

Directeur de la publication : Jean-François Rey

Rédacteurs en Chef :

- Philippe Houcke

- Jacques Corallo

LES FICHES PRATIQUES DU SYNMAD N°27

LES SPECIFICITÉS DE LA NOMENCLATURE EN HÉPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

SOMMAIRE

- I. Introduction
- II. Règles d'Association :
Utilisation du modificateur 5
- III. C2
- IV. Actes externes

I-Introduction

Lors de la réforme de la nomenclature et du passage de la NGAP à la CCAM, nous avons tenté de clarifier un certain nombre de situations qui ont entraîné des contentieux fréquents entre les hépato-gastroentérologues et l'Assurance Maladie même si, en ce qui concerne l'association d'actes tels que l'échographie et la gastroscopie dans la même matinée, nous avons obtenu raison par la jurisprudence sur la cotation à taux plein de ces deux actes totalement différents réalisés dans deux séances séparées. La notion de séance correspondant à 24 heures pour les caisses d'assurance maladie, alors que la définition par le secrétaire perpétuel de l'Académie Française, Maurice Druon que nous avons sollicité, mettait clairement des limites puisqu'il s'agissait uniquement de la perte de continuité du praticien vis-à-vis de son patient. La gastroscopie étant réalisée dans un temps, le patient étant secondairement conduit dans un environnement différent, avec un matériel différent, pour bénéficier de l'échographie ou vice-versa.

Vous retrouverez sur le site du Synmad dans la rubrique **publication**, plusieurs informations complémentaires comme des fiches, circulaires ministérielles, décrets ... Ceci sera indiqué dans la fiche par : (🌐)

<http://www.synmad.com>

Pour toutes correspondances ou informations complémentaires, vous pouvez joindre le rédacteur de la fiche par e-mail :

jean-francois.rey@wanadoo.fr

Nous avons également utilisé la convention pour aménager le C2 qui est utilisable pour l'essentiel des actes d'hépto-gastroentérologie lorsque nous intervenons d'une manière ponctuelle. Ceci relevait uniquement des négociateurs et a été l'œuvre, dans le cadre des négociations menées par la CSMF, d'Yves DECALF et de nous-mêmes.

Fiche rédigée par J-F REY



**SYNDICAT NATIONAL DES MÉDECINS FRANÇAIS
SPÉCIALISTES DE L'APPAREIL DIGESTIF**

79, rue de Tocqueville • 75017 PARIS
Tél. : 01 44 29 01 30 ou 01 44 29 01 23 • Fax : 01 40 54 00 66
www.synmad.com • E-mail : Synmad@wanadoo.fr

EDITIONS DUREY®

Pour les actes externes et les actes dits «frontières», la situation est beaucoup plus complexe puisqu'elle relève d'une négociation des fédérations hospitalières dans laquelle les praticiens sont parfois invités mais ce n'est pas toujours la règle et, de plus, contrairement aux négociations entre praticiens et assurance maladie, les rencontres entre la DHOS, dans le cadre de la mission T2A, et les fédérations hospitalières sont, le plus souvent, des échanges d'informations, de discussions sans relevé de conclusions. La décision finale relève d'une instance dite «ministérielle» bien mystérieuse et permettant tous les arbitrages contre les intérêts des établissements de soins privés et des praticiens qui y travaillent.

Nous avons rappelé dans cette fiche les éléments essentiels concernant ces divers éléments pour faciliter votre pratique quotidienne.

II- Règles d'Association : Utilisation du modificateur 5

Dans un certain nombre de situations, deux actes pratiqués dans la même journée peuvent être tarifés à taux plein. Ceci reprend la notion de séance qui avait été reconnue par la Cour de Cassation, il y a plus de dix ans, et avait débouté les Caisses d'Assurance Maladie de leur volonté de tarifier à 50 % le deuxième acte. Cette victoire de l'U.ME.SPE et d'un certain nombre de syndicats de verticalités (gastros, cardios...), les Caisses d'Assurance Maladie essaient de la remettre en cause à travers la CCAM. Bien entendu, nous contestons formellement cette démarche ; à titre d'exemple, il est parfaitement possible, de réaliser, dans la même matinée, un examen d'endoscopie digestive et un examen d'échographie digestive, dans des temps différents sur le même patient et de facturer les deux actes à taux plein ; ceci peut se faire dans l'intérêt du patient ou pour des raisons médicales.

Journal Officiel du 26 août 2005 : Décision du 18 juillet 2005 de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge ou remboursés par l'Assurance Maladie (📍) Textes officiels.

ANNEXE 2 : REGLES D'ASSOCIATIONS : Article III- 3B du Livre III

h) Si pour des raisons médicales ou dans l'intérêt du patient, un médecin réalise des actes à des moments différents et discontinus de la même journée, à l'exclusion de ceux effectués dans une unité de réanimation ou dans une unité de soins intensifs en cardiologie en application des articles D. 712-104 et D. 712-115 du code de santé publique, sur un même patient et qu'il facture ces actes à taux plein, il doit le justifier dans le dossier médical.

- **Deux actes sont réalisés à des moments différents et discontinus de la même journée** : Le code association est «1» pour l'acte au tarif le plus élevé, hors modificateurs et «5» pour l'autre acte, dont le tarif est à taux plein.

III- C2 (📍) Mode d'emploi

Conditions de facturation d'un avis ponctuel de consultant

1) «Tout spécialiste»

Le C2 est accessible à tous les spécialistes quelle que soit leur filière de formation : anciens internes de CHU ou titulaires d'un certificat d'études spécialisées.

