

**AVENANT N°9  
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.

**Article 1**

L'article 1.1 de la convention nationale est ainsi modifié :

Au 4<sup>ème</sup> point intitulé « Condition d'activité » est ajouté le paragraphe suivant :

« Dans le cas où le médecin est installé dans une zone mentionnée au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 précité dont l'unité territoriale, au sens de l'Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques, est inférieure au bassin de vie, il doit justifier d'une activité réalisée au 2/3 auprès de patients résidant dans le bassin de vie comprenant cette zone. ».

**Article 2**

A l'article 12.4.4 de la convention nationale, intitulé « Suivi des patients souffrant d'affections de longue durée », est ajouté un dernier alinéa rédigé dans les termes suivants :

« Le médecin traitant bénéficie de la même rémunération spécifique pour le suivi de ses patients qui ne relèvent plus d'une ALD mais qui se trouvent dans une situation clinique répondant aux dispositions de l'article L.322-3 10° du code de la sécurité sociale. ».

Les modifications suivantes sont apportées à l'annexe XIII. Après les termes « 15 jours qui suivent la demande » est ajouté un alinéa rédigé dans les termes suivants :

« Le médecin traitant bénéficie de la même rémunération spécifique pour le suivi de ses patients qui ne relèvent plus d'une ALD mais qui se trouvent dans une situation clinique répondant aux dispositions de l'article L.322-3 10° du code de la sécurité sociale. Cette rémunération est versée une fois par an. ».

**Article 3**

A l'instar de ce qui a été prévu dans l'avenant n° 2 à la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie conclu le 16 avril 2012, les partenaires conventionnels conviennent de revaloriser l'examen de prévention bucco-dentaire à destination des 6,9, 12, 15 et 18 ans réalisé par les médecins stomatologistes.

L'article 2.3 de l'annexe XV de la convention nationale, intitulé « les tarifs d'honoraires du dispositif de prévention » est remplacé par les dispositions suivantes :

**« Article 2.3 les tarifs d'honoraires du dispositif de prévention**

Les tarifs ne peuvent pas faire l'objet de dépassements d'honoraires.

Les parties signataires conviennent de revaloriser l'examen de prévention bucco-dentaire à destination des 6, 9, 12, 15 et 18 ans, dans le cadre du programme MT'dents à hauteur de 30€. Les forfaits avec radiographies sont revalorisés. 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. ».

**Article 4**

Aux articles 26, 26.2 et 26.3 et à l'annexe XVII de la convention nationale, intitulée « Rémunération sur objectifs de santé publique », les termes « médecine vasculaire » sont remplacés par les termes « maladies vasculaires ».

Aux articles 26.2 et 26.3 de la convention nationale, le terme « créatinine » est remplacé par le terme « créatininémie.».

**Article 5**

A l'article 27.5 de la convention nationale, intitulé «Valorisation de la pratique des médecins à expertise particulière », les termes « La valeur du forfait thermal (STH) est donc portée à 70 € » sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Les parties signataires conviennent de la nécessité d'adapter la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale pour étendre le contenu du forfait de surveillance thermique (STH). En effet, ils souhaitent intégrer les dispositions du contrat de bonne pratique conclu sur la base de l'article L.162-12-18 du code de la sécurité sociale et ayant pris fin au 31 décembre 2012 qui prévoyait le versement d'un montant de 10€ pour le suivi des patients curistes et le retour d'information au médecin traitant. La valeur du forfait thermal (STH) est alors portée de 70 € à 80 €. ». Pour l'application de cette mesure en 2013, la valeur du forfait thermal est fixée transitoirement à 90 €. ».

**Article 6**

L'article 60 de la convention nationale est ainsi modifié.

Au premier alinéa en lieu et place de la dernière phrase :

« Cette participation est assise sur les revenus acquis au titre de l'activité libérale effectuée dans le cadre de la présente convention à l'exclusion des dépassements d'honoraires.

