

AVENANT N°11
A LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT
LES RAPPORTS ENTRE LES MEDECINS LIBERAUX
ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNEE LE 26 JUILLET 2011

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment l'article L. 162-5,

Vu la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011, publiée au *Journal officiel* du 25 septembre 2011.

Préambule

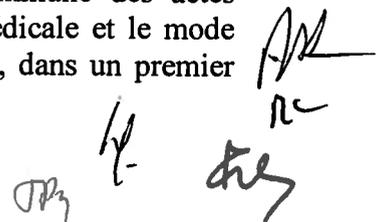
Les partenaires conventionnels souhaitent par le présent avenant poursuivre leur engagement dans les actions de prévention, dont la priorité est réaffirmée dans la stratégie nationale de santé, au profit des patients diabétiques et promouvoir de nouvelles modalités de dépistage de la rétinopathie intégrant une première expérience de télé-médecine, avec également pour objectif de mieux valoriser la prévention primaire.

En outre, les partenaires conventionnels ont convenu d'initier une nouvelle version de la CCAM pour les actes d'Anatomie et Cytologie Pathologiques (ACP), démarche qui s'inscrit notamment dans le cadre de la mesure 20 du Plan Cancer 2009-2013 « Soutenir la spécialité d'anatomopathologie » avec deux objectifs principaux : d'une part, redéfinir les actes pratiqués pour les diagnostics de cancer, en fonction des topographies anatomiques examinées, et d'autre part, prendre en compte les recommandations de bonne pratique médicale et les innovations techniques à l'aide de la hiérarchisation du travail médical des actes et d'une évaluation du coût de la pratique.

Ils conviennent également de prolonger la mesure transitoire de valorisation du forfait thermal mise en place par l'avenant 9 à la convention nationale visant à neutraliser les effets de l'abrogation du contrat de bonne pratique thermal et ce, compte tenu de l'entrée en vigueur tardive de cet avenant.

Afin de ne pas pénaliser les médecins qui ont adhéré au contrat d'accès aux soins au cours de l'année 2013, les parties signataires souhaitent que ces derniers puissent bénéficier de la participation au financement des cotisations sociales prévue à l'article 38.2 et à l'annexe XX de la convention nationale qui interviendra à partir de la fin de l'année 2014, sous réserve des engagements du contrat, pour les cotisations recouvrées au titre de l'exercice 2013. De même afin de ne pas pénaliser les médecins s'installant pour la première fois en libéral à l'occasion de la mise en œuvre du forfait médecin traitant (FMT), il convient d'adapter les conditions de versement lors de la 1^{ère} année d'exercice libéral.

Enfin, l'Assurance Maladie et les syndicats de chirurgiens-dentistes ont entrepris une refonte de la nomenclature des actes afin de disposer d'une classification commune des actes médicaux pour l'activité bucco-dentaire quels que soient la spécialité médicale et le mode d'exercice des professionnels de santé. Cette classification doit concerner, dans un premier



temps, les actes techniques, à l'exception des actes d'orthopédie dento-faciale. Le présent avenant permet de transposer cette démarche à l'activité réalisée par les médecins.

Les parties signataires de la convention nationale conviennent de ce qui suit.

Article 1

Après l'article 18 de la convention nationale, à la fin du premier alinéa sont insérées les dispositions suivantes : « article 18-1 « Programme d'accompagnement Sophia ».

Avant l'article 19 sont insérées les dispositions suivantes.

« Article 18-2 « Dépistage de la rétinopathie diabétique

La rétinopathie diabétique représente l'une des causes principales de malvoyance et de cécité évitables en France. Cette complication microvasculaire oculaire, dont la prévalence augmente avec la durée du diabète peut-être dépistée par un examen régulier du fond de l'œil. Le dépistage doit permettre une prise en charge précoce des lésions rétinienne, afin de prévenir la déficience visuelle sévère et la cécité due à la rétinopathie.

La pratique actuelle du dépistage de la rétinopathie diabétique ne permet pas d'atteindre totalement les objectifs recommandés par la HAS.

Les parties signataires conscientes de l'importance de renforcer la prévention dans ce domaine souhaitent offrir une nouvelle modalité de dépistage de la rétinopathie diabétique par coopération entre médecins ophtalmologistes et orthoptistes. Ce type de dépistage avec lecture différée de rétino-graphies peut également contribuer à l'optimisation des ressources médicales consacrées aux soins ophtalmologiques.

