

CONVENTION médicale 2011 extraits

En noir : *le texte initial de la convention*

~~En noir barré~~ : *texte supprimé*

En rouge : *les modifications parues au JO*

EN VIOLET GRAS : *commentaires*

Textes concernant le CAS (Contrat d'Accès aux Soins) : Avenant 8 à la Convention

Annexe CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX ET L'ASSURANCE MALADIE, SIGNÉE LE 26 JUILLET 2011

.....

Renforcer l'accès aux soins

Le renforcement de l'accès aux soins doit être la première des priorités de la convention médicale. En premier lieu, les parties conventionnelles souhaitent renforcer les mesures mises en place en faveur de l'amélioration de la répartition de l'offre de soins et conforter la dispense d'avance de frais pour les patients qui en ont le plus besoin. ~~En second lieu, la convention propose un nouveau secteur d'exercice de manière à réduire le reste à charge pour les soins de chirurgie, d'obstétrique et d'anesthésie.¹~~ **En second lieu, la convention propose un nouveau contrat d'accès aux soins de manière à réduire le reste à charge pour les assurés sociaux.**

Développer la coordination des soins

Les signataires de la convention considèrent que la coordination des soins entre les professionnels de santé est un facteur essentiel d'amélioration de la prise en charge des patients et de l'efficacité des soins. Dans ce cadre, ils s'accordent sur le fait que le parcours de soins coordonnés grâce au médecin traitant de premier recours est un dispositif qui favorise la coordination des différents intervenants et doit être maintenu. Parallèlement, les parties signataires souhaitent favoriser le développement des modes d'exercice pluriprofessionnel et l'accompagnement des patients.

.....

¹ Modifié par l'Avenant 8 publié le 29/11/12

TITRE 1^{er} CONFORTER L'ACCÈS AUX SOINS

Les parties signataires estiment que l'amélioration de l'accès aux soins doit être la première des priorités de la convention médicale. L'existence d'un régime d'assurance maladie obligatoire à couverture large et d'une offre adaptée de professionnels délivrant des soins de qualité est un déterminant majeur de l'accès aux soins pour l'ensemble des assurés. La démographie médicale et la tendance au regroupement des professionnels induisent une modification structurelle de l'implantation de l'offre de soins.

Ces évolutions doivent être prises en compte et la convention médicale doit apporter des réponses adaptées et évolutives pour garantir, en coordination avec les pouvoirs publics, l'accessibilité, la continuité et la permanence des soins sur l'ensemble du territoire national. Indépendamment de l'accessibilité géographique à des soins de qualité, l'accessibilité financière est une préoccupation partagée par les parties conventionnelles. Les parties entendent promouvoir à cet effet la dispense d'avance des frais pour les assurés qui en ont le plus besoin, pour les soins les plus coûteux et pour les actes réalisés dans le cadre de la permanence des soins. Au-delà du tiers payant, l'accessibilité financière aux soins est déterminée par le reste à charge que les assurés supportent au-delà du remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

L'accroissement des honoraires au-delà des tarifs opposables, facturés par les praticiens du secteur à honoraires différents (« secteur II »), impose des réponses structurelles de manière à garantir l'accès aux soins dans le cadre d'une médecine libérale mais aussi sociale.

~~Les parties conventionnelles conviennent donc de mettre en place, dans cet objectif, un nouveau secteur optionnel par avenant pour une période de trois ans.²~~

Les parties conventionnelles conviennent donc de mettre en place, dans cet objectif, le contrat d'accès aux soins pour une période de 3 ans.

MISE EN PLACE POUR 3 ANS

ON SAIT MALHEUREUSEMENT QUE DANS LE DOMAINE DES MODIFICATIONS CONVENTIONNELLES BRUTALES (DISPARITION OU BLOCAGE), TOUT EST POSSIBLE.

Article 1^{er} Mesures en faveur de l'amélioration de la répartition des professionnels de santé sur le territoire

COMME POUR D'AUTRES AVANTAGES CONVENTIONNELS, LES MESURES PRÉVUES PAR L'ARTICLE 1 (OPTION DÉMOGRAPHIE) SONT RÉSERVÉES A LA PRATIQUE DES TARIFS OPPOSABLES ET OU AU MOINS À L'ADHÉSION AU CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS.

Article 1er.1 Objet et champ de l'option démographie

Médecins concernés

L'option est proposée aux médecins libéraux conventionnés exerçant au sein d'un

² Modifié par l'Avenant 8 publié le 29/11/12

groupe ou d'un pôle de santé, dans le secteur à honoraires opposables ou dans le secteur à honoraires différents ~~et ayant adhéré à l'option de coordination telle que définie à l'article 36 de la présente convention³~~ **et ayant adhéré au contrat d'accès aux soins tel que défini aux articles 36 et suivants de la convention**, ou acceptant d'appliquer exclusivement les tarifs opposables pour les patients situés en zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits, s'installant ou installés dans ces zones définies conformément au [cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique](#).

Conditions générales d'adhésion et engagements du médecin

En adhérant à l'option, le praticien s'engage à ne pas cesser son activité, hors circonstances exceptionnelles validées par la commission paritaire régionale (CPR), ni à changer son lieu d'exercice pendant une durée de trois années consécutives à compter de la date d'adhésion. Les modalités d'adhésion de même que les conditions de résiliation notamment pour cause indépendante de la volonté du médecin sont définies en annexe IV.

Condition d'exercice en groupe ou en pôle de santé

Pour bénéficier de l'option, les médecins doivent exercer au sein d'un groupe formé entre médecins ou d'un groupe pluridisciplinaire, quelle que soit sa forme juridique, ou dans le cadre d'un pôle de santé tel que défini à l'[article L. 6323-4 du code de la santé publique](#). Ils transmettent à leur caisse de rattachement les documents attestant de leur participation à un groupe ou à un pôle de santé. Les médecins ayant un exercice isolé et qui ne participent pas à un pôle de santé ne sont pas éligibles à cette option.

Condition d'activité

Pour adhérer, le médecin doit justifier d'une activité réalisée au 2/3 auprès de patients résidant dans la zone concernée et être installé dans ladite zone ou à proximité immédiate.

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.⁴

Engagement sur la continuité et la permanence des soins

En contrepartie des aides qui lui sont allouées, et dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins pour la population de la zone, le professionnel adhérent s'engage à :

- faire appel à des remplaçants ou s'organiser avec un autre praticien du groupe ou du pôle de santé, pour répondre aux besoins de soins de la patientèle ;
- permettre la réalisation de vacations, au sein du cabinet, de médecins spécialistes ou d'auxiliaires médicaux ;
- participer à la permanence des soins dans le cadre de l'organisation régionale, conformément aux textes réglementaires

Article 1er.2 Avantages conférés par l'adhésion à l'option

Les médecins adhérant à l'option démographie bénéficient en contrepartie d'une

³ Modifié par l'Avenant 8 publié le 29 novembre 2012

⁴ Ajouté par l'Avenant 9 signé le 14 février 2013

aide à l'investissement et d'une aide à l'activité, dans les conditions définies en annexe IV à la présente convention.

Article 2 Mesures relatives à l'apport complémentaire de temps médical dans les zones sous-dotées en offre de soins

COMME POUR D'AUTRES AVANTAGES CONVENTIONNELS, LES MESURES PRÉVUES PAR L'ARTICLE 2 (OPTION SANTÉ SOLIDARITÉ TERRITORIALE) SONT RESERVÉES A LA PRATIQUE DES TARIFS OPPOSABLES ET A DÉFAUT A L'ADHÉSION AU CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS.

L'une des principales contraintes signalées par les professionnels de santé exerçant en zones rurales, de montagne ou urbaines déficitaires en offre de soins est, outre la permanence et la continuité des soins, la difficulté de se faire remplacer.

L'un des objectifs de l'option démographie susmentionnée consiste à permettre aux praticiens concernés de dégager des moyens complémentaires en locaux ou en honoraires pour favoriser l'intervention de leurs remplaçants.

~~Une autre possibilité vise à encourager les médecins installés dans les zones sur-dotées, à proximité de zones sous-dotées, à dégager une partie de leur temps médical pour prêter main forte à leurs confrères.~~

~~Une autre possibilité vise à encourager les médecins n'exerçant pas dans une zone où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits, à dégager une partie de leur temps médical pour prêter main forte à leurs confrères.~~⁵

Les partenaires conventionnels conviennent donc de mettre en place l'option santé solidarité territoriale.

Article 2.1 Objet et champ de l'option santé solidarité territoriale

Les partenaires conventionnels, conscients de la nécessité d'intervenir dans les zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits, conviennent d'inciter les médecins à la solidarité géographique par la mise en place d'une nouvelle option conventionnelle.

