

AVENANT 9

RAPPEL : depuis le 1^{er} avril 2022, l'Avenant n°9 de la Convention Médicale est entré en application avec les évolutions suivantes concernant l'ophtalmologie.

1. CONSULTATIONS

- L'Avis Ponctuel de Consultant (APC) est augmenté de 10%, et passe à 55 €.

Il concerne les patients adressés par le médecin traitant, les patients adressés par un médecin à un chirurgien en vue d'une intervention, les patients de moins de 16 ans envoyés par un autre médecin. Un dépassement est possible en secteur 2.

Lorsque le patient est vu dans les deux jours ouvrables suivant la demande, une majoration «urgence» MCU de 15 € peut-être facturée (55 + 15 €). Il ne doit pas alors y avoir de dépassement sur l'APC.

Nouveau : l'APC peut aussi être facturé pour un patient adressé par le régulateur libéral du SAS (Service d'Accès aux Soins), mais il existe pour l'instant peu de SAS fonctionnels sur le territoire.

Il faut cependant avoir un agenda ouvert au public permettant la prise en RDV en ligne pour les patients non connus par le médecin avec un minimum de 2h/semaine, ainsi qu'être inscrit au SAS ou à une CPTS participant au SAS.

- Création de la consultation très complexe MPH à 60 € pour le passage de dossier entre deux médecins (l'ancien et le nouveau ou entre le pédiatre et le nouveau médecin) concernant un patient vivant avec un handicap sévère ainsi que pour le **remplissage complet du premier certificat médical** en vue d'une demande de droits à la MDPH (pas de cotation si seulement le volet ophtalmo est rempli). La cotation à inscrire est CCE sur la feuille de soins et noter MPH dans le dossier du patient.

2. TÉLÉ-EXPERTISE

- Ouverture de la télé-expertise à tous les patients et toutes les situations pathologiques.

Une seule cotation (sans dépassement possible) de 20 € pour le médecin expert, cotée TE2.

Limitation à 4 actes par an pour un même patient par médecin requis.

Le médecin requérant demandant la télé-expertise (qui peut être un médecin généraliste ou un médecin spécialiste) facture avec le code RQD (10 €) sa demande. La télé-expertise entre 2 ophtalmologistes pour avis sur un dossier ou interprétation de clichés (OCT par ex.) est possible.

Limitation à 4 actes par an pour un même patient par médecin requérant.

La télé-expertise est dorénavant également possible entre paramédical (orthoptiste par ex.) et médecin. Il n'y pas de cotation pour la demande d'expertise par le paramédical pour

l'instant. La téléexpertise est un acte qui est fait à distance (physique) et en principe en dehors de la présence du patient. Il faut donc que le requérant fournisse les éléments permettant la facturation de l'acte (pris en charge par dérogation à 100% par l'Assurance Maladie et en tiers-payant).

Du côté du médecin donnant son avis de TLE, seul TE2 peut être facturé, et sans dépassement.

La demande de téléexpertise doit être rapportée dans le dossier médical du patient tenu par le professionnel de santé requérant ainsi que dans le dossier médical partagé (DMP) du patient le cas échéant si celui est ouvert. L'acte de téléexpertise doit faire l'objet d'un compte-rendu, établi par le médecin requis et archivé dans son propre dossier patient, il doit être transmis au professionnel de santé requérant ayant sollicité l'acte et au médecin traitant, de façon sécurisée.

3. TÉLÉCONSULTATION

Le cadre est assoupli : suppression de la règle d'une consultation présente dans les 12 mois précédents pour l'ensemble des spécialités et le médecin traitant, et de la connaissance préalable du patient.

Mais **il persiste une exigence du respect du principe de territorialité**, c'est-à-dire que le médecin qui téléconsulte doit être suffisamment proche pour que le patient puisse le consulter en présentiel en cas de besoin. Le suivi régulier du patient s'effectue à la fois par des consultations en présentiel et en téléconsultation, un suivi uniquement par téléconsultation est insuffisant (principe inscrit dans la Convention Médicale, la NGAP et rappelé aussi récemment par le CNOM au plan déontologique).

Néanmoins, l'exigence du respect du principe de territorialité pour recourir à la téléconsultation ne s'applique pas pour les patients résidant dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins

mentionnées au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique : cela suppose qu'un arrêté de l'ARS définit les zones permettant cette dérogation, ce qui n'est pas le cas actuellement en ophtalmologie.

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

Le médecin téléconsultant facture l'acte de téléconsultation avec le code TC (dépassement possible en secteur 2).

Un médecin conventionné ne peut pas réaliser plus de 20 % de son volume d'activité globale conventionnée à distance (téléconsultations et télé-expertises cumulées) sur une année civile, sauf dérogation validée et accordée par la Commission Paritaire Locale de la CPAM.