Les modalités de cette coopération sont définies en annexe XXVII du présent texte. ».

L'annexe XXVII « Dépistage de la rétinopathie diabétique » est créée et rédigée dans les termes suivants.

« ANNEXE XXVII DISPOSITIF DE PREVENTION DE LA RETINOPATHIE

Conformément aux dispositions de l'article 18-2 de la présente convention, les parties conventionnelles souhaitent améliorer le dépistage de la rétinopathie diabétique. Dans ce cadre, elles s'engagent à faciliter la prise en charge des patients diabétiques en favorisant la coopération entre professionnel de santé.

Elles s'accordent sur la nécessité de favoriser la lecture différée des photographies du fond d'œil réalisée préalablement par les orthoptistes.

AR
h.
M
D
DP4

Cet acte de lecture différée réalisée en dehors de la présence du patient ne peut pas faire l'objet de dépassement d'honoraires.

La mise en œuvre de cette mesure est conditionnée par la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. ».

L'article 6 de la convention est complété par un alinéa rédigé de la manière suivante :

« Les médecins amenés à pratiquer l'acte de lecture différée de photographie du fond d'œil évoqué à l'article 18-2 et à l'annexe XXVII de la présente convention pratiquent également la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux sur la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. ».

Article 2

A l'article 27.5 de la convention nationale sont apportées les modifications suivantes. Après le terme « en 2013 » sont ajoutés les termes suivants « et en 2014 ».

Article 3

A l'article 28.1 de la convention nationale intitulé « CCAM Technique » les termes «Enfin, ils souhaitent que soient mises en œuvre d'ici fin 2012, les évolutions de nomenclature relatives aux actes d'anatomo-cytopathologiques (ACP) » sont supprimés et remplacés par les dispositions suivantes :

« Enfin, ils souhaitent que soit mise en place une nouvelle version de la CCAM-ACP conforme aux recommandations de bonne pratique médicale émises notamment dans le cadre des Plans Cancers et permettant de disposer de données plus précises pour la caractérisation de processus de soins en cancérologie. Les tarifs issus de cette nouvelle classification figurent en annexe XXIV. ».

Article 4

Les alinéas deux à six de l'article 36 de la convention nationale sont remplacés par les termes suivants « Les médecins titulaires des titres visés à l'article 35.1 et installés antérieurement au 1^{er} janvier 2013 peuvent adhérer au contrat d'accès aux soins.

Est ajouté à la fin de l'article 36 la disposition suivante : « A titre dérogatoire, pour les médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins au cours de l'année 2013, la règle de proratisation définie à l'annexe XX de la convention liée à la durée de souscription du contrat d'accès aux soins dans l'année civile ne s'applique pas. ».

En outre, les parties signataires prennent acte des modifications réglementaires intervenues sur le recouvrement des cotisations sociales par le régime social des indépendants.

A l'article 2 de l'annexe XX, les modifications suivantes sont apportées. 





Dans le tableau sous le titre « taux de participation » les termes de la première ligne sont supprimés et remplacés par les termes suivants : «6,50 %.».

A la fin de l'annexe XIII sont ajoutées les dispositions suivantes « Afin de ne pas pénaliser le médecin nouvellement installé, ce forfait médecin traitant (FMT) est versé, au titre de la première année d'installation en libéral, pour chacun des patients l'ayant choisi comme médecin traitant.

Article 5

A l'article 26.2 de la convention nationale sont apportées les modifications suivantes.

Dans le tableau intitulé « les indicateurs de qualité de la pratique pour les médecins spécialistes en gastroentérologie et hépatologie » les termes « les deux premières années post chirurgicales » sont remplacés par « la première année post chirurgicale ».

Article 6

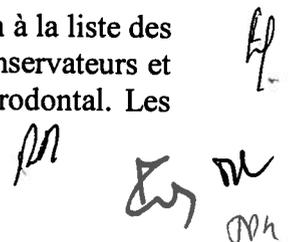
Il est créé un article 28.4 à la convention nationale intitulé « Mise en place de la CCAM pour l'activité bucco-dentaire » rédigé dans les termes suivants.