A cet effet, ils s'accordent pour adopter un nouveau dispositif dans la continuité de l'option visée à l'article 1er en proposant aux médecins volontaires de souscrire à une nouvelle option conventionnelle sur la base du formulaire joint en annexe VIII.

Médecins concernés

L'option est proposée aux médecins libéraux conventionnés exerçant dans le secteur à honoraires opposables ou dans le secteur à honoraires différents ~~et ayant adhéré à l'option de coordination telle que définie à l'article 36 de la présente convention~~⁶ ~~et ayant adhéré au contrat d'accès aux soins tel que défini aux articles 36 et suivants de la convention~~, ou acceptant d'appliquer exclusivement les tarifs opposables dans le cadre de cette activité spécifique et n'exerçant pas dans une zone où les besoins en implantation de professionnels

⁵ Modifié Avenant 1 du 30 décembre 2011

⁶ Modifié par l'Avenant 8 publié le 29/11/12

de santé ne sont pas satisfaits et souhaitant y assurer des consultations.

Conditions générales d'adhésion et engagements du médecin

En adhérant à l'option le médecin s'engage à exercer au minimum 28 jours par an dans une des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits. La durée de l'engagement du médecin à cette option est de trois ans à compter de sa date d'adhésion.

Les modalités d'adhésion de même que les conditions de résiliation notamment pour cause indépendante de la volonté du médecin sont définies en annexe VII.

Article 2.2 Avantages conférés par l'adhésion à l'option

Les médecins adhérant à la présente option bénéficient d'une rémunération complémentaire et d'une prise en charge des frais de déplacement définies en annexe VII de la présente convention.

Article 3 Suivi et évaluation de la mise en place de l'option démographie et de l'option santé solidarité territoriale

Les parties signataires conviennent de suivre l'application de ces deux options pendant toute leur durée dans le cadre des instances paritaires. Elles souhaitent en évaluer la portée en termes de maintien et d'amélioration de l'offre de soins dans les zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits par l'élaboration de bilans annuels.

Elles conviennent de mettre en place un groupe de travail pour mesurer l'effet des aides dans les zones périurbaines sensibles, notamment sur le recours au médecin traitant et au médecin correspondant, et envisager les mesures nécessaires.

Au regard des résultats de ces évaluations annuelles, un bilan général sera réalisé au second semestre 2013. Celui-ci permettra aux partenaires conventionnels de décider d'éventuelles mesures d'ajustement du dispositif, si les effets des deux options s'avéraient insuffisants. Ces mesures de régulation complémentaires pourront, le cas échéant, concerner les zones médicalement très sur dotées.

Sous-titre 4 Maîtriser les dépassements d'honoraires pour un meilleur accès aux soins

Pour les soins spécialisés, l'existence d'importants dépassements d'honoraires dans certaines spécialités et dans certaines zones du territoire réduit l'accès aux soins, notamment pour les patients dont les revenus sont les plus modestes et ceux qui ne disposent pas d'une couverture complémentaire prenant en charge ces dépassements ou de manière très limitée.

Pour ces patients, l'augmentation du nombre de praticiens de secteur II dans certaines spécialités pose d'indéniables difficultés d'accès aux soins, compte tenu de l'importance des restes à charge.

La maîtrise et la lisibilité des tarifs, ainsi que la prise en charge coordonnée des soins par l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire apparaissent nécessaires pour garantir un meilleur accès aux soins.

~~L'option de coordination mise en œuvre dans la convention de 2005 pour maîtriser les tarifs des médecins généralistes et spécialistes autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires d'un droit permanent à dépassement a constitué une première étape. Elle doit être pérennisée et complétée par un dispositif négocié dans un cadre tripartite.~~

~~Conformément aux dispositions de l'article 53 de la loi HPST un protocole d'accord tripartite entre les syndicats représentatifs pour la convention de 2005, l'UNCAM et l'UNOCAM a été conclu le 15 octobre 2009 sur un nouveau secteur dit secteur optionnel.~~

~~Les partenaires conventionnels s'accordent pour mettre en place ce nouveau secteur visant à améliorer l'accès à des soins de qualité par la diminution du reste à charge et la maîtrise des tarifs. Sont concernées les spécialités exercées principalement sur les plateaux techniques lourds, à savoir la chirurgie, l'anesthésie réanimation et la gynécologie obstétrique. Les modalités de mise en œuvre de ce secteur optionnel sont définies au titre 4, sous-titre 4 de la convention. L'option de coordination est parallèlement maintenue dans les conditions définies à l'article 36 pour les spécialités non visées par le secteur optionnel dans l'hypothèse où il serait mis en place.⁷ Les partenaires conventionnels s'accordent pour mettre en place un contrat d'accès aux soins visant à améliorer l'accès aux soins des patients notamment ceux dont les revenus sont les plus modestes en développant l'activité à tarif opposable et en améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie. Les modalités de mise en œuvre de ce contrat d'accès aux soins sont définies au sous-titre 3 du Titre 4 de la convention.~~

ANNONCE DU CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS QUI SERA DEVELOPPÉ PLUS LOIN.

.....

Article 12.4.5 Suivi des patients hors ALD

Le médecin traitant assurant la prise en charge de patients ne bénéficiant pas d'une exonération du ticket modérateur reçoit une rémunération forfaitaire annuelle pour contribuer à l'amélioration de la prévention et du suivi de ces patients, en lien avec l'élaboration du volet médical de synthèse. Cette rémunération ne peut être perçue que par les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables et par les praticiens ayant adhéré au contrat d'accès aux soins. Cette rémunération est mise en place pour les patients ne bénéficiant pas

⁷ Modifié par l'Avenant 8 publié le 29/11/12

d'une exonération du ticket modérateur, compte tenu de l'engagement financier de l'UNOCAM.⁸

NE CONCERNE QUE LES MÉDECINS TRAITANTS. IL S'AGIT DES 5 € DE FORFAIT PAR PATIENT ET PAR AN QUE VA PERCEVOIR EN PRINCIPE A PARTIR DE JUILLET 2013 LE MÉDECIN TRAITANT POUR CHAQUE PATIENT DONT IL EST LE MÉDECIN TRAITANT ET QUI N'EST PAS EN ALD. C'EST À PRENDRE EN COMPTE DANS LEUR CALCUL PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN SECTEUR 2.

Article 13 Le médecin correspondant

.....

Article 13.2 La valorisation du rôle de médecin correspondant

Avis ponctuel de consultant

Conformément à l'article 18 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), l'avis ponctuel de consultant est un avis donné par un médecin spécialiste à la demande explicite du médecin traitant.

Le médecin correspondant, sollicité pour cet avis ponctuel de consultant, adresse au médecin traitant ses conclusions et propositions thérapeutiques. Il s'engage à ne pas donner au patient de soins continus et à laisser au médecin traitant la charge de surveiller l'application de ses prescriptions.

L'avis ponctuel de consultant est facturé dans les conditions définies à l'article 18 des dispositions générales de la NGAP.

~~Les partenaires conventionnels souhaitent que cet article soit adapté avant le 1er janvier 2012 afin que les praticiens concernés puissent, en cas de nécessité de réalisation par un autre professionnel d'examen(s) complémentaire(s) indispensable(s) au diagnostic de consultant, recevoir le patient à l'occasion d'une consultation cotée CS pour réaliser la synthèse de leur avis de consultant. Par ailleurs, ils souhaitent également que la nomenclature précise les modalités de cotation de l'avis ponctuel de consultant pour les médecins spécialistes qualifiés en médecine générale.⁹~~

Majoration de coordination

Lorsque le médecin correspondant, adhérent à la présente convention et appliquant les tarifs opposables, reçoit le patient pour des soins itératifs et procède à un retour d'informations au médecin traitant, il bénéficie d'une majoration de coordination applicable à la consultation.

Cette majoration de coordination est également applicable en cas de séquence

⁸ Ajouté par l'Avenant 8 publié le 29/11/12

⁹ Supprimé par l'Avenant 8 publié le 29/11/12

de soins nécessitant un ou plusieurs intervenants, c'est-à-dire lorsque le patient est adressé par un médecin correspondant à un autre médecin spécialiste avec information au médecin traitant.

Lorsqu'à l'occasion d'une consultation auprès d'un bénéficiaire de la CMU complémentaire **ou d'un patient disposant d'une attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)¹⁰**, le médecin correspondant, indépendamment de son secteur d'exercice, a facturé une majoration de coordination et qu'il est constaté que l'assuré n'a pas déclaré de médecin traitant, cette majoration est versée par l'organisme d'assurance maladie au praticien dans le cadre de la dispense d'avance des frais.

