,65	45,38	9,0%
BZQM001	Échographie de l'œil et/ou de l'orbite en mode B	47,88	56,54	18,1%
BCQP001	Capillaroscopie conjonctivale	14,33	16,37	14,2%
BAFA013	Exérèse de chalazion	32,16	32,74	1,8%
EBQF001	Angiographie du segment postérieur de l'œil, par injection intraveineuse transcutanée de fluorescéine, avec examen à l'ophtalmoscope à balayage laser	67,66	72,17	6,7%
BZQP003	Biomicroscopie de l'œil aux ultrasons	46,58	54,31	16,6%
BBJD001	Lavage des voies lacrymales	19,29	19,34	0,3%
BGQP004	Examen du fond d'œil par ophtalmoscopie indirecte à image inversée, chez le prématuré ou le nouveau-né	36,92	48,36	31,0%
BHQF001	Mesure de la pression [tension] intraoculaire avec courbe nyctémérale comportant au moins 6 mesures	34,65	41,66	20,02%
BDGP003	Ablation de corps étrangers superficiels multiples unilatéraux ou bilatéraux de la cornée	24,31	26,78	10,2%
EBQF006	Angiographie du segment postérieur de l'œil, par injection intraveineuse transcutanée de vert d'indocyanine, avec examen à l'ophtalmoscope à balayage laser	75,58	78,86	4,3%
BBLD003	Sondage des voies lacrymales	21,87	23,81	8,9%
BZQM002	Échographie de l'œil et/ou de l'orbite avec biométrie	36,66	37,20	1,5%



THIERRY BOUR

Code CCAM	Libellé acte	Tarif actuel V53	Tarif cible 2019	Augmentation
EBQF005	Angiographie du segment postérieur de l'oeil, par injection intraveineuse transcutanée de vert d'indocyanine	72,55	73,66	1,5%
BLQP016	Exploration du sens chromatique [vision des couleurs] assistée par ordinateur avec enregistrement et mesures	38,53	48,36	25,5%
BAEA001	Repositionnement du bord libre de la paupière, sans autogreffe ni lambeau	111,92	132,43	18,3%
BCFA003	Exérèse primitive de ptérygion, avec autogreffe de conjonctive ou de muqueuse	104,5	106,39	1,8%
BGQP012	Électrorétinographie [ERG] avec adaptation à l'obscurité	54,94	55,80	1,6%
BAEA002	Repositionnement du bord libre de la paupière, avec autogreffe ou lambeau	204,15	215,76	5,7%
BLQP005	Mesure de l'adaptation visuelle à l'obscurité avec courbe d'adaptation	33,36	39,43	18,2%
BCLB001	Injection subconjonctivale ou subtenonienne unilatérale ou bilatérale d'agent pharmacologique	15,94	16,37	2,7%
BEJB002	Évacuation de collection de la chambre antérieure de l'oeil, par voie transsclérale ou par voie transcornéenne sans irrigation-aspiration automatisée	49,42	62,50	26,5%
BABA001	Raccourcissement du muscle releveur de la paupière supérieure	175,09	180,79	3,3%
BAGA001	Ablation secondaire de corps étranger de la paupière	31,72	31,99	0,99%
BEMA002	Plastie de la pupille ou de l'iris, sans laser	86,89	89,28	2,8%
BLQP014	Détermination objective de l'acuité visuelle par étude des potentiels évoqués visuels [PEV]	55,58	57,29	3,1%
BDNP002	Abrasion mécanique de l'épithélium de la cornée sans laser	25,17	28,27	12,3%
BAFA014	Exérèse transfixiante de lésion d'une paupière, sans libération du canthus latéral	54,24	63,24	16,6%
BANP001	Destruction de lésions multiples unilatérales ou bilatérales des paupières avec laser	49,76	55,54	11,6%
BEHB001	Ponction de la chambre antérieure de l'oeil [humeur aqueuse]	36,04	39,43	9,4%
BAQP001	Examen fonctionnel de la motricité palpébrale avec épreuves pharmacologiques	24,52	29,76	21,4%
BGMA002	Opération rétinovitréenne associant au moins 4 des actes suivants: coagulation, vitrectomie, endocoagulation avec laser, rétinotomie, tamponnement interne, échange fluide-gaz, dissection de brides, rétinectomie	474,17	514,85	8,6%
BBPA002	Incision des points et/ou des canalicules lacrymaux	33,88	35,71	5,4%
BCPA001	Incision de la conjonctive	28,63	34,22	19,5%
BGQP011	Électrorétinographie [ERG] avec enregistrement des potentiels évoqués visuels [PEV] et électrooculographie [EOG]	102,26	112,34	9,9%
BCFA009	Exérèse primitive de ptérygion, sans autogreffe	66,04	76,63	16,00%