« Les parties signataires s'entendent sur les tarifs correspondant à la hiérarchisation réalisée par les Commissions de Hiérarchisation des Actes et Prestations du 26 septembre 2012 et 25 septembre 2013 pour les médecins, et du 27 septembre 2012, 25 octobre 2012 et 6 septembre 2013 pour les chirurgiens-dentistes. Compte tenu des contraintes de l'ONDAM, cette hiérarchisation se fait dans un premier temps par transposition à périmètre constant de la NGAP. Ainsi, les parties signataires conviennent en conséquence de procéder à la mise en œuvre de la CCAM pour l'activité bucco-dentaire avec les tarifs fixés en annexe XXVIII de la présente convention à la date du 1^{er} juin 2014. Ces tarifs seront applicables, sous réserve de l'adoption par l'UNCAM de la décision modifiant la liste des actes et prestations pris en charge par l'Assurance Maladie précisée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale, intégrant les libellés des actes de la CCAM pour l'activité bucco-dentaire.

Cette première étape doit permettre une observation affinée de l'impact de la CCAM sur les honoraires des médecins. Les parties signataires réaffirment leur volonté de rééquilibrage de la rémunération et du financement des soins dentaires. Cette démarche implique de définir à terme une nouvelle hiérarchisation tenant compte des priorités de santé publique, de l'évolution des techniques, du travail médical et des coûts de l'activité bucco-dentaire, permettant d'arrêter des modalités d'évolution des tarifs de la CCAM en adéquation avec l'économie des cabinets pratiquant des actes bucco-dentaires.

Ainsi, tout médecin adhérent à la convention nationale s'engage à facturer les actes bucco dentaires qu'il aura réalisés, tels qu'ils sont inscrits à la CCAM et pris en charge conformément au livre II de la liste des actes et prestations, à compter du 1^{er} juin 2014 .

Les partenaires conventionnels s'entendent également, pour proposer l'inscription à la liste des actes et prestations pris en charge par l'Assurance Maladie, de certains soins conservateurs et chirurgicaux en cas d'urgence douloureuse, notamment l'évacuation d'abcès parodontal. Les

Handwritten signatures and initials in the bottom right corner of the page, including a large signature and several smaller initials.

14

partenaires conventionnels proposent, sous réserve de son inscription, que cet acte soit valorisé au tarif de 40 euros.

Ils proposent également la valorisation des actes de restaurations d'angles comme suit :

- restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur un angle (HBMD044) : 43 euros,
- restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur deux angles (HBMD047) : 86 euros,

la revalorisation de certains actes de chirurgie incluant de l'orthodontie, comme suit :

- acte de dégagement de plusieurs dents retenues ou incluses avec pose de dispositif de traction orthodontique (HBPD001) : 156,75 euros
- acte de dégagement d'une dent retenue ou incluse avec pose d'un dispositif de traction orthodontique sans aménagement parodontal (HBPD002) : 104,50 euros
- acte de dégagement d'une dent retenue ou incluse, avec pose d'un dispositif de traction orthodontique et aménagement parodontal par greffe ou lambeau (HBPA001) : 146,30 euros

et enfin, la revalorisation des actes suivants :

- restauration d'une dent sur une face par matériau incrusté (inlay-onlay) (HBMD043) : 19,28 euros
- restauration d'une dent sur deux faces par matériau incrusté (inlay-onlay) (HBMD046) : 33,74 euros
- restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur une face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire (HBMD058) : 19,28 euros
- restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur deux faces par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire (HBMD050) : 33,74 euros

Les partenaires conventionnels s'engagent également à examiner les modalités d'une juste valorisation des actes de retraitements endodontiques.

Enfin, les parties signataires s'accordent pour revaloriser de 50 % les actes suivants :

- pose d'un plan de libération occlusale (HBLD018) : 172,80 euros
- pose de gouttière maxillaire ou mandibulaire pour hémostase ou portetopique (LBLD003) : 86,40 euros
- pose de gouttières maxillaire et mandibulaire pour hémostase ou portetopique (LBLD006) : 172,80 euros
- pose d'une orthèse métallique recouvrant totalement ou partiellement une arcade dentaire (LBLD014) : 172,80 euros

Enfin, les parties conventionnelles demandent l'inscription à la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale de la pose des couronnes dentaires implanto-portées. Il est proposé que cet acte soit valorisé à hauteur de 107,50 euros.