~~Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, ces majorations ne peuvent être cotées que par les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables et par les praticiens ayant adhéré à l'option de coordination décrite à l'article 36 et au secteur optionnel (dans l'hypothèse où celui-ci est mis en place).¹¹~~ **Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, ces majorations ne peuvent être cotées que par les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables, par les praticiens ayant adhéré au contrat d'accès aux soins défini aux articles 36 et suivants de la convention et par les médecins exerçant dans le secteur à honoraires différents ou titulaires du droit permanent à dépassement lorsqu'ils pratiquent les tarifs opposables pour les patients bénéficiaires de la CMU complémentaire et pour les patients disposant d'une attestation de droit à l'ACS.**

La majoration de coordination ne peut pas se cumuler avec la facturation d'un dépassement autorisé (DA) prévu à l'article 42.2 de la présente convention.

Les valeurs de la majoration de coordination et des majorations dédiées sont définies en annexe XIV.

CET ARTICLE RAPPELLE QUE LE MÉDECIN EN SECTEUR 2 SANS ADHÉSION AU CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS (COMME AUPARAVANT SANS ADHÉSION À L'OPTION DE COORDINATION) N'AS PAS LE DROIT D'APPLIQUER LES MCS, MPC ET MPJ QUI FONT PASSER EN RÉALITÉ LE CS DU SPÉCIALISTE A 28 €. LA BASE DE REMBOURSEMENT DU SECTEUR 2 RESTE AINSI À 23 €.

Article 15 Le fonctionnement du parcours de soins coordonnés

.....

Article 15.2 Les cas d'urgence et d'éloignement

Le praticien adhérent à la présente convention exerçant en secteur à honoraires opposables ~~ou ayant adhéré à l'option de coordination ou au secteur optionnel (dans l'hypothèse où il serait mis en place)~~ ¹²**ou par les praticiens ayant adhéré**

¹⁰ Ajouté par l'Avenant 8 publié le 29/11/12

¹¹ Modifié par l'Avenant 8 publié le 29/11/12

¹² Modifié par l'Avenant 8 publié le 29/11/12

au contrat d'accès aux soins défini aux articles 36 et suivants de la convention et intervenant hors parcours de soins pour une urgence médicalement justifiée doit respecter les tarifs opposables. Il continue à bénéficier par ailleurs des majorations d'urgence prévues par la NGAP.

La cotation d'une majoration d'urgence, d'une majoration liée à la permanence des soins ou d'une majoration pour consultation/intervention le soir ou le week-end exclut la possibilité de coter la majoration de coordination.

En cas de consultation par un assuré éloigné de sa résidence habituelle et donc de son médecin traitant désigné, le praticien régi par la présente convention et appliquant les tarifs opposables ou ayant adhéré à l'option de coordination ou au secteur optionnel (dans l'hypothèse où il serait mis en place) peut, sous réserve de procéder à un retour d'informations au médecin traitant, appliquer à la consultation la majoration de coordination définie supra.

Sous-titre 2 Un parcours de soins mieux coordonné dans le cadre d'un exercice coopératif

Les parties signataires considèrent que l'amélioration de la prise en charge des patients suppose une meilleure coordination des soins entre les professionnels intervenants.

Article 28.1. CCAM technique

BEUCOUP DE PROMESSES POUR DIRE QU'ON VA RÉÉVALUER LES ACTES ET TRÈS PEU DE RÉALISATIONS, VOIRE DES BAISSSES IMPORTANTES (ANNEXE XXIV EN FIN DE TEXTE).

LES TARIFS CIBLES DEVRAIENT ETRE ATTEINTS DEPUIS LONGTEMPS.

LE SYSTÈME EST TRÈS COMPLIQUÉ : EN EFFET, LES REVALORISATIONS DE LA CCAM N'ÉTANT QUE POUR LES MÉDECINS EN SECTEUR 1 ET CEUX EN CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS, ON ABOUTIT EN FAIT A DEUX CCAM : UNE POUR LES SECTEUR 2 ET UNE AUTRE POUR LE SECTEUR 1 ET LES CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS.

AINSI SE CREUSE DE PLUS EN PLUS LE DIFFÉRENTIEL DE REMBOURSEMENT PAR L'ASSURANCE MALADIE ENTRE SECTEUR 1 OU CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS ET SECTEUR 2 (C'EST DÉJÀ LE CAS POUR LES MCS et MPC INTERDITS AUX SECTEURS 2, CE QUI MET LA BASE DU REMBOURSEMENT DU CS A 23 ET NON A 28)

Afin de favoriser l'accès des patients à des soins spécialisés aux tarifs opposables et de réduire le reste à charge, les partenaires conventionnels conviennent de poursuivre la mise en œuvre de la classification commune des actes médicaux (CCAM) en réalisant une convergence vers les tarifs cibles de la CCAM, d'ici la fin de la présente convention, en trois étapes : au 1^{er} juillet 2013, au 1^{er} mars 2014 et 1^{er} janvier 2015.

Pour les soins dispensés par les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables et par les médecins adhérant au contrat d'accès aux soins défini aux articles 36 et suivants de la convention, les tarifs seront modifiés de manière à

revaloriser les actes « gagnants », dont le tarif cible est supérieur au tarif de référence, des spécialités suivantes : cardiologie (hors cardiologie interventionnelle), chirurgie, dermatologie, endocrinologie, gynécologie et obstétrique, hématologie, neurologie, omnipraticiens, ORL, pédiatres, pneumologie, psychiatrie, médecine physique et de réadaptation, rhumatologie. Il sera appliqué au tarif de référence des actes une revalorisation proportionnelle au différentiel initial entre le tarif de référence et le tarif cible. Le principe est le suivant :

Tarif CCAM revalorisé = tarif année n + taux de revalorisation × (tarif cible- tarif de référence).

L'écart entre le tarif actuel et le tarif cible sera atteint par tiers en 3 étapes au 1^{er} juillet 2013, au 1^{er} mars 2014 et au 1^{er} janvier 2015.

Ce mécanisme se traduira, pour chaque acte, par un pourcentage d'augmentation appliqué au tarif de l'acte à chacune des 3 étapes, par l'application de modificateurs spécifiques créés dans la liste des actes et prestations définie à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale permettant d'atteindre la valeur tarifaire définie pour chaque étape. Les tarifs cibles applicables au 1^{er} janvier 2015 figurent en annexe XXV ; à ces tarifs s'ajoutent les modificateurs J et K pour les actes concernés conformément à la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

POUR GÉRER CETTE AUGMENTATION DIFFERENCIÉE ET NE PAS AVOIR DEUX CCAM, ON MET EN PLACE DES MODIFICATEURS QUI SERONT APPLIQUÉS PAR LES SECTEURS 1 ET CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS ET INTERDITS AUX SECTEUR 2. DIFFICILE DE FAIRE PLUS COMPLIQUÉ !

Par ailleurs, 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 champ d'application de la majoration forfaits modulables (modificateur K) aux actes d'accouchement pour les médecins de secteur 1 et pour les médecins adhérant au contrats d'accès aux soins.

Les partenaires conventionnels proposent d'inscrire sur la liste des actes et prestations l'acte d'échographie permettant le guidage dans le cadre d'une anesthésie loco-régionale périphérique. Enfin, ils souhaitent que soient mises en œuvre d'ici fin 2012, les évolutions de nomenclature relatives aux actes d'anatomo-cytopathologiques (ACP).

Pour les autres spécialités, les partenaires conventionnels conviennent d'ajuster de façon progressive les honoraires de certains actes compte tenu de l'évolution des techniques et des coûts :

- d'ores et déjà, ils décident de mettre en œuvre des mesures tarifaires concernant l'imagerie réalisée par les radiologues, les médecins nucléaires et les autres spécialités pratiquant ces actes selon le calendrier prévu aux articles 3.1 et 3.2 de l'annexe I et à l'annexe XXIV,
- s'agissant de l'anesthésie-réanimation, la néphrologie et de l'ophtalmologie, ils s'accordent sur la nécessité de réexaminer, avant fin

2013, leur situation particulière au regard de la CCAM et de l'évolution des techniques et pratiques médicales.

Parallèlement, les partenaires conventionnels conviennent de la nécessité de réviser la hiérarchie des actes techniques CCAM, en tenant compte de l'évolution des techniques et du coût de la pratique, d'ici la fin de la présente convention.

La mise en œuvre de certaines mesures prévues au présent article 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

Article 28.2 Tarification des forfaits techniques et appareils de remnographie

~~Les parties signataires souhaitent renforcer l'accès aux soins des patients en matière d'imagerie par résonance magnétique (IRM). Afin de favoriser une augmentation soutenable du parc des appareils et de prendre en compte l'évolution des technologies et des coûts associés, elles souhaitent réviser la classification des appareils IRM et des tarifs des forfaits techniques. Dans ce cadre, elles s'engagent à conclure avant le 31 octobre 2011 un avenant arrêtant cette nouvelle classification et les tarifs associés.~~

Les parties signataires souhaitent renforcer l'accès aux soins des patients en matière d'imagerie par résonance magnétique (IRM). Afin de favoriser une augmentation soutenable du parc des appareils pour répondre aux besoins croissants de recours à ce type d'examen et de prendre en compte l'évolution des technologies notamment le développement d'appareils spécifiques dits ostéo-articulaires et des coûts associés, elles arrêtent une nouvelle classification des appareils IRM et des tarifs des forfaits techniques.