Code CCAM	Libellé acte	Tarif actuel V53	Tarif cible 2019	Augmentation
BAFA002	Exérèse transfixiante de lésion d'une paupière, avec libération du canthus latéral	135,52	142,85	5,4%
BGPP002	Vitrectomie avec laser	105,17	105,65	0,5%
BGFA001	Vitrectomie par sclérotomie postérieure, sans coagulation de la rétine	215,94	220,97	2,3%
BGNP002	Séance de destruction de lésion choroïdienne par cryoapplication transsclérale	107,33	109,37	1,9%
BAMA009	Canthoplastie latérale	97,39	137,64	41,3%
ADQP003	Électrooculographie motrice [EOG motrice]	56,24	58,03	3,2%
BGFA005	Vitrectomie par sclérotomie postérieure, avec dissection du cortex vitréen [pelage] et tamponnement interne par gaz	275,50	278,26	1,0%
BFLA001	Implantation secondaire d'un cristallin artificiel non suturé	125,40	140,62	12,1%
BAFA009	Résection bilatérale cutanée, musculaire et/ou graisseuse au niveau des paupières, par abord cutané	190,03	191,43	0,7%
BKLB001	Injection thérapeutique intraorbitaire, rétrobulbaire ou latérobulbaire, d'agent pharmacologique	18,1	20,09	11,00%
BBLD004	Intubation monocanaliculaire unilatérale ou bilatérale des voies lacrymales	35,39	40,18	13,5%
BEPA003	Trabéculotomie, par sclérotomie	153,64	174,10	13,3%
BAMA013	Réparation de perte de substance de la paupière inférieure par lambeau régional, avec autogreffe	239,53	276,77	15,5%
BEJB001	Évacuation de collection de la chambre antérieure de l'oeil, par voie transsclérale ou par voie transcornéenne avec irrigation-aspiration automatisée	70,99	99,70	40,4%
BFGA001	Extraction de cristallin luxé	233,64	251,47	7,6%
BCFA005	Exérèse de ptérygion récidivant, avec autogreffe de conjonctive ou de muqueuse	121,13	133,18	9,9%
BFAA001	Changement de matériel implanté dans le segment antérieur de l'oeil	156,75	180,79	15,3%
BGFA004	Exérèse de tumeur de la choroïde sans iridocycloctomie	353,47	382,42	8,2%
BACA003	Suture partielle ou totale des bords libres des paupières supérieure et inférieure	58,99	71,42	21,1%
BGFA010	Vitrectomie par sclérotomie postérieure, avec coagulation de la rétine et tamponnement interne provisoire	289,31	302,06	4,4%
BADA003	Canthopexie latérale	68,69	88,54	28,9%
BDNP001	Destruction de lésion superficielle de la cornée par moyen physique	24,89	29,02	16,6%
BEQP001	Fluorométrie de la chambre antérieure de l'oeil	62,28	68,45	9,9%
BEGA004	Ablation secondaire de corps étranger du segment antérieur de l'oeil	104,5	120,53	15,3%
BGMA001	Opération rétinovitréenne associant une indentation et au moins 4 des actes suivants: coagulation, vitrectomie, endocoagulation avec laser, rétinotomie, tamponnement interne, échange fluide-gaz, dissection de brides	502,13	563,06	12,1%