Handwritten signatures:
Dn
Mc
JPH

L'ensemble des mesures prévues au présent article s'applique au 1^{er} juin 2014 sous réserve de la modification préalable de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

En application de l'arrêté interministériel du 30 mai 2006 modifié et sous réserve de la publication de la liste des actes et prestations visée au 3^o de l'article L.861-3 du code de la sécurité sociale mise à jour par arrêté interministériel, les partenaires conventionnels s'accordent pour respecter ledit arrêté et transposer les actes soumis aux montants maximaux des dépassements applicables aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé visés à l'article L.861-1 du code de la sécurité sociale, conformément à la liste annexée en annexe XXIX de la présente convention nationale.

De plus, ils s'accordent pour proposer aux pouvoirs publics la modification de l'arrêté du 30 mai 2006 modifié, afin que les bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé puissent bénéficier de la prise en charge du bridge de base (comportant trois éléments : deux piliers et un élément intermédiaire).

Sous réserve de la publication de cette modification au journal officiel, les partenaires conventionnels proposent en annexe XXIX les tarifs correspondant à ce bridge de base.

Les parties signataires s'accordent également sur la mise en place d'un modèle de devis type conformément aux dispositions de l'article L.1111-3 du code de la santé publique.

Ainsi, avant l'élaboration d'un traitement incluant la fourniture d'un dispositif médical sur mesure, le médecin doit remettre à l'assuré un devis descriptif écrit et comportant notamment :

- La description précise et détaillée du traitement envisagé et/ou les matériaux utilisés,
- Le montant des honoraires correspondant au traitement proposé à l'assuré,
- Le montant de la base de remboursement correspondant calculé selon les cotations de la nomenclature générale des actes professionnels ou de la classification commune des actes médicaux.

Ce devis doit être daté et signé par le praticien et l'assuré ou son représentant. Il peut être accepté par l'intéressé, soit immédiatement, soit après la décision de la caisse pour les actes ou traitements soumis à accord préalable. Ce devis est la propriété de l'assuré qui peut donc en disposer. Le modèle de devis type est établi en annexe XXX de la convention nationale. En cas de difficulté d'application, la Commission Paritaire Nationale définie à l'article 70 de la présente convention sera compétente pour étudier le sujet et proposer toute solution adaptée aux situations particulières. ».

Article 7

Les parties signataires s'accordent pour étendre le dispositif de prévention bucco-dentaire aux femmes enceintes et définir les modalités de son application.

L'article 14.2 de la convention nationale est modifié dans les termes suivants.

A l'article 14.2 de la convention nationale après les termes « pour les patients âgées de 6 à 18 ans sont ajoutées les dispositions suivantes : « ils souhaitent étendre cette action de prévention

HP

bucco-dentaire au profit des femmes enceintes à partir du 4^{ème} mois de grossesse» et avant les termes « sont définies à l'annexe XV du présent texte » sont ajoutés les termes suivants « et pour les femmes enceintes à partir du 4^{ème} mois de grossesse.».

Au Sous-Titre 2 du titre 3 de la convention nationale intitulé « l'implication des médecins dans les campagnes de prévention » après les termes « chez les enfants et adolescents » sont ajoutés les termes « et les femmes enceintes à partir du 4^{ème} mois de grossesse.».

L'annexe XV de la convention nationale intitulé « disposition de prévention bucco dentaire » est modifiée dans les conditions suivantes.

Il est ajouté au tout début de l'annexe XV un sous-titre intitulé : « disposition de prévention bucco dentaire pour les enfants et les adolescents. ».

L'article 2.2 du sous titre intitulé « disposition de prévention bucco dentaire pour les enfants et les adolescents » est modifié dans les conditions suivantes. Les termes de cet article 2.2 sont remplacés par les termes suivants : « Entrent dans le champ du dispositif, les seuls actes correspondant à des soins conservateurs, chirurgicaux et des actes radiographiques, conformément à la liste fixée en annexe XXXI de la convention nationale ».

A la fin des dispositions de l'annexe XV sont ajoutées les dispositions suivantes

« Prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes

Article 1^{er}

Les parties concernées

1.1 Les bénéficiaires

Le dispositif de prévention s'adresse aux femmes enceintes à partir du 4^{ème} mois de grossesse, ayants droit ou assurées sociales, remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'assurance maladie et maternité.

1.2. Les médecins

Les médecins relevant des dispositions de la convention nationale des médecins libéraux participent à cette action de prévention. MR

ds

RL

OP4

Article 2 *Contenu du dispositif*

Les femmes enceintes bénéficient d'un examen de prévention pris en charge à 100% avec dispense d'avance de frais, à compter du 4^{ème} mois de grossesse, jusqu'à 12 jours après l'accouchement.