Cette nouvelle classification et les tarifs figurent à l'article 3.2 de l'annexe I de la présente convention ¹³

ON APPRÉCIERA AU PASSAGE LE MOT « SOUTENABLE » ALORS QUE LE RETARD FRANÇAIS EN APPAREILS IRM EST CONSÉQUENT.

Article 28.3 Valorisation des spécialités utilisant les plateaux techniques lourds

~~Dans le cadre de la mise en place du secteur optionnel, 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 champ d'application de la majoration forfaits modulables (modificateur K). Cette extension du champ d'application de forfaits modulables sera prise en compte dans le cadre des travaux visés à l'article 28.1. En outre, les parties signataires conviennent de la nécessité de revoir le niveau de cette majoration forfaits modulables à compter de l'année 2013.¹⁴~~

Article 28.4 3 Valorisation de certains actes de cardiologie et d'imagerie

« Cardiologie »

¹³ MSupprimé par l'Avenant 8 signé le 26/10/10 modifié par l'avenant N°4 du 30 mars 2012

¹⁴ Modifié par l'Avenant 8 signé le 26/10/10

Les partenaires conventionnels conviennent de l'accession au tarif cible de l'acte ci-dessous :

« Échographie-doppler transthoracique du cœur et des vaisseaux intrathoraciques» (DZQM006) soit un tarif fixé à 96,49 €. (anciennement 95,66 €)

Radiographie

Pour tenir compte de l'évolution des techniques, les parties signataires conviennent de réviser les tarifs de certaines radiographies multi incidences et bilatérales de la manière suivante :

- Radiographie de la ceinture scapulaire et/ou de l'épaule selon 3 ou 4 incidences (MAQK001) : 33,80 €
- Radiographie de la ceinture scapulaire et/ou de l'épaule selon 5 incidences ou plus (MAQK002) : 34,17 €
- Radiographie du genou selon 5 incidences ou plus (NFQK004) : 33,88 €
- Radiographie bilatérale du pied selon 1 à 3 incidences par côté (NDQK002) : 23,94 €
- Radiographie bilatérale du genou selon 1 à 2 incidences par côté (NFQK002) : 25,86 €

Par ailleurs, les parties signataires proposent l'introduction de deux actes nouveaux à la liste des actes et prestations correspondant à deux procédures associant radiographie de la ceinture pelvienne selon une incidence et radiographie de l'articulation coxofémorale selon une ou deux incidences.

La première procédure consiste en l'association d'un acte NAQK015 et d'un acte NEQK010, dont le tarif est fixé 23,47€.

La seconde procédure consiste en l'association d'un acte NAQK015 et de deux actes NEQK010 dont le tarif est fixé à 31,29€.

La mise en œuvre de cette dernière mesure relative à l'introduction de deux actes 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.

Concomitamment, l'UNCAM s'engage à inscrire sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale l'acte de « scanographie de trois territoires anatomiques.¹⁵

L'annexe XXIII de la convention nationale est modifiée en conséquence.

TITRE 4 L'EXERCICE CONVENTIONNEL

Sous-titre 1^{er} Les conditions d'exercice

Conformément aux dispositions réglementaires en vigueur, les consultations médicales sont données au cabinet du praticien sauf, d'une part, lorsque l'assuré est dans l'incapacité de se déplacer selon des critères soit médico-administratifs, soit sociaux et environnementaux et, d'autre part, lorsqu'il s'agit d'une activité

¹⁵ Ajouté par l'avenant N°4 du 30 mars 2012

de télémédecine telle que définie à l'[article L. 6316-1 du code de la santé publique](#). Les consultations médicales peuvent également être données dans les maisons médicales.

Les médecins placés sous le régime du présent texte s'engagent à faire bénéficier leurs malades de soins consciencieux, éclairés, attentifs et prudents, conformes aux données actuelles de la science.

Conformément aux [dispositions de l'article L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale](#), les médecins observent dans tous leurs actes et prescriptions la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité du traitement.

Article 29 Enregistrement du médecin auprès de la caisse

Les médecins sont tenus de faire connaître aux caisses, notamment, leur notification d'inscription à l'ordre comportant, entre autre, leur numéro RPPS (répertoire partagé

.....

~~Sous-titre 3 Mise en œuvre de l'option de coordination~~ **Contrat d'accès aux soins¹⁶**

C'EST L'ESSENTIEL DU TEXTE SUR LA CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS

~~Afin de favoriser l'accès aux soins et de prendre en compte, dans le cadre du parcours de soins coordonnés, leur engagement dans la coordination des soins réalisés à tarifs maîtrisés, cette option de coordination est proposée à l'ensemble des médecins généralistes et spécialistes qui sont autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires d'un droit permanent à dépassement.~~

~~Pour les chirurgiens, gynécologues-obstétriciens et anesthésistes, le bénéfice de l'option de coordination est maintenu jusqu'à l'entrée en vigueur du secteur optionnel.¹⁷~~

Afin de favoriser l'accès des patients à des soins aux tarifs opposables et de réduire leur reste à charge, un contrat d'accès aux soins est proposé à l'ensemble des médecins qui sont autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires d'un droit permanent à dépassement.

Ce contrat a pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en développant l'activité à tarif opposable et en améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie. Dans cet objectif, l'assurance maladie s'engage d'une part, à aligner les tarifs de remboursement de ces médecins sur ceux exerçant en secteur à honoraires opposables et d'autre part, à faire bénéficier les médecins souscrivant au contrat d'accès aux soins des revalorisations des tarifs de remboursement applicables aux médecins exerçant en secteur à honoraires opposables.

¹⁶ Modifié par l'Avenant 8 publié le 29/11/12

¹⁷ Modifié par l'Avenant 8 publié le 29/11/12

L'objectif est de favoriser l'activité à tarifs opposables et l'attractivité du contrat d'accès aux soins.

COMME DIT PLUS HAUT, IL S'AGIT D'ABORD DE PERMETTRE AUX SIGNATAIRES DU CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS DE GOMMER LE DIFFÉRENTIEL DE REMBOURSEMENT ENTRE LE SECTEUR 1 ET LE SECTEUR 2 DE PLUS EN PLUS MAL REMBOURSE PAR L'ASSURANCE MALADIE.

L'UNOCAM s'engage à consacrer des ressources allant au-delà des sommes naturellement appelées par le mécanisme du ticket modérateur au financement de tarifs opposables réévalués dans le secteur à honoraires opposables et le contrat d'accès aux soins, afin de répondre aux besoins de santé des adhérents et assurés des organismes complémentaires d'assurance maladie et de réduire leurs restes à charge. Les partenaires conventionnels conviennent de définir les modalités de ce nouveau dispositif dans les meilleurs délais.

L'UNOCAM s'engage à inciter les organismes complémentaires d'assurance maladie, lorsque les garanties ou les contrats le prévoient, à prendre en charge de façon privilégiée les dépassements d'honoraires des médecins adhérant au contrat d'accès aux soins pendant la durée de celui-ci.

AUCUN DÉBUT CONCRET D'APPLICATION DE CETTE MESURE DE PAIEMENT PAR L'UNOCAM POUR L'INSTANT, C'EST DONC L'ASSURANCE MALADIE QUI VA PAYER.

Article 35.3. Pratique tarifaire des médecins exerçant en secteur à honoraires différents et titulaires du droit à dépassement permanent

Les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents et les médecins titulaires d'un droit à dépassement permanent fixent et modulent le montant de leurs honoraires à des niveaux permettant l'accès aux soins des assurés sociaux et de leurs ayants droit.

En outre, dans le contexte actuel de croissance économique faible, ces médecins s'engagent à modérer leur pratique tarifaire pendant la durée de la présente convention afin de garantir l'accès aux soins.

De plus, en sus des situations déjà prévues par les textes réglementaires et la convention médicale (situations d'urgence médicale et soins délivrés aux patients bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire), les médecins susmentionnés pratiquent leurs actes aux tarifs opposables, pour les patients disposant de l'attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) définie à l'article L.863-3 du code de la sécurité sociale.

ÇA REPRÉSENTE QUELQUES 7 MILLIONS DE FRANÇAIS QUI ONT LÉGALEMENT ACCÈS À DES TARIFS OPPOSABLES. AUSSI INCROYABLE QUE ÇA PUISSE PARAÎTRE, AUCUNE PRISE EN COMPTE DE LA SOUS ÉVALUATION DE LA PLUPART DES HONORAIRES PAR RAPPORT AU COÛT RÉEL D'UN SERVICE CORRECT.

