

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

#### Décision du 18 juillet 2019 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie

NOR : SSAU1924728S

Le collège des directeurs,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-1-7 et R. 162-52 ;

Vu les avis de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie en date du 18 juillet 2019 ;

Vu la commission de hiérarchisation des actes et prestations des médecins en date du 5 juin 2019,

Décide :

De modifier le livre III de la liste des actes et prestations adoptée par décision de l'UNCAM du 11 mars 2005 modifiée, comme suit :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – A l'article III-4-I, l'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour les médecins :

I. – A la première partie : Dispositions générales de la NGAP, l'article 11 « Actes multiples au cours de la même séance » :

a) Le titre du paragraphe B est modifié comme suit :

« **B) Actes en K, KMB, SF, SFI, AMI, AMX, AIS, BSA, BSB, BSC, TLS, TLD, TLL, AMO, AMY effectués au cours de la même séance.** » ;

b) Au sous-paragraphe 4 du paragraphe B susvisé, est ajouté un alinéa c :

« 4. Les dispositions du présent paragraphe ne s'appliquent pas :

a) aux actes nécessitant l'utilisation de radiations ionisantes ;

b) aux actes d'anatomie et de cytologie pathologiques ;

c) aux actes d'accompagnement infirmier à la téléconsultation TLS, TLD et TLL. » ;

c) Un cinquième sous-paragraphe est créé au paragraphe B susvisé :

« 5. Les forfaits journaliers infirmiers BSA, BSB, BSC, définis à l'article 23.3, sont toujours facturés à taux plein. Lorsqu'au cours d'une séance de soins en rapport avec la dépendance, un acte en AMX est réalisé, il est noté à 50% de son coefficient, quelle que soit la valeur du coefficient (sauf dérogations listées au Titre XVI, Chapitre I, article 12). »

II. – A la première partie : Dispositions générales de la NGAP, l'article 14.9.5 est créé :

« **Accompagnement du patient par l'infirmier à la téléconsultation réalisée par un médecin dit "téléconsultant"**

*L'infirmier, en tant que professionnel de santé accompagnant, a notamment pour rôle d'assister le médecin dans la réalisation de certains actes participant à l'examen clinique et éventuellement d'accompagner le patient dans la bonne compréhension de la prise en charge proposée.*

*Selon la situation, trois codes prestation sont prévus :*

– lorsque l'acte est réalisé au décours d'un soin infirmier, le code prestation est TLS. Dans ce cas, il est cumulable avec les actes réalisés au cours de la même séance, et à taux plein conformément à l'article 11B.4. c ;

– lorsque l'acte est réalisé isolément, dans un lieu dédié aux téléconsultations, le code prestation est TLL. Dans ce cas, par dérogation à l'article 13 des Dispositions générales, les indemnités de déplacement sont applicables par l'infirmier. Elles ne sont applicables qu'une fois lorsque l'infirmier accompagne plusieurs patients au cours de téléconsultations réalisées successivement dans un même lieu dédié. Deux déplacements dans un lieu dédié aux téléconsultations, au plus, sont facturables par jour.

– lorsque l'acte est réalisé isolément à domicile (intervention spécifique programmée non réalisée au décours d'un soin infirmier), le code prestation est TLD. Dans ce cas, les indemnités de déplacement s'appliquent.

La téléconsultation est organisée dans le respect du parcours de soins coordonnés selon les modalités définies à l'article 6.2.1 de l'avenant 6 à la convention nationale des infirmiers.

La téléconsultation doit être obligatoirement réalisée par vidéotransmission dans des conditions permettant de garantir la sécurisation des données transmises, la traçabilité des échanges, la confidentialité des échanges et l'intimité des patients. Lorsque la téléconsultation est réalisée dans des conditions définies à l'alinéa 5 de l'article 6.2.1 de l'avenant 6 à la convention nationale des infirmiers, l'infirmier peut être amené à transmettre les données administratives du patient au médecin. L'infirmier dispose des équipements nécessaires conformément, à l'article 6.2.3 et 6.2.5 de l'avenant 6 à la convention nationale des infirmiers.

Par dérogation à l'article 5 des Dispositions Générales de la NGAP, l'acte d'accompagnement à la téléconsultation réalisé par les infirmiers n'a pas à faire l'objet d'une prescription médicale. »

**Art. 2.** – A l'article III-4-IX, l'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour les infirmières et les infirmiers :

I. – A la première partie : Dispositions générales de la NGAP, le libellé de l'article 23 est modifié comme suit :  
« Article 23 – Majorations pour certains actes ou forfaits réalisés par des infirmiers ».