Code CCAM	Libellé acte	Tarif actuel V53	Tarif cible 2019	Augmentation
BFGA005	Ablation de matériel implanté dans le segment antérieur de l'oeil	125,4	141,36	12,7%
BDCA004	Suture d'une plaie linéaire transfixiante de la cornée	111,64	116,81	4,6%
BCNP001	Destruction de lésion de la conjonctive par agent physique	27,48	33,48	21,8%
BGNP005	Séance de photocoagulation transpupillaire pour rétinopathie du prématuré	126,03	126,48	0,4%
BANP004	Séance d'épilation ciliaire électrique unilatérale ou bilatérale	18,84	21,36	13,4%
BGFA011	Vitrectomie par sclérotomie postérieure, avec extraction du cristallin	305,71	330,34	8,1%
BGLP001	Séance de cryoapplication transclérale pour rétinopathie du prématuré	117,68	127,22	8,1%
BFGA007	Extraction de cristallin subluxé ou ectopique	221,99	231,38	4,2%
BGPA001	Rétinotomie relaxante et/ou dissection de membrane rétro-rétinienne	333,62	348,19	4,4%
BAMA016	Reconstruction du bord libre de la paupière avec repositionnement des cils, avec autogreffe ou lambeau	96,82	106,39	9,9%
BCPA005	Désinsertion de la conjonctive oculaire au limbe [Péritomie], sans autogreffe	33,88	35,71	5,4%
BFLA003	Implantation secondaire d'un cristallin artificiel suturé	145,88	200,88	37,7%
BDCA001	Suture d'une plaie non linéaire de la cornée	131,06	150,29	14,7%
BCLA001	Autohémothérapie ou libération d'adhérence subconjonctivale après opération fistulisante	19,2	22,32	16,3%
BFLA004	Implantation secondaire de cristallin artificiel sur un oeil pseudophake	125,40 €	136,15	8,6%
BCFA006	Exérèse de ptérygion récidivant, sans autogreffe	92,71	122,02	31,6%
BEJB004	Drainage de l'humeur aqueuse de l'oeil	227,59	241,06	5,9%
BGGA002	Ablation secondaire de corps étranger du segment postérieur de l'oeil sans électroaimant	240,53	263,38	9,5%
BEPB001	Goniotomie oculaire, par voie transclérale	154,08	174,84	13,5%
BGFA002	Exérèse de néovaisseaux choroïdiens de topographie maculaire, par rétinotomie	333,62	348,19	4,4%
BGHB003	Ponction du corps vitré par aspiration-section automatisée	106,31	122,76	15,5%
BADA002	Suspension bilatérale de la paupière supérieure au muscle frontal, avec autogreffe	261,12	268,58	2,9%
BEFA001	Exérèse de lésion de l'iris	113,22	134,66	18,9%
BHMA002	Réparation de plaie non linéaire perforante du bulbe [globe] oculaire intéressant au moins 3 des structures suivantes : cornée, sclère, iris, corps ciliaire, cristallin, corps vitré, rétine	218,38	240,31	10,0%
BENA001	Destruction de lésion de l'iris ou du corps ciliaire	87,76	90,77	3,4%
BEEA002	Réinsertion de la racine de l'iris	97,25	107,14	10,2%

Code CCAM	Libellé acte	Tarif actuel V53	Tarif cible 2019	Augmentation
BACA001	Suture de plaies cutanées multiples unilatérales ou bilatérales des paupières avec atteinte du bord libre, du tarse et/ou du muscle releveur de la paupière supérieure, avec repositionnement du ligament palpébral	117,6	134,66	14,5%
BACA006	Suture de plaies cutanées multiples unilatérales ou bilatérales des paupières avec atteinte du bord libre, du tarse et/ou du muscle releveur de la paupière supérieure, sans repositionnement du ligament palpébral	125,37	148,06	18,1%
BACA008	Suture de plaie du sourcil	25,64	29,07	13,4%
BDCA002	Suture de plaies multiples unilatérales ou bilatérales de la cornée	165,98	171,12	3,1%
BEGA003	Ablation de corps étranger intraoculaire du segment antérieur avec réparation de plaie perforante de l'oeil intéressant au moins 2 des structures suivantes : cornée, iris, cristallin	300,28	302,06	0,6%
BKFA004	Résection de graisse orbitaire pour décompression de l'orbite, par voie palpébrale	245,46	302,06	23,1%
BALA001	Insertion d'un dispositif intrapalpébral pour correction de lagophthalmie	180,43	190,01	5,3%
BCPA003	Désinsertion de la conjonctive oculaire au limbe [Péritomie], avec autogreffe muqueuse	52,03	59,52	14,4%
BEFA004	Exérèse de lésion du corps ciliaire	232,77	249,98	7,4%
BEFA009	Iridocyclectomie pour tumeur du corps ciliaire	282,83	336,29	18,9%
BGBA001	Tamponnement interne du segment postérieur de l'oeil par fossette colobomateuse ou par trou maculaire, pour décollement de rétine	259,09	295,37	14,0%
BGDA003	Rétinopexie par coagulation par cryoapplication ou avec laser extraoculaire avec indentation sclérale limitée à un quadrant, avec tamponnement interne par gaz	225,43	237,34	5,3%
BGDA008	Rétinopexie par coagulation par cryoapplication ou avec laser extraoculaire sans indentation, avec tamponnement interne par gaz	169,18	200,88	18,7%
BGHB001	Ponction du corps vitré à l'aiguille	43,81	52,82	20,6%
BKGA001	Ablation d'un implant intraorbitaire, après énucléation ou éviscération du bulbe [globe] oculaire	92,07	98,21	6,7%
BKLA003	Pose d'autogreffe intraorbitaire pour correction d'énophtalmie	283,39	367,54	29,7%
BKGA007	Exentération de l'orbite	219,68	242,54	10,4%
BKGA006	Exentération de l'orbite étendue aux structures musculaires adjacentes et/ou aux parois osseuses, sans comblement	269,74	328,85	21,9%
BKGA004	Exentération de l'orbite étendue aux structures musculaires adjacentes et/ou aux parois osseuses, avec comblement par autogreffe cutanée et lambeau musculaire temporal	368,07	415,15	12,8%