Article 35.4. Engagement de l'assurance maladie sur l'accessibilité au dispositif ACS

L'assurance maladie met en œuvre les moyens nécessaires pour :

- favoriser l'accès au dispositif de l'ACS (information sur les critères d'accessibilité, accompagnement dans les démarches, amélioration des délais de traitement des dossiers, etc.) des assurés sociaux remplissant les critères d'éligibilité ;
- apporter aux médecins libéraux l'information nécessaire sur leurs patients disposant de l'attestation de droit à l'ACS.¹⁸

DES PROMESSES, AUCUN ENGAGEMENT CONCRET, AUCUN CONTRÔLE ET AUCUNE CONTRAINTE POUR LES CAISSES, COMME D'HABITUDE.

ATTENTION À NE PAS CONFONDRE ACS (ACQUISITION D'UNE COMPLEMENTAIRE SANTE) ET CAS (CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS) !

~~**Article 36 Engagements du praticien adhérent à l'option de coordination**~~

~~Le praticien adhérent s'engage, pour les actes qu'il effectue pour les patients qui entrent dans le parcours de soins coordonnés, à pratiquer les tarifs suivants :~~

~~— pour les actes cliniques : les tarifs opposables sans dépassement ;~~

.....

Article 36. Mise en place du contrat d'accès aux soins

Peuvent adhérer au contrat d'accès aux soins les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents, les médecins titulaires du droit à dépassement permanent et les médecins titulaires des titres visés à l'article 35.1 permettant d'accéder au secteur à honoraires différents et qui s'installent pour la première fois en exercice libéral.

Pour les médecins visés à l'alinéa précédent et installés antérieurement au 1^{er} janvier 2013, l'adhésion au contrat d'accès aux soins est ouverte durant la période du 1^{er} janvier 2013 au 30 juin 2013.

LES POUVOIRS PUBLICS ET LES SIGNATAIRES DE L'AVENANT 8 ONT POUR OBJECTIF UN MAXIMUM DE SIGNATAIRES DU CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS ACTUELLEMENT EN SECTEUR 2 (LE « DP » QUI DISPARÂT PAR DISPARITION DES MÉDECINS TITULAIRES COMPTE PEU). IL A DONC ÉTÉ STUPIDE DE LEUR PART DE LIMITER L'ADHÉSION AU 30 JUIN 2013 ET IL N'EST PAS ÉTONNANT QU'ILS METTENT LA PRESSION PAR LES VISITES DES DAM DE L'ASSURANCE MALADIE !

¹⁸ Ajouté par l'Avenant 8 publié le 29/11/12

IL EST TOUTEFOIS LOGIQUE QUE CHACUN S'INTERROGE SUR SON INTÉRÊT A ADHÉRER OU NON DANS LES DÉLAIS.

L'objectif du présent avenant est que la grande majorité des médecins éligibles choisissent d'adhérer au contrat d'accès aux soins. Celui-ci entre en vigueur au 1^{er} juillet 2013, sous réserve qu'au moins un tiers des médecins éligibles au contrat d'accès aux soins y aient adhéré. Les partenaires conventionnels peuvent toutefois convenir, par voie d'avenant, d'un aménagement de ce seuil au vu des résultats constatés. A défaut d'avenant au 1^{er} juillet 2013, la période d'adhésion et la date d'entrée en vigueur sont repoussées jusqu'à ce que ce seuil d'un tiers soit atteint.

ON NOTERA DONC QU'IL FAUT 30%, MAIS QUE SI ON NE LES ATTEINT PAS, ON VERRA ET ON FERA ÉVENTUELLEMENT UN SYSTEME DÉROGATOIRE

Les médecins visés au 1^{er} alinéa du présent article et qui s'installent postérieurement au 1^{er} janvier 2013 disposent d'un délai de six mois pour adhérer au contrat d'accès aux soins.

Sous réserve de l'entrée en vigueur du contrat d'accès aux soins dans les conditions mentionnées ci-dessus, 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.

ICI, ON PARLE DES MÉDECINS QUI SONT EN SECTEUR 1 ET QUI AURONT ÉVENTUELLEMENT QUAND MEME LE DROIT DE PASSER AU CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS (IL S'AGIT D'UNE MESURE NEGOCIÉE AVEC LES CHIRURGIENS EN 2004 ET JAMAIS MISE EN ŒUVRE).

ON NOTERA QUE LA PHRASE « conditions mentionnées ci-dessus » POURRA S'INTERPRÉTER DE DEUX MANIÈRES : STRICTEMENT OU DANS LE CADRE DÉROGATOIRE. CONFLITS EN PERSPECTIVE !

ELLE CONCERNE (article 35.1 de la CONVENTION :

« Peuvent demander à être autorisés à pratiquer des honoraires différents les médecins qui, à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente convention, s'installent pour la première fois en exercice libéral et sont titulaires des titres énumérés ci-après, acquis dans les établissements publics ou au sein de la Faculté libre de médecine de Lille, ou de titres équivalents acquis dans les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ex-établissements privés participant au service public hospitalier) ou acquis au sein de l'Union européenne et de la Confédération helvétique :

– ancien chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux dont le statut relève du décret n° 84-135 du 24 février 1984 ;

– ancien assistant des hôpitaux dont le statut est régi par les articles R. 6152-501 et suivants du code de la santé publique ;

– médecin ou chirurgien des hôpitaux des armées dont le titre relève du décret n° 2004-538 du 14 juin 2004 ;

– praticien hospitalier nommé à titre permanent dont le statut relève des articles R. 6152-1 et suivants du code de la santé publique ;

– praticien des hôpitaux à temps partiel comptant au minimum cinq années d'exercice dans ces fonctions et dont le statut relève des articles R. 6152-201 et suivants du code de la santé publique.

S'agissant des titres acquis dans les établissements de santé privés d'intérêt collectif et ceux acquis au sein de l'Union européenne et de la Confédération helvétique, leur équivalence aux titres énumérés au paragraphe précédent est reconnue par la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'implantation du cabinet principal du médecin conformément aux décisions de la caisse nationale d'assurance maladie, après avis du Conseil national de l'ordre des médecins et, en tant que de besoin, des services ministériels compétents ».

CES MÉDECINS ONT ABSOLUMENT INTÉRÊT A DEMANDER A BÉNÉFICIER DU CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS. ET CE DÈS MAINTENANT. SI VOUS N'ÊTES PAS SÛRS D'Y AVOIR DROIT, DEMANDEZ LE. ÇA N'ENGAGE A RIEN ET OCCUPE LES CAISSES.

Après l'entrée en vigueur du dispositif du contrat d'accès aux soins, le médecin éligible peut adhérer à tout moment au contrat.

Article 37. Tarifs de remboursement applicables aux soins réalisés par les praticiens adhérant au contrat d'accès aux soins

Les soins réalisés par les médecins qui adhèrent au contrat d'accès aux soins bénéficient des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables.

C'EST ÉVIDEMMENT UN AVANTAGE POUR LE PATIENT QUI N'A PAS DE MUTUELLE ET SERA MIEUX REMBOURSÉ QUE CHEZ UN MÉDECIN SECTEUR 2 STRICT. CELA COÛTE À L'ASSURANCE MALADIE, D'OU LA NÉGOCIATION AVEC LES MUTUELLES QUI EN FAIT NE SE SONT ENGAGÉES A RIEN D'OPPOSABLE.

LE TEXTE EST CLAIR : LE MÉDECIN EN CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS FAIT PASSER LA BASE DE REMBOURSEMENT DE 23 € POUR LE CS (BASE POUR LE SECTEUR 2) A 28 € (CS + MPC + MCS soit 23+2+3 = 28) MÊME QUAND IL FAIT DES DÉPASSEMENTS.

Article 38. Adhésion au contrat d'accès aux soins et engagements du médecin

Le médecin qui souscrit le contrat d'accès aux soins s'engage à faire bénéficier ses patients de l'amélioration du tarif de remboursement des soins.

A cet effet, le contrat d'accès aux soins permet de diminuer, progressivement, sur une durée de trois ans, le reste à charge des patients au fur et à mesure de

la mise en œuvre de la revalorisation des tarifs de remboursement et de la baisse des dépassements.

OBJECTIF : NON PAS MIEUX REMBOURSER SI C'EST UTILE, MAIS BAISSER LES TARIFS A TOUT PRIX !