II. – A la première partie : Dispositions générales de la NGAP, l'article 23.1 est modifié comme suit :

« Art. 23.1. – **Majoration pour réalisation par un infirmier d'un acte unique**

Lorsqu'au cours de son intervention, l'infirmier(ère) réalise un acte unique en AMI avec coefficient inférieur ou égal à 1,5 au cabinet ou au domicile du patient, cet acte donne lieu à la majoration d'acte unique (MAU). La MAU peut se cumuler avec la majoration jeune enfant (MIE) créée à l'article 5.3 de l'avenant 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers et l'Assurance maladie. Elle ne se cumule pas avec les forfaits BSA, BSB ou BSC ni avec les actes cotés en AMX ni avec l'IFI.

Cette majoration ne se cumule pas avec le supplément pour vaccination antigrippale du Titre XVI, chapitre I, article 1, ni avec la majoration de coordination infirmière (MCI).

La valeur de cette majoration est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2. »

III. – A la première partie : Dispositions générales de la NGAP, l'article 23.3 est créé :

« Art. 23.3. – **Forfaits journaliers de prise en charge d'un patient dépendant, à domicile**

Patients identifiés comme ayant une charge en soins dite "légère". Afin de facturer ce forfait, le code prestation est BSA ;

Patients identifiés comme ayant une charge en soins dite "intermédiaire". Afin de facturer ce forfait, le code prestation est BSB ;

Patients identifiés comme ayant une charge en soins dite "lourde". Afin de facturer ce forfait, le code prestation est BSC.

Le type de forfait journalier de prise en charge par l'infirmier d'un patient dépendant est déterminé par l'outil bilan de soins infirmiers (BSI). »

IV. – A la deuxième partie de la NGAP, au « titre XVI – Soins infirmiers » au chapitre I, l'article 11 est modifié comme suit :

« Art. 11. – **Soins infirmiers à domicile pour un patient, quel que soit son âge, en situation de dépendance temporaire ou permanente à l'exclusion des soins relevant du périmètre de l'article 12 du même chapitre**

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
[...]			
<p>II- Séance de soins infirmiers, par séance d'une demi-heure, à raison de 4 au maximum par 24 heures La séance de soins infirmiers comprend l'ensemble des actions de soins liées aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, visant à protéger, maintenir, restaurer ou compenser les capacités d'autonomie de la personne. La cotation forfaitaire par séance inclut l'ensemble des actes relevant de la compétence de l'infirmier réalisés au cours de la séance, la tenue du dossier de soins et de la fiche de liaison éventuelle. Par dérogation à cette disposition et à l'article 11 B des Dispositions générales, la séance de soins infirmiers peut se cumuler avec la cotation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- d'une perfusion, telle que définie au chapitre II du présent titre ;</li> <li>- ou d'un pansement lourd et complexe ;</li> <li>- ou d'une séance à domicile, de surveillance clinique et de prévention pour un patient à la suite d'une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'exacerbation d'une bronchopathie chronique obstructive (BPCO) au chapitre II article 5 ter ;</li> <li>- ou d'un acte de prélèvement par ponction veineuse directe de l'article 1 du chapitre I.</li> </ul> <p>La cotation de séances de soins infirmiers est subordonnée à l'élaboration préalable de la démarche de soins infirmiers. Ces séances ne peuvent être prescrites pour une durée supérieure à trois mois. Leur renouvellement nécessite la prescription et l'élaboration d'une nouvelle démarche de soins infirmiers.</p>	3	AIS	AP

V. – A la deuxième partie de la NGAP, au « titre XVI – Soins infirmiers » au chapitre I, l'article 12 « Garde à domicile » devient un article 13.

VI. – A la deuxième partie de la NGAP, au « titre XVI – Soins infirmiers » au chapitre I, l'article 12 est créé :  
 « **Art. 12. – Soins infirmiers à domicile pour un patient en situation de dépendance temporaire ou permanente**