CRÉATION D'UNE CONSULTATION TRÈS COMPLEXE DE NEURO-OPHTALMOLOGIE AU 10 FÉVRIER 2019

Le SNOF avait cette demande depuis plusieurs années et il remercie le Dr Catherine Vignal de l'avoir aidé à élaborer les contours de cette première consultation très complexe en ophtalmologie. Elle peut aussi être réalisée par un neurologue.

Elle concerne une « **consultation initiale pour anisocorie ou diplopie avec composante paralytique ou ptosis d'origine neurogène réalisée par un médecin ophtalmologue ou neurologue** ». Le code à inscrire dans le dossier du patient est MIA (en cas de contrôle); pour la facturation, c'est une majoration de 30€ (code MTX) qui s'ajoute à CS+MPC+MCS. Le total est donc 60 euros: CS + MPC + MCS + MTX.

Elle est réservée aux médecins de secteur 1, de secteur 2 avec OPTAM. Elle n'est pas prévue pour un patient hospitalisé et ne peut être utilisée que dans un cadre conventionnel (pas en consultation publique).

Cette consultation de neuro-ophtalmologie doit permettre d'identifier:

- la localisation et le mécanisme potentiel de l'atteinte neuro-ophtalmologique

- d'orienter et hiérarchiser la recherche étiologique

- d'identifier les situations de grande urgence afin d'orienter le patient dans la filière de soins adaptée.

Elle inclut un temps d'information du patient et, si nécessaire, un temps de coordination de la prise en charge pour la gestion de l'urgence.

Le compte-rendu dans le dossier du patient comprendra:

- le plan de soins et/ou l'orientation,

- la description des pupilles, de la motilité oculaire, de l'aspect des paupières et des fentes palpébrales.

Un retour doit être fait au médecin traitant, à défaut une copie du dossier est remise au patient.

Attention, cette consultation très complexe n'est pas applicable à toute la neuro-ophtalmologie, mais seulement à trois situations ciblées: ptosis d'origine neurogène, diplopie récente ou brutale, anisocorie.

Fiche mesure (élaborée par la CNAMTS) NGAP: création de la consultation très complexe MIA

1. Contexte

L'avenant n°6 à la convention médicale publié le 10 août 2018 au Journal Officiel prévoit la création d'une consultation initiale pour anisocorie ou diplopie avec composante paralytique ou ptosis d'origine neurogène réalisée par un médecin ophtalmologue ou neurologue qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 30 euros, dénommée MIA (majoration pour la consultation initiale pour anisocorie diplopie), dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants.

Cette consultation initiale d'un patient présentant une anisocorie ou une diplopie brutale ou récente avec composante paralytique ou un ptosis d'origine neurogène permet d'identifier la localisation et le mécanisme potentiel de l'atteinte neuro-ophtalmologique sur la base des arguments cliniques, d'orienter et hiérarchiser la recherche étiologique, d'identifier les situations de grande urgence afin d'orienter le patient dans la filière de soins adaptée. Elle inclut un temps d'information du patient et, si nécessaire, un temps de coordination de la prise en charge pour la gestion de l'urgence.