Article 38.1. Engagements et modalités d'adhésion au contrat d'accès aux soins

Engagements du médecin

Les caisses mettent à disposition de chaque médecin éligible au contrat d'accès aux soins un état de sa pratique tarifaire de l'année 2012. Cet état comporte les tarifs pratiqués par le médecin pour les principaux actes qu'il réalise, la part des actes réalisés aux tarifs opposables ainsi que le taux de dépassement constaté en 2012. Par ailleurs, le médecin est informé du taux de dépassement qui aurait été le sien si les actes avaient été réalisés par un médecin exerçant en secteur à honoraires opposables (taux de dépassement recalculé).

LE RECALCULÉ TIENT COMPTE DE LA DIFFÉRENCE DE REMBOURSEMENT PAR LA CAISSE EN SECTEUR 1 et 2 (POUR RÉSUMER : UN CS EST A 23 POUR LA CAISSE EN SECTEUR 2 ET A 28 EN SECTEUR 1)

Les modalités de calcul du taux de dépassement sont définies en annexe XIX.

En adhérant au contrat d'accès aux soins, le médecin s'engage à ne pas augmenter sa pratique tarifaire et à respecter le taux de dépassement moyen recalculé tels que définis au 1^{er} alinéa du présent article. Le contrat ne peut pas comporter d'engagement de taux de dépassement recalculé, tel que défini à l'article 2 de l'annexe XIX, supérieur à 100 %.

Pendant la durée du contrat, les évolutions des tarifs de remboursement donnent lieu à un avenant au contrat d'accès aux soins soumis au médecin. Cet avenant comporte le taux de dépassement recalculé en fonction des nouveaux tarifs de remboursement modifié conformément aux dispositions de l'annexe XIX.

Le contrat comporte, par ailleurs, dans un souci d'amélioration d'accès aux soins, le pourcentage d'activité aux tarifs opposables que le praticien s'engage à respecter. Ce pourcentage qui inclut les cas visés l'article 35.3 de la présente convention (situations d'urgence médicale, patients en CMUC ou disposant de l'attestation de droit à l'ACS) doit être supérieur ou égal à celui constaté pour l'année 2012.

C'EST LE CŒUR DU DISPOSITIF POUR LE CHOIX ÉVENTUEL D'ADHÉSION :

- **ENGAGEMENT A NE PAS DÉPASSER 100% DE DEPASSEMENT SUR LE TARIF SECTEUR 1**
- **ENGAGEMENT A ACCEPTER DE FUTURES LIMITATIONS EN FONCTION DE LA REVALORISATION DES TARIFS**
- **ENGAGEMENT A NE PAS BAISSER L'ACTIVITÉ A TARIF OPPOSABLE (CE QUI DÉFAVORISE UN MEDECIN QUI A ACCEPTÉ BEAUCOUP DE PATIENTS EN DIFFICULTÉ ET VOIT LA SOLVABILITÉ de SA PATIENTÈLE AUGMENTER)**

IL VA DE SOI QUE POUR UN MEDECIN SECTEUR 2 QUI REMPLIT FACILEMENT CES CONDITIONS ET N'A PAS L'INTENTION D'AUGMENTER SES DÉPASSEMENTS, LE CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS EST INTÉRESSANT.

Cas particulier des médecins nouvellement installés depuis moins d'un an

Les médecins nouvellement installés depuis moins d'un an peuvent adhérer au contrat d'accès aux soins. Dans ce cas, le taux de dépassement applicable ne peut être supérieur à la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement constatée pour les médecins éligibles au contrat d'accès aux soins de la même spécialité et de la même région, à l'exception des spécialités d'anatomo-cytopathologie, de gériatrie, de médecine interne et de néphrologie pour lesquelles le taux national est retenu. Les médecins s'engagent la première année sur une part minimale d'actes à tarif opposable incluant les cas visés à l'article 35.3 de la convention et progressent régulièrement pour atteindre, à l'issue du contrat, le taux d'activité à tarif opposable correspondant à la moyenne des taux constatée définie selon les mêmes règles que le taux de dépassement.

Cas particulier des médecins titulaires des titres visés à l'article 35.1 n'exerçant pas dans le secteur à honoraires différents ou non titulaire du droit permanent à dépassement et installés avant le 1^{er} janvier 2013 :

Le taux de dépassement applicable à ces médecins ne peut être supérieur à la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement constatée pour les médecins éligibles au contrat d'accès aux soins de la même spécialité et de la même région, à l'exception des spécialités d'anatomo-cytopathologie, de gériatrie, de médecine interne et de néphrologie pour lesquelles le taux national est retenu. La part d'activité à tarif opposable est fixée selon les mêmes règles sans pouvoir être inférieure à 30%.

ALLEZ, ON S'OFFRE UN PARACÉTAMOL POUR LA MIGRAINE !

IL EST ÉVIDENT QUE POUR NE PAS AVOIR D'ENNUIS, LE NOUVEL INSTALLÉ A INTÉRÊT A CHOISIR LE SECTEUR 2 STRICT ET L'INTALLÉ QUI N'Y A PLUS DROIT LE CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS TOUJOURS PLUS INTÉRESSANT QUE LE TARIF OPPOSABLE.

Modalités d'adhésion et durée du contrat d'accès aux soins

Le médecin déclare son souhait d'adhérer au contrat d'accès aux soins auprès de la CPAM ou CGSS de son lieu d'installation, dans les conditions définies à l'article 36, par le biais d'un formulaire type dont le modèle figure à l'annexe XVIII qu'il adresse à la caisse du lieu d'implantation de son cabinet principal par lettre recommandée avec accusé de réception. Est joint au formulaire un état de la pratique tarifaire du médecin sur l'année 2012 établi conformément aux dispositions du 1^{er} alinéa du présent article.

La caisse enregistre l'adhésion à la date de réception de cette lettre et adresse au médecin un courrier attestant cet enregistrement.

L'adhésion au contrat d'accès aux soins est valable pour une durée de trois ans.

Article 38.2. Prise en compte de l'activité à tarif opposable

Les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations sociales dues par le médecin adhérent au contrat d'accès aux soins au titre de ses honoraires en application des articles L. 242-11, L. 612-1, L. 645-2 et L. 722-4 du code de la Sécurité sociale.

Cette prise en charge s'effectue dans les conditions définies aux articles 60 et suivants et à l'annexe XX sur la part des honoraires du médecin réalisée aux tarifs opposables.

C'EST L'ÉLÉMENT DE CALCUL PRINCIPAL A PRENDRE EN COMPTE.

Article 38.3. Prise en charge par les organismes complémentaires

L'UNOCAM s'engage à inciter les organismes d'assurance maladie complémentaires à prendre en charge de manière privilégiée les dépassements d'honoraires des médecins adhérent au contrat d'accès aux soins, lorsque le contrat complémentaire prévoit une prise en charge de dépassement.

ON AIME LE MOT « INCITER ». COMME TOUJOURS, LES SEULES OBLIGATIONS SONT POUR LES MÉDECINS.

Article 39. Modalités de suivi des engagements

A compter de la date d'adhésion au contrat d'accès aux soins, le médecin reçoit, chaque trimestre, des documents de suivi de sa pratique tarifaire : suivi du respect de son taux d'activité réalisé à tarifs opposables, de la non augmentation de sa pratique tarifaire et son taux de dépassement tels que définis à l'article 38.

Si, à l'issue de deux trimestres consécutifs, la caisse constate le non respect par le médecin de l'un ou l'autre des engagements souscrits dans le cadre du contrat d'accès aux soins, elle lui adresse un courrier d'avertissement signalant d'une part, les anomalies constatées et d'autre part, le fait que si le non respect des engagements est constaté à l'issue d'une année civile, une procédure de résiliation de l'adhésion est susceptible d'être mise en œuvre dans les conditions définies à l'article 40.

Article 40. Modalités de résiliation

Article 40.1. Modalités de résiliation par le médecin

Le médecin ayant adhéré au contrat d'accès aux soins peut revenir sur ce choix à la date anniversaire du contrat ou, si un avenant a été conclu en application de l'article 38.1, à la date anniversaire de celui-ci. Dans ce cas, il informe la CPAM ou la CGSS de son lieu d'installation, par lettre recommandée avec avis de réception. Cette résiliation est effective un mois après la réception du courrier par la caisse et à compter de cette date le médecin perd les avantages conférés par le contrat.

C'EST PLUTOT UNE BONNE MESURE ET ELLE DEVRAIT INCITER LES MÉDECINS QUI SE POSENT LA QUESTION À ADHÉRER « POUR VOIR ». MALHEUREUSEMENT, LA FERMETURE « SURPRISE » DU SECTEUR 2, LA DISPARITION DU MÉDECIN RÉFÉRENT ET BEAUCOUP D'AUTRES ENGAGEMENTS NON TENUS LAISSENT PLANER UN DOUTE...