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
I. <i>Élaboration du bilan de soins infirmiers (BSI) à domicile nécessaire à la réalisation de soins infirmiers chez un patient dépendant dans le cadre de soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie (forfaits), d'une séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention, ou de la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée en vue d'insérer ou de maintenir le patient dans son cadre de vie</i>			
<i>Pour un même patient :</i>			
<i>- le bilan initial est coté</i>	2,5	DI	
<i>- les bilans de renouvellement réalisés à échéance des 12 mois sont cotés - les bilans intermédiaires éventuels (2 au maximum dans les 12 mois) en cas de situation clinique évolutive du patient impactant de façon substantielle sa prise en charge infirmière, sont cotés Par dérogation à l'article 5 des dispositions générales, la prise en charge d'un BSI intermédiaire ne nécessite pas de nouvelle prescription, sa facturation est rattachée à la dernière prescription médicale datant de moins de 1 an pour réalisation d'un BSI.</i>	1,2	DI	
<i>La cotation du bilan de soins infirmiers (BSI) inclut :</i>			
<i>Le BSI comporte 3 volets dématérialisés définis selon les dispositions de la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers et l'assurance maladie. Un volet administratif : identification de l'infirmier, du médecin prescripteur, du patient, modalités de prise en charge par l'Assurance maladie, type de BSI (initial, de renouvellement ou intermédiaire), date de réalisation du BSI, date de prescription et consentement du patient. Un volet médical comprenant notamment : - les indications relatives à l'environnement humain et matériel du patient, à son état et à son comportement ; - l'énoncé du ou des diagnostic (s) infirmier (s) en rapport avec la non satisfaction des besoins fondamentaux, les objectifs et les actions de soins mis en œuvre pour chacun d'eux ; - les autres risques présentés par le patient ; - l'objectif global de soins et la prescription des interventions infirmières. Un volet facturation : proposition d'un plan de soins infirmiers : nombre de passages par jour, prévu en situation habituelle, fréquence hebdomadaire des soins et leurs modalités de facturation (3 niveaux de forfaits de prise en charge quotidienne des patients dépendants fixés à l'article 5.7 de l'avenant 6 à la convention nationale des infirmiers). Le BSI fait l'objet d'un échange avec le médecin prescripteur, en lien avec le médecin traitant dans les conditions définies à l'annexe XII de l'avenant 6 de la convention nationale des infirmiers.</i>			
II. <i>Les soins sont réalisés dans le cadre de forfaits, définis à l'article 23.3 des Dispositions générales, différents selon la charge en soins des patients :</i> <i>- patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « légère » (BSA) ; - patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « intermédiaire » (BSB) ; - patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « lourde » (BSC). La prise en charge de la dépendance comprend l'ensemble des actions de soins liées aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, visant à protéger, maintenir, restaurer ou compenser les capacités d'autonomie de la personne. Les forfaits de soins infirmiers comprennent l'ensemble des actes liés à la prise en charge de la dépendance, relevant de la compétence de l'infirmier réalisés au cours de la journée. La cotation forfaitaire inclut l'ensemble des actes relevant de la compétence de l'infirmier réalisés au cours de la ou des séance (s) d'une même journée, la tenue du dossier de soins et de la fiche de liaison éventuelle. Ainsi, la MAU ne peut être facturée dans le cadre des soins liés à la prise en charge du patient dépendant. Par dérogation à cette disposition et à l'article 11 B des Dispositions générales, la séance de soins infirmiers peut se cumuler avec la cotation : - d'une perfusion, telle que définie au chapitre II du présent titre ; - ou d'un pansement lourd et complexe (défini à l'article 3 du chapitre I ou à l'article 5 bis du chapitre II) ; - ou d'une séance à domicile, de surveillance clinique et de prévention pour un patient à la suite d'une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'exacerbation d'une bronchopathie chronique obstructive (BPCO) au chapitre II article 5 ter ; - ou des actes de prélèvement par ponction veineuse directe de l'article 1 du chapitre I. La cotation de forfaits de soins infirmiers est subordonnée à l'élaboration préalable du bilan de soins infirmiers.</i>			

».

VII. – A la deuxième partie de la NGAP, au « titre XVI – Soins infirmiers » au chapitre II, l'article 5 *ter* « prise en charge spécialisée » est modifié comme suit :