Le compte-rendu dans le dossier du patient comprendra le plan de soins et/ou l'orientation, et dans les trois situations la description:

- des pupilles et leur réactivité à des stimuli,
- de la motilité oculaire, avec examen au verre rouge en cas de diplopie,
- de l'aspect des paupières et des fentes palpébrales, avec étude du muscle releveur de la paupière supérieure en cas de ptosis.

2. Mesure proposée: modification de l'article 15.9 de la NGAP

Article 15.9 -Consultations et majorations très complexes

...

b) Majorations pour consultations très complexes

Les codes majorations IGR, CPM, MMM, MIS, PIV, MPB, MAV et MIA listés dans la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 doivent être inscrits dans le dossier médical du patient. Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille des soins (électronique ou papier) à l'Assurance Maladie est MTX.

Ce code prestation MTX peut être facturé dès lors que le médecin est en secteur à honoraires opposables ou en secteur à honoraires différents adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

Les majorations complexes et/ou très complexes ne se cumulent pas entre elles et ne sont pas facturables avec une consultation complexe ou très complexe. Elles ne peuvent pas être facturées pour un patient hospitalisé.

Majoration MIA pour la consultation initiale très complexe d'un patient présentant une anisocorie ou une diplopie avec composante paralytique ou un ptosis d'origine neurogène, par un neurologue ou par un ophtalmologue

La consultation initiale d'un patient présentant une anisocorie ou une diplopie brutale ou récente avec composante paralytique ou un ptosis d'origine neurogène s'inscrit dans le cadre du parcours coordonné de soins.

Elle permet d'identifier la localisation et le mécanisme potentiel de l'atteinte neuro-ophtalmologique sur la base des arguments cliniques, d'orienter et hiérarchiser la recherche étiologique, d'identifier les situations de grande urgence afin d'orienter le patient dans la filière de soins adaptée. Elle inclut un temps d'information du patient et, un temps de coordination de la prise en charge pour la gestion de l'urgence.

Le cas échéant, un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le médecin neurologue ou ophtalmologue doit donner lieu à l'inscription du code majoration MIA dans le dossier médical du patient.

Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille (électronique ou papier) à l'assurance maladie est MTX.

PASSAGE DANS LE RÉGIME COMMUN DU « RNO » LE 24 JUILLET 2018 - LES RÈGLES DE FACTURATION ONT ÉTÉ PRÉCISÉES

La cotation RNO « renouvellement d'optique » (cf. ROF 213 Coin des Cotations) est enfin passée le 24 juillet 2018 dans la NGAP sous la forme de **l'article 6 - 1**. Le SNOF a dû batailler à plusieurs reprises avec la CNAM pour que la mesure ne soit pas repoussée en 2019.

Rappelons que **la rémunération** de l'acte réalisé en équipe (orthoptiste + ophtalmologiste) **est fixée à 28€, sans dépassement d'honoraires possible** et dans un lieu d'exercice unique regroupant l'ophtalmologiste et l'orthoptiste. Le code de facturation est RNO. Il s'agit d'une cotation normale avec un ticket modérateur, qui n'est plus prise à 100% comme dans la période expérimentale. Il n'y a pas de tiers payant obligatoire. L'arrivée du RNO dans le cadre commun

marque l'apparition d'un nouveau type de rémunération. **C'est la première cotation d'équipe**, toutes spécialités confondues. **Il n'est pas nécessaire de s'inscrire préalablement auprès de l'ARS ou de la CPAM** pour mettre en application ce protocole et il n'est pas nécessaire de tenir des indicateurs de suivi.

• **Un protocole organisationnel type existe** et a été validé par le SNOF et la SFO. Il est disponible auprès du secrétariat du SNOF. **Ce protocole peut être mis en application par des ophtalmologues salariés ou libéraux.**

La CNAM vient de préciser le circuit de facturation, suivant différentes situations, dans la circulaire CIR-18/2018.

Règles de facturation de l'acte RNO

- Le collège des financeurs a acté que l'acte en coopération « RNO » serait facturable par des **ophtalmologistes libéraux travaillant en coopération avec des orthoptistes salariés, ou facturable par des ophtalmologistes ou orthoptistes libéraux** travaillant en coopération. Dans ce dernier cas la facturation de l'acte à l'assurance maladie est possible par l'un ou l'autre des professionnels de santé, charge à eux ensuite de se répartir le montant de l'acte de 28 euros (règles de répartition des honoraires libres et à définir entre les professionnels). S'agissant d'un acte de coopération, quel que soit le professionnel qui facture, le taux de remboursement qui s'applique est celui applicable aux médecins dans la mesure où il s'agit d'un acte médical délégué: taux de remboursement à 70%, que l'acte soit facturé par l'ophtalmologiste ou l'orthoptiste libéral.