Article 40.2. Modalités de résiliation par la caisse

La caisse qui, dans les conditions définies précédemment, constate à l'issue de chaque année civile telle que définie à l'article 38, le non-respect par un médecin de ses engagements adresse un courrier par lettre recommandée avec accusé de réception notifiant les anomalies constatées et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

La procédure prévue au présent article s'applique également en cas de constatation par la caisse, dans un délai de deux mois après l'envoi par la caisse de la proposition de l'avenant prévu à l'article 38.1, de l'absence de signature du médecin. La caisse adresse à l'issue de ce délai un courrier par lettre recommandée constatant l'absence de signature de l'avenant au contrat.

Le médecin dispose d'un délai de deux mois à compter de la réception des courriers définis aux paragraphes précédents pour faire connaître ses observations écrites à la caisse. Il peut dans ce même délai être entendu par le directeur de la caisse ou l'un de ses représentants ou par la commission paritaire locale définie à l'article 74, avec une possibilité d'appel en CPN. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion au contrat d'accès aux soins par lettre recommandée avec accusé de réception.

A compter de la date de réception de ce courrier, il est mis fin à la participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales. La caisse peut également engager une récupération des sommes versées au titre de l'adhésion au contrat d'accès aux soins.

Article 41. Suivi des pratiques tarifaires

Chaque trimestre, les partenaires conventionnels suivent la mise en œuvre du contrat d'accès aux soins et plus généralement l'évolution des pratiques tarifaires au regard des dispositions de l'article 35.3 de la convention dans le cadre d'un observatoire instauré par le présent avenant dont la composition et les missions sont définies en annexe XXIII. Au regard des résultats constatés, ils prennent, le cas échéant, toute mesure nécessaire à l'atteinte des objectifs fixés.

La mise en œuvre des mesures prévues au présent sous-titre 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.

.....

Article 73 La commission paritaire régionale (CPR)

.....

Article 73.3 Missions de la commission paritaire régionale

La CPR réunie en formation orientations délibère sur les orientations de politique conventionnelle au niveau régional.

La CPR réunie en formation exécutive¹⁹ est chargée notamment des missions suivantes :

- elle assure le suivi régional des actions de maîtrise médicalisée des dépenses de santé définies aux articles 20 et suivants ;
- elle assure un suivi des dépenses de santé au niveau régional ;
- elle assure un suivi des contrats conclus au niveau régional entre les agences régionales de santé et les médecins relatifs à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins et définis à l'[article L. 1435-4 du code de la santé publique](#)
- elle assure au niveau régional le suivi de la bascule entre le dispositif de permanence des soins conventionnel défini à l'article 4 et le nouveau dispositif issu de la [loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009](#) portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;
- elle examine les motifs de résiliation aux options démographie et santé solidarité ;
- elle émet un avis sur le recours suspensif formé auprès d'elle par le médecin à l'encontre duquel une sanction a été décidée par les caisses dans les conditions à l'article 78 ;
- elle émet un avis sur les situations de pratiques tarifaires excessives que lui soumet le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'implantation d'exercice principal du médecin. Cet avis porte sur le caractère sanctionnable de la pratique tarifaire soumise puis sur la nature et le quantum de la sanction.²⁰
- elle est informée des travaux des instances locales de la région ;
- elle informe régulièrement la CPN de ses travaux.

.....

Sous-titre 4 Le non-respect des engagements conventionnels

Article 75 De l'examen des cas de manquements

En cas de non-respect par le médecin des dispositions conventionnelles organisant ses rapports avec l'assurance maladie, une procédure conventionnelle d'examen des manquements est engagée par les parties conventionnelles sur initiative d'une caisse.

Le non-respect des dispositions conventionnelles peut notamment porter sur :

- l'application, de façon répétée, de tarifs supérieurs aux tarifs opposables ;
- l'utilisation abusive du DE ;

¹⁹ Ajouté par l'Avenant 6 au JO du 22 mars 2012

²⁰ Ajouté par l'Avenant 8 publié le 29/11/12

- une pratique tarifaire excessive des médecins exerçant en secteur à honoraires différents ou titulaires du droit à dépassement permanent ²¹;
- la non-inscription, de façon répétée, du montant des honoraires perçus, au sens de la présente convention et de la réglementation ;
- le non-respect, de façon répétée, de la liste visée à l'[article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale](#) ;
- le non-respect du droit à la dispense d'avance des frais au profit des bénéficiaires de la CMUC et de l'ACS.
- le non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique à l'assurance maladie, posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, des documents de facturation des actes et prestations²²

L'appréciation du caractère excessif de la pratique tarifaire s'effectue au regard de tout ou partie des critères suivants :

- le rapport entre la somme des honoraires facturés aux assurés sociaux au-delà du tarif opposable et la somme des tarifs opposables des soins délivrés par le médecin (taux de dépassement),
- le taux de croissance annuel du rapport ci-dessus,
- la fréquence des actes avec dépassements et la variabilité des honoraires pratiqués,
- le dépassement moyen annuel par patient.

L'appréciation tient compte de la fréquence des actes par patient, du volume global de l'activité du professionnel de santé ainsi que du lieu d'implantation du cabinet et de la spécialité. Elle tient également compte des niveaux d'expertise et de compétence.²³

C'EST LE CŒUR DE L'AVENANT 8 DE LA CONVENTION QUI A AVANT TOUT POUR OBJECTIF DE REDUIRE LES DEPASSEMENTS DES SECTEUR 2. L'INTERPRÉTATION DE CES TEXTES EST ÉVIDEMMENT TOTALEMENT ARBITRAIRE ET LES PREMIÈRES MESURES D'APPLICATION DES CAISSES ONT LARGEMENT MONTRÉ QUE LES SYNDICATS SIGNATAIRES DE CET AVENANT SE SONT LAISSÉ ABUSER (SI LEUR BUT N'ÉTAIT PAS DE METTRE FIN AU SECTEUR 2 SANS REVALORISATIONS VÉRITABLES) LES 150% DE LIMITATION ANNONCÉS DANS LE PRÉAMBULE DE L'AVENANT 8 SONT INDICATIFS, MAIS LES CAISSES LE RENDENT DÉJÀ OPPOSABLE.

La procédure conventionnelle applicable en cas de manquement imputable à un médecin est décrite à l'annexe XXII de la présente convention.

Article 76 Des sanctions susceptibles d'être prononcées

Les sanctions susceptibles d'être prononcées à l'encontre d'un médecin sont les

²¹ Ajouté par l'Avenant 8 publié le 29/11/12

²² Modifié Avenant 2 JO du 15 mars 2012

²³ Ajouté par l'Avenant 8 publié le 29/11/12

suivantes :

– suspension du droit permanent à dépassement, du droit de pratiquer des honoraires différents qui peut être temporaire ou prononcée pour la durée d'application de la présente convention (jusqu'à la date de renouvellement de la convention) ; ~~cette mesure ne pouvant être prononcée qu'en cas de non respect du tact et de la mesure, après décision du conseil de l'ordre~~²⁴;

– suspension du droit à pratiquer des dépassements autorisés plafonnés (DA) tels que définis à l'article 34.1, cette mesure ne pouvant être prononcée qu'en cas de non-respect des limites de dépassements fixées par la présente convention ;

– suspension de la ou des participations des caisses à la prise en charge des avantages sociaux pour les médecins en bénéficiant. La suspension de la ou des participation(s) des caisses est de un, trois, six ou douze mois ;

– suspension de la participation des caisses aux avantages sociaux pour les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables d'une durée de trois mois en cas de non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale. Pour les médecins exerçant dans le secteur à honoraires différents ou titulaires du droit à dépassement permanent, cette sanction est d'un montant équivalent à la participation que supporteraient les caisses au financement de leurs avantages sociaux, sur une durée de trois mois, dans les conditions définies aux articles 60 et suivants de la convention, s'ils exerçaient en secteur à honoraires opposables. Dans le cas où ce manquement est de nouveau constaté après qu'une sanction, devenue définitive, a déjà été prononcée pour le même motif, cette sanction peut être portée à six mois de suspension de la participation de l'assurance maladie aux avantages sociaux ou équivalent pour les médecins exerçant dans le secteur à honoraires différents ou titulaires du droit à dépassement permanent.²⁵

– suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre de la convention avec ou sans sursis. Cette suspension peut être temporaire ou prononcée pour la durée d'application de la présente convention (jusqu'à la date de renouvellement de la convention), selon l'importance des griefs.

La mise hors champ de la convention de trois mois ou plus entraîne la suppression de la participation des caisses aux avantages sociaux pour une durée égale.

En cas de sursis, la sanction de mise hors convention peut être rendue exécutoire pendant une période de deux ans à compter de sa notification, dès lors que de nouveaux manquements réalisés postérieurement à la notification de la sanction devenue définitive ont été relevés à l'encontre du médecin par la CPL. Elle peut, dans ce cadre et le cas échéant, se cumuler, avec la sanction prononcée à l'occasion de l'examen de ces nouveaux manquements.