A compter des revenus perçus au titre de l'année 2013, l'assiette de participation des caisses d'assurance maladie est étendue aux revenus tirés d'activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins. La participation est

conditionnée au respect des tarifs opposables fixés par la convention, attesté par la production de documents fixant les règles de rémunération entre les médecins et ces structures. ».

L'article 61 de la convention nationale est ainsi modifié.

En lieu et place du 2<sup>ème</sup> alinéa :

« La participation des caisses, dont les modalités de calcul sont détaillées à l'annexe XXVI de la présente convention, est assise :

- d'une part, sur le montant du revenu net de dépassements d'honoraires tiré de l'activité libérale réalisée dans le cadre de la présente convention ;
- d'autre part, sur le montant des revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, dès lors que ces activités ont été rémunérées sur la base des tarifs opposables fixés par la présente convention.

Cette participation correspond à 9,7 % de ces montants.».

L'article 62 de la convention nationale est ainsi modifié.

En lieu et place du 2<sup>ème</sup> alinéa :

« L'assiette de participation des caisses est identique à celle prévue à l'article 60 de la présente convention. Cette participation correspond à 5 % de ce montant dans la limite du plafond annuel de Sécurité Sociale ; au-delà, la participation correspond à 2,9 % du montant évoqué supra.

Les modalités de calcul de la participation sont précisées à l'annexe XXVI de la présente convention.».

Il est créé une annexe XXVI rédigée dans les termes suivants :

« Annexe XXVI : Modalités de calcul de la participation des caisses aux cotisations sociales dues au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés et des allocations familiales

La participation des caisses mentionnée aux articles 60 à 62 de la présente convention est calculée de la manière suivante.

1) Calcul du montant de la participation sur les revenus conventionnés

Un taux d'honoraires sans dépassements est calculé pour chaque professionnel en rapportant le montant total des honoraires tirés de l'activité conventionnée déduction faite des dépassements d'honoraires au montant total des honoraires tirés de l'activité conventionnée.

Le montant de la participation de l'assurance maladie sur les revenus conventionnés nets de dépassements d'honoraires correspond au montant total des revenus tirés de l'activité conventionnée, multiplié par le taux d'honoraires sans dépassements et par le taux de prise en charge.

2) Calcul du montant de la participation sur les revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

Le montant de la participation sur les revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins correspond à l'ensemble de ces

revenus, dès lors que ces activités ont été rémunérées sur la base des tarifs opposables, multiplié par le taux de prise en charge.

- 3) Calcul du montant total de la participation au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès ou des allocations familiales

Le montant total de la participation au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés ou des allocations familiales correspond à la somme des deux montant calculés précédemment. ».

### **Article 7**

A l'article 70.1 intitulé « Composition de la Commission Paritaire Nationale » avant les termes « en cas d'entrée de nouveaux signataires » est ajouté un alinéa rédigé dans les termes suivants :

« Participe également à titre consultatif aux séances de la CPN, un représentant de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire. ».

Fait à Paris, le

Pour l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie :  
Monsieur Frédéric van ROEKEGHEM, Directeur Général,

Pour l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire:  
Fabrice HENRY, Président,

| Au titre des spécialistes  | Au titre des généralistes   |
|--|---|
| Le Président de la Confédération des Syndicats Médicaux Français,<br>Docteur Michel CHASSANG | Le Président de la Confédération des Syndicats Médicaux Français,<br>Docteur Michel CHASSANG  |
| Le Président du Syndicat des Médecins Libéraux,<br>Docteur Roger RUA                         | Le Président du Syndicat des Médecins Libéraux,<br>Docteur Roger RUA  |
| Le Président de la Fédération des Médecins de France,<br>Docteur Jean Paul HAMON             | Le Président de MG France - Fédération Française des Médecins Généralistes,<br>Docteur Claude LEICHER<br><br>Le Président de la Fédération des Médecins de France,<br>Docteur Jean Paul HAMON |