«

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
<p>Séance à domicile, de surveillance clinique et de prévention pour un patient à la suite d'une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'exacerbation d'une bronchopathie chronique obstructive (BPCO). Ces séances s'inscrivent dans un programme de suivi infirmier en complément du suivi médical après sortie des patients hospitalisés pour décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'une exacerbation de BPCO. Il est réalisé selon le protocole thérapeutique et de surveillance contenu dans le document de sortie adressé au médecin traitant et aux professionnels de santé désignés par le patient.</p> <p>Selon le protocole thérapeutique et de surveillance, la séance comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'éducation du patient et/ou de son entourage,</li> <li>- la vérification de l'observance des traitements médicamenteux et des mesures hygiéno-diététiques dans la vie quotidienne ainsi que l'adhésion du patient aux traitements,</li> <li>- la surveillance des effets des traitements, de leur tolérance et de leurs effets indésirables,</li> <li>- la vérification de la bonne utilisation des dispositifs d'auto mesure tensionnelle et de l'oxygénothérapie éventuellement,</li> <li>- le contrôle des constantes cliniques (poids, œdèmes, pression artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, cyanose, sueurs, dyspnée...) et de l'état général,</li> <li>- la participation au dépistage des complications de la maladie et des traitements.</li> </ul> <p>La séance inclut :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la tenue d'une fiche de surveillance,</li> <li>- la transmission des informations au médecin traitant dans les 48 h par voie électronique sécurisée.</li> </ul> <p>Facturation :</p> <p>Le programme du suivi infirmier comprend une visite hebdomadaire pendant au moins deux mois avec une première visite dans les 7 jours après la sortie. Le rythme peut être adapté en fonction du protocole.</p> <p>La durée de prise en charge est de 4 à 6 mois pour l'insuffisance cardiaque et jusqu'à 6 mois pour les formes sévères de bronchopathie chronique obstructive (stade II et suivants).</p> <p>Le nombre maximum de séances est de 15.</p> <p>La facturation de cet acte est conditionnée à la formation des IDE à ce suivi post hospitalisation.</p> <p>Des majorations de nuit ou de jours fériés, ne peuvent pas être cotées à l'occasion de cet acte.</p> <p>La cotation de cet acte ne se cumule pas avec une séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention prévue au Titre XVI chapitre 1 article 11, ni avec une séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention pour un patient insulino traité de plus de 75 ans prévue au Titre XVI chapitre II article 5 bis.</p>	5,8	AMI ou AMX

».

**Art. 3.** – A l'article III-4-IX *bis*, l'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour les sages-femmes, les infirmières et les infirmiers :

I. – A la deuxième partie de la NGAP, « Titre XVI – Soins infirmiers », au chapitre I :

a) L'article 1 « prélèvements et injections » est modifié pour l'acte de prélèvement suivant :

«

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Prélèvement par ponction veineuse directe Cet acte est cumulable à taux plein pour les AMI en dérogation à l'article 11 B des Dispositions générales	1,5	AMI ou AMX ou SFI

» ;

b) L'article 1 « prélèvements et injections » est modifié pour les actes d'injection suivants :

«

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
[...]		
Injection intramusculaire	1	AMI ou AMX ou SFI
[...]		
Injection sous-cutanée	1	AMI ou AMX ou SFI
[...]		
Injection intradermique	1	AMI ou AMX ou SFI
[...]		

» ;

c) L'article 2 « pansements courants » est modifié comme suit :

«

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Pansement de stomie	3	AMI

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
	2	SFI
Pansement de trachéotomie, y compris l'aspiration et l'éventuel changement de canule ou sonde	3	AMI
	2,25	SFI
Ablation de fils ou d'agrafes, dix ou moins, y compris le pansement éventuel	2	AMI ou SFI
Ablation de fils ou d'agrafes, plus de dix, y compris le pansement éventuel	4	AMI ou SFI
Pansement de plaies opératoires étendues ou multiples, après abdominoplastie ou chirurgie mammaire. Dans le cadre de la chirurgie mammaire et en cas de bilatéralité, deux actes peuvent être facturés, le deuxième en application de l'article 11B des Dispositions générales.	3	AMI
Pansement postopératoire d'exérèses multiples de varices et/ou de ligatures multiples de veines perforantes avec ou sans stripping. Sur un même membre, deux actes au plus peuvent être facturés, le deuxième en application de l'article 11 B des Dispositions générales.	3	AMI
Autre pansement	2	AMI ou SFI

» ;

d) L'article 3 « pansements lourds et complexes » est modifié comme suit :

