

PARIS, le 12 Janvier 2011

L'U.ME.SPE. INCITE LES CLINICIENS A PRENDRE LE CS DE SYNTHESE APRES UN C2

L'U.ME.SPE./C.S.M.F., premier syndicat des médecins spécialistes libéraux, constate que la décision de la Commission de Hiérarchisation du 26 Septembre 2007 a été approuvée par le collège des directeurs, l'avis de l'UNOCAM a été rendu et cette décision n'a pas été publiée au journal officiel d'une manière illégitime par la Ministre de la Santé, Madame Roselyne BACHELOT.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. a rappelé, à de nombreuses reprises, que la situation financière, mais également la pratique médicale des spécialités cliniques de proximité, justifiait l'utilisation de cette possibilité de coter un CS de synthèse après un C2 de consultant.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. a vu, avec étonnement, pour des raisons manifestement politiques, une présentation similaire de cette modalité lors de la CHAP du 16 décembre 2010 et nous attendons toujours, à ce jour, la publication au journal officiel. Face à ce blocage politique et administratif, l'U.ME.SPE. incite l'ensemble des cliniciens à coter dès le 1^{er} février un CS de synthèse après un C2 initial, selon les modalités définies lors de la présentation à la Commission de Hiérarchisation des Actes en 2007.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. souhaite que le gouvernement publie, d'ici là, cet acte de nomenclature et défendra, bien sûr, les praticiens qui suivraient son mot d'ordre et seraient inquiétés par les caisses primaires d'Assurance Maladie.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. regrette que, face aux déclarations de Xavier BERTRAND, Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, prenant enfin en compte l'importance des spécialités cliniques dans la médecine de proximité et l'accès aux soins, nous soyons amenés à lancer de tels mots d'ordre. Les praticiens attendent, au delà des paroles, des actes.

U.ME.SPE.
Union Nationale des
Médecins Spécialistes
Confédérés

79. rue de Tocqueville
75017 PARIS

Tél. : 01 44 29 01 30

Fax : 01 40 54 00 66

umespe@club-internet.fr

Décision N°8 de la Commission de hiérarchisation des actes et des prestations du 26 septembre 2007

A la demande de l'UNCAM et conformément aux articles L 162-1-7 et R 162-52 du code de la Sécurité sociale, la Commission de hiérarchisation des actes et des prestations s'est prononcée favorablement sur les modifications suivantes proposées à la Liste des actes et des prestations.

I – Modification de la rédaction de l'acte de consultant

Article 18

B. Avis ponctuel de consultant dans le cadre du parcours de soins : C2

Dérogations

- a) Lorsqu'un médecin spécialiste, dont le nombre annuel de consultations et d'avis de consultants est d'au moins 90% de son activité totale (exprimée en nombre d'actes), a besoin d'un bilan complémentaire effectué par un autre professionnel de santé pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut revoir son patient lors d'une nouvelle consultation.

Dans ce cas, la première consultation est cotée C2 et la seconde CS.

Ce médecin ne facture jamais d'actes techniques dans le cadre d'un avis ponctuel de consultant.

- b) Lorsqu'un médecin spécialiste, dont le nombre annuel de consultations et d'avis de consultants est de moins de 90% de son activité totale (exprimée en nombre d'actes), a besoin d'actes techniques complémentaires pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut facturer les actes techniques strictement nécessaires à l'établissement de son diagnostic.

Dans ce cas, la première consultation est cotée C2 et les actes techniques sont facturés selon les règles de facturation en vigueur.

Ce médecin ne facture jamais de CS dans le cadre d'un avis ponctuel de consultant.

Dans ces deux cas, les résultats du bilan complémentaire ou des actes techniques devront obligatoirement éclairer l'avis ponctuel du consultant qui devra y faire référence dans ses conclusions transmises au médecin traitant.

II – Introduction des Actes d'ACP au Livre II (CCAM).(cf. annexe 1)

III – Médecins phoniâtres : modifications du Livre III et du Livre II

Au livre III

A l'article III-3, au B.- Cas particulier : au 1er paragraphe, remplacer la deuxième phrase « L'acte de la NGAP est tarifé à 50 % de sa valeur, hors associations avec des radiographies dont le nombre n'est pas limité et qui sont tarifés à 100% » par la phrase : « L'acte dont le tarif est le plus élevé est facturé à 100 % de sa valeur et le second à 50 %, hors associations avec des radiographies dont le nombre n'est pas limité et qui sont tarifés à 100% ».

Au livre II (cf. annexe 2)