2.1. Le contenu de l'examen de prévention

L'examen comprend obligatoirement :

- une anamnèse ;
- un examen bucco-dentaire ;
- des éléments d'éducation sanitaire : sensibilisation de la future mère à la santé bucco-dentaire (hygiène orale, etc.), hygiène alimentaire, information sur l'étiologie et la prévention de la carie de la petite enfance (mesures d'hygiène nécessaires dès l'éruption des premières dents de l'enfant).

Ces informations et conseils d'éducation sanitaire sont délivrés oralement par le médecin, lors de la consultation de prévention, et peuvent se matérialiser par la remise d'une plaquette synthétisant ces conseils.

L'examen est complété, si nécessaire, par :

- des radiographies intrabuccales ;
- l'établissement d'un programme de soins.

Dans le cas où il n'y a qu'un acte à réaliser, celui-ci peut être exécuté au cours de la même séance que l'examen de prévention. Il ne peut y avoir au cours d'une même séance facturation d'une consultation et d'un examen de prévention.

2.2 Les tarifs d'honoraires de l'examen de prévention

Cet examen est valorisé à 30€. Il est complété si nécessaire par des radiographies intrabuccales quelle que soit la technique utilisée.

Dans ce cas, la rémunération forfaitaire de l'examen et des radiographies est la suivante :

- Examen avec réalisation d'un ou deux clichés : 42 euros
- Examen avec réalisation de trois ou quatre clichés : 54 euros

L'examen et les radiographies qui y sont associées le cas échéant sont facturés à tarifs opposables.

Article 3

Mise en œuvre du dispositif

À compter de la réception de la déclaration de grossesse de l'assurée ou de l'ayant droit, la caisse d'assurance maladie dont elle relève lui envoie l'imprimé unique de prise en charge pré-identifié accompagné d'une invitation à participer à cet examen de prévention.

Pour bénéficier des avantages du dispositif, la femme enceinte doit consulter le médecin de son choix, à compter de son 4^{ème} mois de grossesse et ce, jusqu'à 12 jours après

42

l'accouchement. Elle présente alors au praticien l'imprimé de prise en charge pré-identifié à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

La facture de l'examen doit être télétransmise. En cas d'impossibilité, le médecin complète la partie supérieure de l'imprimé de prise en charge et l'adresse à l'organisme d'affiliation de l'assurée pour pouvoir être réglé du montant de l'examen réalisé. La partie inférieure « renseignements médicaux » est à conserver par le médecin dans le dossier de la patiente.

Article 4

Evaluation et suivi du dispositif

Les parties signataires considèrent qu'une évaluation de ce dispositif doit être réalisée.

L'ensemble des acteurs étant amené à participer à cette évaluation, les médecins s'engagent en conséquence à répondre le plus efficacement possible à toute sollicitation des caisses ou des tiers habilités afin de faciliter cette démarche. En contrepartie, les caisses d'assurance maladie conviennent de mettre à disposition des instances conventionnelles concernées les éléments analytiques d'évaluation du dispositif de prévention.

Les partenaires conventionnels conviennent, à ce titre, d'étudier l'application et le suivi du dispositif dans le cadre des instances conventionnelles.

Un bilan annuel sera réalisé dans le cadre de la Commission Paritaire Nationale définie à l'article 70 de la présente convention. ».

A la fin de l'article 6 de la convention nationale sont ajoutées les dispositions suivantes :

« Dans le cadre de la mise en place de la prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes à partir du 4^{ème} mois de grossesse, les partenaires conventionnel s'entendent pour promouvoir la dispense d'avance des frais pour cette catégorie de population dont l'état de santé bucco-dentaire est rendu particulièrement fragile durant cette période. Ainsi, les femmes enceintes bénéficient de la dispense d'avance des frais pour la réalisation de l'examen de prévention bucco-dentaire tel que prévu à l'article 14.2 et à l'annexe XV de la présente convention. »

Article 8

Les actes en SCM, PRO, et KC de l'annexe I de la convention nationale sont supprimés à la date du 1^{er} juin 2014.

Article 9

L'annexe XXIV de la convention nationale est modifiée dans les conditions suivantes.

Les actes ci-dessous sont supprimés de l'annexe XXIV intitulé « tarifs des actes de la CCAM technique. ».

ML NC
PPY FS