«

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Bilan à la première prise en charge d'une plaie nécessitant un pansement lourd et complexe. Par dérogation à l'article 5 des Dispositions générales, la prescription médicale des pansements de plaies comprend aussi la réalisation du bilan dans les conditions citées ci-dessous. Une séance au plus peut être facturée annuellement pour les plaies dont la durée de prise en charge est supérieure à un an ; pour les plaies d'une durée inférieure à un an, un nouveau bilan pourrait être réalisé en cas de récurrence définie par une interruption des soins liés à la plaie d'au moins deux mois. Ce bilan comprend l'évaluation de la situation du patient, l'établissement d'une fiche descriptive de la plaie, l'élaboration d'un projet de soins et la réalisation du pansement. Cet acte n'est pas associable avec la majoration de coordination infirmière définie à l'article 23.2 des Dispositions générales.	11	AMI ou AMX
Pansements de brûlure étendue ou de plaie chimique ou thermique étendue, sur une surface supérieure à 5 % de la surface corporelle	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement de brûlure suite à radiothérapie, sur une surface supérieure à 2% de la surface corporelle	4	AMI ou AMX
Pansement d'ulcère étendu ou de greffe cutanée, sur une surface supérieure à 60 cm <sup>2</sup>	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement d'amputation nécessitant détersion, épiluchage et régularisation	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement de fistule digestive	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement pour pertes de substance traumatique ou néoplasique, avec lésions profondes, sous aponévrotiques, musculaires, tendineuses ou osseuses	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement nécessitant un méchage ou une irrigation	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement d'escarre profonde et étendue atteignant les muscles ou les tendons	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement chirurgical avec matériel d'ostéosynthèse extériorisé	4	AMI ou AMX ou SFI

» ;

e) A l'article 3 « pansements lourds et complexes » les deux actes suivants sont créés :

«

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
[...]		
Pansement d'ulcère ou de greffe cutanée, avec pose de compression	5,1	AMI ou AMX
Analgesie topique préalable à un pansement d'ulcère ou d'escarre L'acte comprend la dépose du pansement, l'application du produit d'analgesie la mise en attente. L'analgesie préalable à un pansement d'ulcère ou d'escarre, dans la limite de 8 par épisode de cicatrisation (défini par des soins de plaie et la délivrance de pansement continu, sans intervalle supérieur à 2 mois), renouvelable une fois au plus par épisode de cicatrisation. Lorsque l'analgesie et le pansement sont réalisés au cours de la même séance, les cotations de ces deux actes peuvent se cumuler entre eux sans application de l'article 11B des Dispositions générales.	1,1	AMI ou AMX

» ;

f) L'article 10 « Surveillance et observation d'un patient à domicile » est modifié comme suit :

«

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
[...]			
Administration et surveillance d'une thérapeutique orale au domicile (1) des patients présentant des troubles psychiatriques ou cognitifs (maladies neurodégénératives ou apparentées) avec établissement d'une fiche de surveillance, par passage.	1,2	AMI	
Administration et surveillance d'une thérapeutique orale au domicile (1) des patients présentant des troubles psychiatriques avec établissement d'une fiche de surveillance, par passage.	1	SFI	
Au-delà du premier mois, par passage	1,2	AMI	AP
	1	SFI	
(1) Pour l'application des deux cotations ci-dessus, la notion de domicile n'inclut ni les établissements de santé mentionnés à l'article L 6111-1 du code de la santé publique, ni les établissements d'hébergement de personnes âgées, des adultes handicapés ou inadaptés mentionnés au 5° de l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30/06/1975 modifiée, à l'exception toutefois des Résidences Autonomie.			
Surveillance et observation d'un patient lors de la mise en œuvre d'un traitement ou lors de la modification de celui-ci, avec établissement d'une fiche de surveillance, avec un maximum de quinze passages.	1	AMI	
Surveillance et observation d'un patient lors de la mise en œuvre d'un traitement ou lors de la modification de celui-ci, avec établissement d'une fiche de surveillance, avec un maximum de quinze jours, par jour.	1	SFI	

».

II. – A la deuxième partie de la NGAP, au « titre XVI – Soins infirmiers », au chapitre II :

a) L'article 3 « Perfusions » est modifié comme suit :

« [...]

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Forfait pour séance de perfusion courte, d'une durée inférieure ou égale à une heure, sous surveillance continue	9	AMI ou AMX ou SFI
Supplément forfaitaire pour surveillance continue d'une perfusion au-delà de la première heure, par heure (avec un maximum de cinq heures)	6	AMI ou SFI ou AMX
Forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à une heure, avec organisation d'une surveillance	14	AMI ou AMX ou SFI
Forfait pour arrêt et retrait du dispositif d'une perfusion, y compris le pansement, la tenue du dossier de soins éventuellement la transmission d'informations nécessaires au médecin prescripteur ; ce forfait ne se cumule pas avec un forfait de perfusion sous surveillance continue.	5	AMI ou AMX ou SFI
Forfait pour l'organisation de la surveillance d'une perfusion, de la planification des soins, y compris la coordination avec les autres professionnels de santé, les prestataires et les services sociaux, à l'exclusion du jour de la pose et de celui du retrait, par jour (ne peuvent être notés, à l'occasion de cet acte, des frais de déplacements ou des majorations de nuit ou de dimanche).	4	AMI ou AMX ou SFI
Changement de flacon (s) ou branchement en Y sur dispositif en place ou intervention pour débranchement ou déplacement du dispositif ou contrôle du débit, pour une perfusion sans surveillance continue, en dehors de la séance de pose.	4,1	AMI ou AMX ou SFI
Un forfait pour séance de perfusion sous surveillance continue et un forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à 1 heure avec organisation de la surveillance par contrôle, se cumulent le cas échéant à taux plein par dérogation à l'article 11B des dispositions générales.		