L'acte ne peut être facturé qu'une seule fois par patient soit par l'orthoptiste, soit par l'ophtalmologue, à l'issue de sa complète réalisation.

Pendant la période allant du bilan visuel réalisé par l'orthoptiste à la lecture du bilan par l'ophtalmologue (délai maximum de 8 jours pour la lecture du bilan et la facturation), **la facturation des actes suivants n'est pas autorisée:**

- bilan orthoptique, mesure de l'acuité visuelle et de la réfraction avec ou sans dilatation, exploration du sens chromatique, rétinographie par un orthoptiste,
- actes CCAM suivants : BGQP007, BGQP009, BGQP140, BLQP010, BJQP002,
- consultation par l'ophtalmologue, sauf situation d'urgence.

Le circuit de facturation de l'acte RNO mis en place

1^{er} cas: l'ophtalmologiste libéral facture l'acte RNO et travaille en coopération avec un orthoptiste salarié

La première sécurisation de la facture par la Carte Vitale du patient est faite au moment du bilan visuel effectué avec l'orthoptiste salarié doté de sa CPE (Carte de Personnel d'Établissement). La deuxième sécurisation de la facture par la CPS de l'ophtalmologiste est faite au moment de la validation du bilan visuel par l'ophtalmologiste. La sécurisation SESAM Vitale désynchronisée est intégrée aux logiciels SESAM-Vitale 1.40. Une fiche d'information expliquant ces modalités de facturation du code prestation « RNO » en SESAM Vitale désynchronisé a été diffusée aux éditeurs de logiciels (annexe 7) et mise en ligne sur ameli. Le circuit est donc le suivant:

1. L'orthoptiste salarié réalise le bilan visuel du patient.
2. L'orthoptiste salarié à l'aide de sa CPE et de la carte vitale du patient prépare la FSE en codant l'acte RNO et prépare la prescription de correction optique.
3. L'ophtalmologiste valide les résultats du bilan visuel et avec sa carte CPS signe la FSE préparée et effectue

la télétransmission. Cette étape doit s'effectuer dans un délai maximum de huit jours à compter de la préparation de la FSE.

4. L'ophtalmologiste ou son secrétariat envoie la prescription au patient dans les 8 jours après le bilan. En l'absence de carte Vitale, seul le mode de transmission en mode SESAM Vitale dégradé sera possible. Par dérogation, l'ophtalmologiste est exonéré de l'envoi de la feuille de soins papier reflet du flux télétransmis.

2^{ème} cas: l'ophtalmologiste libéral facture l'acte RNO et travaille en coopération avec un orthoptiste libéral

Le circuit est le suivant:

1. Dans le cas où le cabinet de l'ophtalmologiste et de l'orthoptiste bénéficie d'un secrétariat, la facture est préparée par le secrétariat doté d'une CPE et la première sécurisation est effectuée avec la Carte Vitale du patient au moment où l'orthoptiste réalise le bilan visuel du patient.
2. L'orthoptiste transmet les résultats du bilan à l'ophtalmologiste.

3. L'ophtalmologiste valide les résultats du bilan visuel dans un délai maximal de huit jours et signe la FSE préparée par le secrétariat avec sa carte CPS. En l'absence de secrétariat, l'ophtalmologiste transmet une FSE en mode SESAM Vitale dégradé (absence de carte vitale). Par dérogation, l'ophtalmologiste est exonéré de l'envoi de la feuille de soins papier reflet du flux télétransmis.

4. L'ophtalmologiste ou son secrétariat envoie la prescription au patient dans les 8 jours après le bilan.

3^{ème} cas: l'orthoptiste libéral facture l'acte RNO et travaille en coopération avec un ophtalmologiste libéral

Le circuit est le suivant:

1. L'orthoptiste libéral réalise le bilan visuel du patient.
2. L'orthoptiste transmet les résultats du bilan à l'ophtalmologiste libéral.
3. L'orthoptiste libéral à l'aide de sa CPS et de la carte vitale du patient prépare la FSE en codant l'acte RNO (mode SESAM Vitale désynchronisé); l'orthoptiste doit renseigner le champ prescripteur de sa FSE avec le numéro de l'ophtalmologiste qui effectue la lecture

du bilan; il prépare la prescription de correction optique.

