En pratique. Qu'en est-il de la cotation de nos actes après l'avenant qui vient d'être signé ?

Olivier Schmitt

Nous ne l'avons pas voulu, nous l'avons combattu, devrons-nous hélas dorénavant l'appliquer longtemps ? Vous allez voir comme c'est simple ! Regardez le tableau ci-dessous. Les pastilles chiffrées du tableau correspondent aux notes explicatives suivantes :

Note N° 1
a) Si l'on s'en tient à la convention.
Article 1.4.4 : L'accès non coordonné
"…Lorsqu'ils sont consultés en dehors du parcours de soins coordonnés, et en dehors des cas d'urgence et/ou d'éloignement occasionnel du patient, les praticiens spécialistes conventionnés à tarifs opposables sont autorisés à pratiquer des dépassements.

Ces dépassements sont plafonnés à hauteur de 17,5 % pour chaque acte clinique effectué, arrondi à l'euro supérieur, sur la base des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés…"

[17,5 % de 40 € = 6,80 € soit arrondi à 7 €]
Article 7.2 : Majorations de certaines consultations
"…Les parties signataires conviennent que la MCS ne peut pas se cumuler avec la facturation d'un dépassement autorisé (DA) prévu au point 1.4.4 de la convention…"

Nous devrions coter CNPSY + MPC + DA (34,30 + 2,70 + 0 à 7 € = 37 à 44 €).

b) Si l'on s'en tient au site « Amelie » de la Sécurité Sociale. Qui affiche depuis le début de la convention :
"Dépassement autorisé :
Lorsqu'ils sont consultés hors du parcours de soins coordonnés, les médecins spécialistes de secteur 1 sont autorisés à pratiquer des dépassements. Chaque dépassement (acte clinique ou acte technique) est limité au maximum à + 17,5 % de la valeur de l'acte, soit un tarif maximum de 32 € pour une consultation. Le praticien s'engage à réaliser 70 % de son activité en tarif opposable, tant pour les actes cliniques que techniques."

Le site Amelie affirme ainsi le cumul MCS et DA pour les autres spécialités (sinon le tarif maximum serait de 30 €), on peut donc en induire la cotation suivante pour les psychiatres :

Nous pouvons donc coter CNPSY + MPC + MCS + DA (34,30 + 2,70 + 3 + 0 à 7 € = 40 à 47 €)
Remarque : Il est surprenant que les caisses aient "oublié" cet article 7.2 de la convention. Nul doute qu'elles s'en rappelleront au moindre conflit.

Note N° 2
Les remboursements des organismes complémentaires seront modulés dans le cadre de "contrats responsables", obligatoires sous peine de subir des taxes et de perdre des avantages fiscaux et sociaux.

Note N° 3

Article 7.2 de la convention :

"Majorations de certaines consultations :
…Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, ces majorations ne pourront être cotées que par les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables et par les praticiens ayant adhéré à l'option de coordination décrite au point 1.2.3 du présent texte ; par dérogation, les médecins du secteur à honoraires différents pourront coter la MCS et la MCG dans le cadre de soins délivrés aux bénéficiaires de la CMU complémentaire…"

Note N° 4
L'assurance-maladie prend en charge une partie des cotisations sociales du praticien adhérent. Cette prise en charge s'applique sur la part de l'activité du praticien adhérent facturée en tarifs opposables, selon les modalités exposées en annexe viii.3. Sur cette part, les taux de prise en charge sont équivalents à ceux des praticiens exerçant dans le secteur à honoraires opposables.

Note N° 5

Article 2 de l'avenant signé le 19 décembre 2005 :

"L'avis ponctuel de consultant par le psychiatre ou le neuropsychiatre ne peut se concevoir comme pour les autres spécialités car il s'apparente à une séquence de soins permettant d'engager le patient dans un parcours thérapeutique adapté.

La première consultation du psychiatre consultant est cotée C 2,5. À titre dérogatoire, en cas de séquence de soins nécessaire, il pourra revoir ce patient une fois ou deux fois dans les semaines suivantes, en consultation cotée « CNPSY »."

Remarque : Nous osons espérer qu'ici, « CNPSY » ne peut être qu'une erreur de rédaction par assimilation métonymique

CNPSY = CNPSY + MPC + MCS

Note N° 6

Article 4.3. de la convention :
"…a) Le médecin peut s'affranchir des tarifs opposables en cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade non liée à un motif médical (DE).

Dans ce cas, le praticien peut facturer un montant supérieur au tarif opposable uniquement pour l'acte principal qu'il a effectué et non pour les frais accessoires.

Le praticien fournit au malade toutes les informations nécessaires quant à ce supplément non remboursé par l'assurance maladie et lui en indique notamment le montant et le motif.

L'indication « DE » est portée sur la feuille de soins.

Ce dépassement ne peut se cumuler avec un dépassement autorisé plafonné (DA)…"

Olivier SCHMITT
Niort

Tableau : comment remplir une feuille de soins ?