» ;

b) L'article 4 « Actes de traitement à domicile d'un patient immuno-déprimé ou cancéreux » est modifié pour l'acte d'injection suivant :

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
[...]		
Injection intramusculaire ou sous-cutanée	1,5	AMI ou AMX ou SFI

c) L'article 4 « Actes de traitement à domicile d'un patient immuno-déprimé ou cancéreux » est modifié comme suit :

«

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
[...]		
Forfait pour séance de perfusion courte, d'une durée inférieure ou égale à une heure, sous surveillance continue	10	AMI ou AMX ou SFI
Supplément forfaitaire pour surveillance continue d'une perfusion au-delà de la première heure, par heure (avec un maximum de cinq heures)	6	AMI ou AMX ou SFI
Forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à une heure avec organisation d'une surveillance	15	AMI ou AMX ou SFI
Forfait pour l'organisation de la surveillance d'une perfusion, de la planification des soins, y compris la coordination avec les autres professionnels de santé, les prestataires et les services sociaux, à l'exclusion du jour de la pose et de celui du retrait, par jour (ne peuvent être notés, à l'occasion de cet acte, des frais de déplacements ou des majorations de nuit ou de dimanche).	4	AMI ou AMX ou SFI
Forfait pour arrêt et retrait du dispositif d'une perfusion, y compris le pansement, la tenue du dossier de soins éventuellement la transmission d'informations nécessaires au médecin prescripteur ; ce forfait ne se cumule pas avec un forfait de perfusion sous surveillance continue.	5	AMI ou AMX ou SFI
Changement de flacon (s) ou branchement en Y sur dispositif en place ou intervention pour débranchement ou déplacement du dispositif ou contrôle du débit, pour une perfusion sans surveillance continue, en dehors de la séance de pose.	4,1	AMI ou AMX ou SFI
Un forfait pour séance de perfusion sous surveillance continue et un forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à 1 heure avec organisation de la surveillance par contrôle, se cumulent le cas échéant à taux plein par dérogation à l'article 11B des dispositions générales.		

» ;

d) L'article 5 « Traitement à domicile d'un patient atteint de mucoviscidose par perfusions d'antibiotiques sous surveillance continue selon le protocole thérapeutique rédigé par un des médecins de l'équipe soignant le patient » est modifié comme suit :

«

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Le protocole doit comporter : 1. le nom des différents produits injectés ; 2. leur mode, durée et horaires d'administration ; 3. les nombre, durée et horaires des séances par vingt-quatre heures ; 4. le nombre de jours de traitement pour la cure, 5. les éventuels gestes associés (prélèvements intraveineux, héparinisation...).		
Séance de perfusion intraveineuse d'antibiotiques, quelle que soit la voie d'abord, sous surveillance continue, chez un patient atteint de mucoviscidose, la séance. Cette cotation est globale ; elle inclut l'ensemble des gestes nécessaires à la réalisation de l'acte et à la surveillance du patient, ainsi que les autres actes infirmiers éventuels liés au traitement de la mucoviscidose. Une feuille de surveillance détaillée permettant le suivi du malade doit être impérativement tenue au domicile du malade. En l'absence de surveillance continue, le forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à une heure avec organisation d'une surveillance s'applique.	15	AMI ou AMX ou SFI

» ;

e) L'article 5 bis « Prise en charge à domicile d'un patient insulino-traité » est modifié pour l'acte de pansement lourd et complexe suivant :

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
[...]		
Pansement lourd et complexe pour un patient diabétique insulino-traité, nécessitant une détersion avec défibrination	4	AMI ou AMX ou SFI
[...]		

f) L'article 5 bis « Prise en charge à domicile d'un patient insulino-traité » est modifié comme suit :