4. L'ophtalmologiste valide les résultats du bilan visuel et informe l'orthoptiste que sa validation est effectuée et qu'il peut facturer l'acte RNO; cette étape doit s'effectuer dans un délai maximum de huit jours à compter de la préparation de la FSE par l'orthoptiste.

5. L'orthoptiste télétransmet la facture de l'acte RNO en mode SESAM Vitale sécurisé. L'orthoptiste étant un professionnel de santé prescrit, la FSE transmise sera accompagnée de la numérisation et de la transmission via SCOR de la nouvelle prescription effectuée par l'ophtalmologiste (et transmise à l'orthoptiste par l'ophtalmologiste dans le délai de 8 jours suivant l'acte réalisé par l'ophtalmologiste à l'instar de l'envoi fait au patient).

6. L'ophtalmologiste ou son secrétariat envoie la prescription au patient dans les 8 jours après le bilan.

Afin de prendre en compte les évolutions intervenues sur l'acte «RNO», la fiche réglementaire FR 123v2 et la fiche d'information FI 370v3 sont diffusées aux éditeurs SESAM-Vitale et sur le site du GIE SESAM-Vitale.

(RAPPEL) SUPPRESSION DE LA POSSIBILITÉ DE FACTURER L'INJECTION DE CEFUROXIME EN SUS D'UNE CATARACTE À PARTIR DU 1^{er} OCTOBRE 2018

Comme annoncé dans le N°213 de la ROF et nous le déplorons, **la CNAM a décidé unilatéralement de supprimer la tolérance accordée depuis 2011 aux ophtalmologistes de coter l'acte d'antibioprophylaxie pour l'intervention de cataracte, par l'intermédiaire de l'acte BELB001.** Nous avons cependant pu décaler l'application de juillet à octobre.

Depuis le 1^{er} octobre 2018, le libellé de l'acte BELB001 a changé et est devenu dans la CCAM (version 54): *Injection de substance inerte ou organique dans la chambre antérieure de l'œil, par voie transcornéenne [Reformation de la chambre antérieure.] Facturation: ne peut pas être facturé avec un acte des sous-paragraphes 02.04.04.01 et 02.04.04.02.* Parallèlement, dans le sous-chapitre 02.04.04. de la CCAM, il est précisé dorénavant: *Actes thérapeutiques sur le cristallin. Facturation: le tarif prend en compte l'antibioprophylaxie par injection d'antibiotique dans la chambre antérieure de l'œil, lorsqu'elle est indiquée, selon les recommandations de bonne pratique en vigueur.*

Un blocage informatique de l'association de l'acte avec lui-même est instauré par l'assurance Maladie afin d'empêcher l'association...

Le SNOF a bien entendu vigoureusement protesté (cf. communiqué page 17 de la ROF 212). Il est en effet à l'origine de la mesure qui permettait, depuis la publication de la recommandation de l'AFSSAPS en 2011, d'utiliser le code BELB001 en sus d'un code pour la cataracte.

L'injection de céfuroxime en fin d'intervention de

cataracte a permis de faire diminuer jusqu'à un facteur 5 le taux d'endophtalmie post-cataracte, affection particulièrement grave. La France était montrée en exemple au plan international pour cet acte nomenclaturé qui s'est montré d'une grande efficacité et a obtenu une adhésion rapide des chirurgiens. Nous sommes passés de 34% d'antibioprophylaxie en 2012 à 94% en 2016, c'était un résultat remarquable! **Pour une fois, nous avons un acte de prévention efficace et ayant emporté l'adhésion générale.** Plus de 1200 patients évitent ainsi tous les ans cette complication post-opératoire laissant très fréquemment de graves séquelles oculaires et source de nombreux procès en RCP avec indemnisation. Tout le monde était gagnant: patients, chirurgiens, assurance maladie.

La CNAMTS considère que l'objectif est atteint et que l'injection de céfuroxime doit être incluse dans l'acte global de chirurgie de cataracte, qu'elle considère comme toujours surévalué au plan tarifaire... La suppression de l'acte BELB001, représente **17 M d'honoraires annuels, à quoi il faut ajouter les 13,5 M de cotations non justifiées des anesthésistes (ZZLP025), soit 28,6 M au total.** Cette cotation anesthésique inappropriée et non justifiable médicalement est sans doute ce qui a déclenché la mesure.