2) «Demande explicite»

Le C2 est applicable seulement si le patient est reçu sur «**demande explicite**» de son médecin traitant.

Il est souhaitable que le médecin traitant expose par écrit sa demande d'avis au médecin consultant, l'objectif étant de valoriser la coordination entre le médecin traitant et le consultant. Toutefois cette demande écrite n'est pas obligatoire. Quoi qu'il en soit, dans la lettre du consultant au médecin traitant, la notion d'adressage doit apparaître clairement.

3) Adressage par le médecin traitant

Le C2 est applicable au cabinet ou en établissement dès lors que la demande émane du médecin traitant.

Il s'agit du médecin traitant au sens de la convention médicale nationale.

Le C2 n'est pas applicable quand le patient est adressé par un médecin autre que le médecin traitant.

Le C2 n'est pas non plus applicable pour le patient âgé de 16 ans ou plus qui n'a pas désigné de médecin traitant.

4) Ne pas avoir reçu le patient dans les 6 mois précédant la consultation et ne pas avoir à recevoir à nouveau le malade dans les 6 mois suivants

Le médecin consultant ne doit pas avoir reçu le patient dans les 6 mois précédant la consultation pour la même demande. Il ne peut pas non plus coter C2 s'il donne un rendez-vous au patient pour une consultation dans les 6 mois qui suivent. Toutefois, si, de façon imprévisible, à l'occasion d'un événement intercurrent, un malade est amené à revoir le médecin consultant moins de 6 mois après un C2, celui-ci peut coter une CS mais non un C2.

La cotation C2 ne permet donc pas de revoir le patient en consultation rapprochée dans un délai de moins de 6 mois,

5) Adresser au médecin traitant ses propositions thérapeutiques et lui laisser la charge d'en surveiller l'application

Il peut cependant faire une première ordonnance de mise en route du traitement ou de demande d'examens complémentaires.

6) Les actes techniques sont, bien sûr, possibles après un C2 (coloscopie, gastroscopie) pour étayer l'avis de consultant.

DISPOSITIONS PARTICULIERES

Certains actes peuvent être associés au C2.

Cependant le médecin spécialiste peut faire les actes techniques nécessaires à l'élaboration de son avis de consultant (par exemple une épreuve d'effort, une endoscopie...). Les résultats de ces actes techniques devront obligatoirement éclairer la conclusion de l'avis du consultant qui y fera référence dans son avis transmis au médecin traitant.

IV- Actes externes

Il faut différencier, dans le cadre des actes réalisés dans les établissements, trois types d'actes :

- Les actes d'hépto-gastroentérologie réalisés au cours d'une hospitalisation,
- Les actes ambulatoires faisant l'objet de définition précise et correspondant à des GHS spécifiques définies dans le cadre de la T2A,
- Les actes externes qui, théoriquement, sont des actes qui pourraient être faits au cabinet et pour lesquels l'établissement ne reçoit aucune prise en charge particulière.

Ce sont ces actes qui peuvent vous poser des difficultés, les établissements refusant le plus souvent de mettre à disposition des locaux et des moyens sans contrepartie financière. À titre d'exemple, les actes de manométrie digestive font partie des actes externes et ne justifient pas, pour la DHOS, de paiements de frais par l'assurance maladie à l'établissement. Pour ces situations, les discussions tarifaires, dans le cadre de la T2A, menées par les fédérations hospitalières ont donné lieu à des arbitrages sur un certain nombre d'actes d'endoscopie digestive et de proctologie. Il s'agit d'actes réalisés sans anesthésie puisqu'une anesthésie fait forcément basculer l'acte dans la catégorie des actes ambulatoires avec un GHS correspondant. Réaliser une coloscopie, une rectosigmoïdoscopie sans anesthésie, est possible dans certains cas.

Ceux-ci n'étaient pas pris en charge dans les actes d'ambulatoire et basculés à tort dans les actes externes d'où la négociation faite, il y a deux ans, avec la notion d'actes dits «frontières" pour lesquels des listes ont été établies par les tutelles sous la forme de forfaits complémentaires et, pour ce qui nous concerne, il s'agit de la liste SEH1 rémunérée à la hauteur de 75,38 euros. Cette liste a été faite d'une manière technocratique, comporte, à titre d'exemple, des actes bilio-pancréatiques qu'il n'est pas question de faire sans anesthésie, a inclus, heureusement, la rectosigmoïdoscopie sans anesthésie et a oublié, à titre d'exemple, la coloscopie totale sans anesthésie ainsi que l'échoendoscopie anorectale.

Nous sommes intervenus jusqu'ici, en vain, pour corriger cette liste que vous trouverez ci-dessous :

Liste 1 pour forfait SEH 1 :

CODE	LIBELLE	SEH
HEGE002	Ablation de corps étranger de l'œsophage, de l'estomac et/ou du duodénum, par œso-gastro-duodéoscopie	1
HEQE002	Endoscopie œso-gastro-duodénale	1
HGNE001	Séance de destruction de lésion du duodénum, par œso-gastro-duodéoscopie	1
HGQE002	Duodéoscopie par appareil à vision latérale	1
HJQE001	Rectosigmoïdoscopie	1
HMQH005	Cholangiopancréatographie rétrograde sans manométrie oddienne, par œso-gastro-duodéoscopie	1
HMQH007	Cholangiographie rétrograde, par œso-gastro-duodéoscopie	1