«

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Surveillance et observation d'un patient diabétique insulino-traité dont l'état nécessite une adaptation régulière des doses d'insuline en fonction des indications de la prescription médicale et du résultat du contrôle extemporané, y compris la tenue d'une fiche de surveillance, par séance	1	AMI ou AMX ou SFI
Injection sous-cutanée d'insuline	1	AMI ou AMX ou SFI
Séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention, d'une durée d'une demi-heure, pour un patient insulino-traité de plus de 75 ans Cette cotation inclut : - l'éducation du patient et/ou de son entourage ; - la vérification de l'observance des traitements et du régime alimentaire, le dépistage du risque d'hypoglycémie ; - le contrôle de la pression artérielle ; - la participation au dépistage et le suivi des éventuelles complications, en particulier neurologiques, infectieuses, cutanées ; - la prévention de l'apparition de ces complications, en particulier par le maintien d'une hygiène correcte des pieds ; - la tenue d'une fiche de surveillance et la transmission des informations au médecin traitant, qui doit être immédiatement alerté en cas de risque de complications ; - la tenue, si nécessaire, de la fiche de liaison et la transmission des informations utiles à l'entourage ou à la tierce personne qui s'y substitue. La cotation de cet acte ne se cumule pas avec une prise en charge dans le cadre de la prise en charge d'un patient dépendant prévue au titre XVI, chapitre 1er, article 12.	4	AMI ou SFI
[...]		

» ;

g) A l'article 5 bis « Prise en charge à domicile d'un patient insulino-traité », est créé l'acte suivant :

«

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
[...]		
Analgésie topique préalable à un pansement L'acte comprend : la dépose du pansement, l'application du produit d'analgésie et la mise en attente. L'analgésie préalable à un pansement, dans la limite de 8 par épisode de cicatrisation (défini par des soins de plaie et la délivrance de pansement continu, sans intervalle supérieur à 2 mois), renouvelable une fois au plus par épisode de cicatrisation	1,1	AMI ou AMX

».

**Art. 4.** – A l'article III-4-X, l'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour toutes les professions :

I. – A la première partie des Dispositions générales de la NGAP :

a) L'article 2-1 est modifié comme suit :

« **1. Lettre-clé**

*La lettre clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est établie dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux dispensés aux assurés sociaux.*

*Selon le type de l'acte les lettres clés à utiliser sont les suivantes :*

[...]

*BSA : Forfait journalier de prise en charge par l'infirmier d'un patient dépendant ayant une charge en soins dite "légère"*

*BSB : Forfait journalier de prise en charge par l'infirmier d'un patient dépendant ayant une charge en soins dite "intermédiaire"*

*BSC : Forfait journalier de prise en charge par l'infirmier d'un patient dépendant ayant une charge en soins dite "lourde"*

*IFI : Indemnité forfaitaire infirmier applicable dans le cadre de la prise en charge d'un patient dépendant relevant du dispositif défini à l'article 23.3 des Dispositions générales*

*AMX : acte pratiqué par l'infirmier ou l'infirmière, applicable aux soins réalisés à domicile pour les patients dépendants en sus des séances ou des forfaits » ;*

b) Le paragraphe C de l'article 13 est modifié comme suit :

« [...]

*L'indemnité horokilométrique s'ajoute à la valeur de l'acte ; s'il s'agit d'une visite, cette indemnité s'ajoute au prix de la visite et non à celui de la consultation. Pour les actes en K, Z, SP, SF, SFI, AMS, AMK, AMC, AMI, AIS, DI, AMX, BSA, BSB, BSC, TLL, TLD, TLS, AMP, POD, AMO et AMY de la NGAP ou les actes équivalents inscrits*

à la CCAM, l'indemnité horokilométrique se cumule avec les indemnités forfaitaires prévues aux paragraphes A et D.

*L'indemnité horokilométrique est calculée et remboursée dans les conditions ci-après :*

1° *L'indemnité due au professionnel de santé est calculée pour chaque déplacement à partir de son domicile professionnel et en fonction de la distance parcourue sous déduction d'un nombre de kilomètres fixé à 2 sur le trajet tant aller que retour. Cet abattement est réduit à 1 km en montagne et en haute montagne dont les zones sont définies par la Loi n° 85-30 du 9 janvier 1985 relative au développement et à la protection de la montagne.*

*Il n'y a pas lieu à abattement pour les visites et les accouchements effectués par les sages-femmes.*

*En cas d'acte global (intervention chirurgicale, par exemple), chaque déplacement du praticien occasionné soit par l'acte initial, soit par les soins consécutifs donne lieu à l'indemnité de déplacement forfaitaire et, le cas échéant, horokilométrique, calculée comme il est dit ci-dessus.*

2° *Les indemnités horokilométriques pour les actes en AMI, AIS, DI, AMX, BSA, BSB, BSC, TLL, TLD et TLS et en cumul avec l'IFD ou l'IFI sont soumises à un dispositif de plafonnement journalier du montant facturé.*