Nous regrettons évidemment cette évolution, que nous désapprouvons vu l'efficacité de l'injection de céfuroxime, cela va à l'encontre du discours officiel voulant favoriser la prévention. Nous serons extrêmement vigilants si d'autres menaces sur la cotation de la cataracte devaient survenir encore.

Fiche mesure (élaborée par la CNAM)
CCAM : règle d'association des actes de la chirurgie de la cataracte avec l'acte BELB001 - Injection de substance inerte ou organique dans la chambre antérieure de l'œil, par voie transcornéenne [Reformation de la chambre antérieure]

1. Contexte

Les actes d'ophtalmologie ont connu une croissance en volume et en montants remboursés parmi les plus fortes de la CCAM entre 2015 et 2016, dans la continuité des années précédentes. Cette croissance est le résultat de profondes modifications de l'activité des ophtalmologues au cours des dernières années. On observe sur les opérations de la cataracte une généralisation d'associations d'actes non autorisées. Entre 2015 et 2016, le poste « Chirurgie de la cataracte et actes thérapeutiques associés » a cru de 2,9% en volume et 3,4% en valeur. Cette progression est liée en grande partie à la généralisation de l'association de ces actes avec l'acte BELB001 (Injection de substance inerte ou organique dans la chambre antérieure de l'œil, par voie transcornéenne - reformation de la chambre antérieure).

Le principal acte de chirurgie de la cataracte (BFGA004 - Extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil) a vu son taux d'association avec l'acte BELB001 passer de 68,6% en 2013 à 92,9% en 2015 et 94,8% en 2016. En outre, ces associations permettent à l'anesthésiste de facturer un geste d'anesthésie complémentaire (ZZLP025), en plus de la facturation d'une anesthésie pour l'intervention sur la cataracte.

2. Données médicales

L'injection per opératoire de substance viscoélastique pour maintenir la profondeur de la chambre antérieure après incision cornéenne est un temps

élémentaire obligé de la chirurgie de la cataracte et son appartenance à l'acte global n'est pas remise en cause par la profession.

En 2011, ont été publiées des recommandations de bonne pratique en vue de la généralisation de l'antibioprophylaxie par injection de céphalosporine en fin d'intervention dans la chambre antérieure de l'œil. La pratique de codage déviante consistant à assimiler l'injection intracaméculaire de 0,1 ml d'antibiotique à l'acte BELB001 et à associer cet acte à l'acte de phakoémulsification a rapidement généré des contentieux. En effet, plusieurs règles de codages des dispositions générales de la CCAM ne sont pas respectées dans cette association. En demandant aux caisses de renoncer temporairement aux contentieux relatifs à l'association de BELB001 à la chirurgie de la cataracte, la CNAM a pris en considération que ces contentieux pouvaient être préjudiciables à la diffusion de la pratique de l'antibioprophylaxie.

Au regard de la fréquence d'association proche aujourd'hui de 100%, l'objectif de ne pas entraver la diffusion des bonnes pratiques a été largement atteint. Il convient maintenant de s'assurer du respect des règles d'incompatibilités de codage, du principe de l'acte global, de l'interdiction d'assimiler un acte hors nomenclature à un autre acte de la CCAM : l'injection de substance pharmacologique dans la chambre antérieure de l'œil est un acte hors nomenclature en tant qu'acte isolé et est devenue un temps élémentaire obligé pour le patient habituel opéré de la cataracte.

CENTRE D'APPEL ET DE CONSEIL SUR LA DÉFICIENCE VISUELLE : UN SERVICE PRATIQUE



Association de Réadaptation et de Réinsertion pour l'Autonomie des Déficiants Visuels

OBJECTIFS

Apporter aux professionnels et au grand public une réponse spécialisée et personnalisée et/ou une proposition d'orientation vers les bons interlocuteurs dans les différents domaines pratiques touchant à la déficience visuelle de l'adulte : questions sur la vie quotidienne, la vie sociale, la vie professionnelle...

MOYENS

- ↳ Des professionnels formés à la déficience visuelle répondant aux appels
- ↳ Deux sites internet : Un site grand public : www.arradv.fr - Un site professionnel : www.abc-de-la-dv.fr
- ↳ Un numéro vert national gratuit accessible du lundi au vendredi de 9h30 à 17h30

0 800 013 010

Service & appel gratuits