*Cet abattement est déterminé au regard de la distance journalière facturée par l'infirmier (la distance journalière étant définie comme le cumul des kilomètres facturables, après déduction des 1 et 2 km définis à l'article 13 des dispositions générales de la nomenclature précitée, du premier au dernier patient du début à la fin du jour civil de réalisation des soins).*

*Les modalités de l'abattement sont les suivantes :*

- jusqu'à 299 kilomètres cumulés inclus, aucun abattement n'est appliqué ;*
- à partir de 300 kilomètres et jusqu'à 399 kilomètres cumulés, bornes incluses, un abattement de 50% du tarif du remboursement de ces indemnités kilométriques facturées est appliqué ;*
- à partir de 400 kilomètres cumulés inclus, un abattement de 100% du tarif du remboursement de ces indemnités kilométriques facturés.*

*En parallèle, les infirmiers conservent la possibilité de pouvoir facturer les indemnités kilométriques à partir du cabinet professionnel et, ce même, dans le cadre des tournées journalières au domicile des patients pour lesquels les infirmiers ne reviennent pas systématiquement, entre chaque passage, à leur cabinet.*

3° *Le remboursement accordé par la caisse pour le déplacement d'un professionnel de santé ne peut excéder le montant de l'indemnité calculé par rapport au professionnel de santé de la même discipline, se trouvant dans la même situation à l'égard de la convention, dont le domicile professionnel est le plus proche de la résidence du malade.*

*Toutefois, lorsque l'assuré fait appel à un médecin spécialiste qualifié ou à un chirurgien-dentiste spécialiste qualifié, le remboursement n'est calculé par rapport au spécialiste de même qualification le plus proche que si l'intervention du spécialiste a été demandée par le médecin traitant ou le chirurgien-dentiste traitant, dans le cas contraire, le remboursement est calculé par rapport au médecin généraliste ou au chirurgien – dentiste omnipraticien le plus proche.*

*De même, par dérogation, lorsque le médecin traitant n'est pas le médecin le plus proche de la résidence du malade, le médecin traitant du malade peut facturer des indemnités kilométriques à condition que le domicile professionnel du praticien soit situé à une distance raisonnable de la résidence du malade, soit dans la limite de 10 km en zone urbaine, et de 30 km en zone rurale.*

*A titre dérogatoire, la règle mentionnée au 3° ne s'applique pas :*

*lorsque les déplacements du professionnel de santé sont effectués dans le cadre des programmes de retour à domicile mis en place par les Caisses d'Assurance Maladie répondant aux objectifs des articles L. 1110-1 du Code de la santé publique, L. 162-1-11 alinéa 4 du Code de la sécurité sociale, et L. 111-2-1 et L. 111-1 du Code de la sécurité sociale ; » ;*

c) Le paragraphe D de l'article 13 est créé :

**« D) IFI – Indemnité forfaitaire infirmier**

*Lorsque les soins sont réalisés dans le cadre de la prise en charge d'un patient dépendant relevant du dispositif défini à l'article 23.3 des Dispositions générales, la convention nationale prévoit pour les actes effectués par l'infirmier au domicile du patient une cotation spécifique des indemnités de déplacement appelée IFI (indemnité forfaitaire infirmier).*

*La valeur en unité monétaire de cette indemnité est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres-clés prévues à l'article 2.*

*L'IFI est cotable à chaque déplacement réalisé dans la journée pour des soins liés à la dépendance dès lors qu'un forfait BSA, BSB ou BSC ou DI dans le cadre de l'article 12 du chapitre I, est facturé le même jour au patient. L'IFI peut être facturée isolément ou avec un acte infirmier coté en AMX. De plus, l'IFI peut se cumuler avec les IK et les majorations autorisées dans les articles 14 et 23.2 des Dispositions générales.*

*Au maximum, 4 IFI peuvent être facturées dans la même journée pour un même patient. »*

**Art. 5.** – La présente décision sera publiée au *Journal officiel* de la République française et prendra effet le 1<sup>er</sup> janvier 2020 ; à l'exception de l'article 3-I b et II b, f qui prendra effet le 1<sup>er</sup> mai 2020 et à l'exception de l'article 3-I e, f et II g et qui prendra effet le 1<sup>er</sup> juillet 2020.

Fait le 18 juillet 2019.

Le collège des directeurs :

*Le directeur général de l'Union nationale  
des caisses d'assurance maladie,*

N. REVEL

*Le directeur général de la Caisse centrale  
de la mutualité sociale agricole,*

F.-E. BLANC