²⁴ Supprimé par l'Avenant 8 publié le 29/11/12

²⁵ Modifié Avenant 2 JO du 15 mars 2012

~~Le sursis ne s'applique pas à la suspension de la participation des caisses à la prise en charge des avantages sociaux inhérente à la procédure de mise hors convention.²⁶~~

Le sursis ne s'applique pas dans les cas ci-après :

- la suspension de la participation des caisses à la prise en charge des avantages sociaux inhérente à la procédure de mise hors convention ;
- la suspension du droit permanent à dépassement ou du droit à pratiquer des honoraires différents²⁷

.....

Article 78 Du recours du médecin contre une sanction

Le médecin a la possibilité de présenter un recours consultatif auprès de la CPR contre toute sanction de :

- mise hors convention d'une durée inférieure ou égale à un mois ;
- suspension de la prise en charge des cotisations sociales d'une durée inférieure ou égale à six mois.
- suspension de la participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales ou sanction financière équivalente dans les conditions définies à l'article 76, en cas de non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale.²⁸

Le médecin a la possibilité de présenter un recours consultatif auprès de la CPN contre toute sanction de :

- mise hors convention d'une durée supérieure à un mois ;
- suspension de la prise en charge des cotisations sociales d'une durée supérieure à six mois.
- Suspension du droit permanent à dépassement et du droit à pratiquer des honoraires différents ou, quelle que soit la durée, pour toute sanction applicable aux cas de pratiques tarifaires excessives²⁹.

Ces recours suspendent la décision des caisses.

Dans le cas où la CPR ou la CPN sont saisies, les voies de recours de droit commun restent ouvertes dès lors que la procédure conventionnelle est épuisée.

²⁶ Supprimé par l'Avenant 8 publié le 29/11/12

²⁷ Modifié par l'Avenant 8 publié le 29/11/12

²⁸ Modifié Avenant 2 JO du 15 mars 2012

²⁹ Ajouté par l'Avenant 8 publié le 29/11/12

CONVENTION 2011

ANNEXES

Concernant le Contrat d'Accès aux Soins (sans les détails nomenclature)

ANNEXE XIV

MAJORATIONS DE COORDINATION ET AUTRES MAJORATIONS

Le médecin correspondant adhérent à la présente convention et appliquant les tarifs opposables, qui reçoit le patient pour des soins itératifs et procède à un retour d'information au médecin traitant, bénéficie d'une majoration de coordination applicable à la consultation.

Les valeurs de la majoration de coordination et des majorations dédiées sont les suivantes.

Article 1^{er} Majoration de coordination pour les médecins généralistes et spécialistes

Le médecin généraliste correspondant cote la majoration de coordination généraliste (MCG).

La valeur de la MCG est fixée à 3 €.

Le médecin spécialiste correspondant cote la majoration de coordination spécialiste (MCS).

La valeur de la MCS est fixée à 3 €.

Pour les psychiatres, neuropsychiatres et neurologues, la valeur de la MCS est fixée à 4 €.

Article 2 Dispositions spécifiques aux cardiologues

Les cardiologues peuvent coter une majoration (MCC) applicable à la CSC réalisée dans les conditions définies par l'article 15-1 des dispositions générales de la NGAP.

La MCC peut être facturée par les médecins cardiologues exerçant à Mayotte.

Cette majoration peut être cotée dans les mêmes conditions pour les consultations réalisées auprès de patients de moins de 16 ans.

Le montant de la MCC est fixé à 3,27 €.

Article 3 Dispositions spécifiques aux médecins spécialistes en cas d'urgence

En cas d'urgence médicalement justifiée, le médecin spécialiste conventionné en secteur à honoraires opposables ~~ou ayant adhéré à l'option de coordination ou au secteur optionnel dans l'hypothèse où ce dernier est mis en œuvre,~~³⁰ **ou ayant adhéré au contrat d'accès aux soins défini aux articles 36 et suivants de la convention**, dans la mesure où il ne bénéficie pas de la majoration pour soins

³⁰ Modifié par l'Avenant 8 publié le 29/11/12

d'urgence (modificateur « M ») réservée au généraliste et au pédiatre et de la majoration d'urgence (« MU ») réservée au médecin généraliste, prévues au livre 3 « dispositions diverses » articles III-2 et III-4 de la CCAM, peut facturer la majoration de coordination « MCS », applicable à la consultation ou à la visite dans les conditions précisées au présent article.

Le médecin spécialiste procède à un retour d'information auprès du médecin traitant.

Le pédiatre cotant le modificateur « M » ne peut pas prétendre à la MCS pour les patients de 16 à 18 ans.

~~ANNEXE XVIII~~

~~OPTION DE COORDINATION FORMULAIRE D'ADHÉSION~~

~~Adhésion à l'option de coordination~~

~~Ce document est à remplir par le médecin qui l'envoie, en double exemplaire, à la caisse d'assurance maladie du lieu de son exercice principal qui lui en retourne un exemplaire.~~

~~Identification du médecin~~

~~« Je, soussigné(e),~~

~~Nom :~~

~~Prénom :~~

~~N° d'identification :~~

~~Secteur conventionnel : _____ DP _____ Secteur 2~~

~~Adresse du lieu d'exercice principal :~~

~~déclare adhérer à l'option de coordination et m'engage à en respecter les dispositions, prévues aux articles 36 et suivants de la convention nationale des médecins libéraux de XX/XX/2011. »~~

~~Cachet du médecin _____ Fait à~~

~~_____ Le~~

~~_____ Signature~~

~~Accusé de réception de la caisse~~

~~Adhésion enregistrée le , _____ à effet du~~

~~Adhésion non enregistrée~~

~~Motif :~~

~~Cachet de la caisse _____ Date~~

~~ANNEXE XIX~~

~~PARTICIPATION AUX COTISATIONS SOCIALES DES MÉDECINS ADHÉRANT À L'OPTION DE COORDINATION ET AU SECTEUR OPTIONNEL (dans l'hypothèse où ce dernier est mis en place)~~

~~Article 1^{er} Taux de participation des caisses aux cotisations sociales pour les médecins affiliés au régime des PAM~~

	TAUX DE PARTICIPATION
Assurance maladie, maternité, décès	9,7 %
Allocations familiales	5 % dans la limite du plafond de sécurité sociale puis 2,9 %
Avantages complémentaires vieillesse	Activité facturée en tarifs opposables sur le total des honoraires, multipliée par le montant de la participation des caisses pour les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables.

~~Article 2 Taux de participation des caisses aux cotisations sociales pour les médecins affiliés au régime du RSI~~

	TAUX DE PARTICIPATION
Assurance maladie, maternité, décès	0,6 % dans la limite du plafond de sécurité sociale et de 5,9 % dans la limite de cinq fois le plafond de sécurité sociale
Allocations familiales	5 % dans la limite du plafond de sécurité sociale puis 2,9 %
Avantages complémentaires vieillesse	Activité facturée en tarifs opposables sur le total des honoraires, multipliée par le montant de la participation des caisses pour les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables.

Conformément à l'[article L. 162-14-1 \(5°\) du code de la sécurité sociale](#), le versement de cette participation est subordonné au respect par le praticien ayant adhéré à l'option de coordination ou au secteur optionnel des obligations découlant de cette adhésion.

La CPAM, sur appel de l'organisme de recouvrement et après avoir vérifié que le professionnel est adhérent à l'option de coordination ou au secteur optionnel et a respecté ses engagements, verse la participation pour le compte de tous les régimes.

La CNAMTS effectue une répartition interrégimes du montant annuel de la participation des caisses selon la part de chacun des régimes d'assurance maladie dans les dépenses (ONDAM).

~~**A N N E X E — X X**~~
~~**SECTEUR OPTIONNEL — FORMULAIRE D'ADHÉSION PRÉVISIONNEL**~~

~~**Adhésion au secteur optionnel**~~

~~Ce document est à remplir par le médecin qui l'envoie, en double exemplaire, à la caisse d'assurance maladie du lieu de son exercice principal qui lui en retourne un exemplaire.~~

~~Identification du médecin~~

~~« Je, soussigné(e),~~

~~Nom :~~

~~Prénom :~~

~~N° d'identification :~~

~~Secteur conventionnel :~~

~~— Secteur à honoraires différents~~

~~— Secteur droit à dépassement permanent (DP)~~

~~— Médecins titulaires des titres visés au point 35.1 de la convention médicale permettant d'accéder au secteur à honoraires différents~~

~~— Médecins titulaires des titres visés au point 35.1 de la convention médicale permettant d'accéder au secteur à honoraires différents et qui s'installent pour la première fois en exercice libéral~~

~~Spécialité médicale :~~

~~— Spécialités de chirurgie~~

~~— Spécialités d'anesthésie-réanimation~~

~~— Spécialités de gynécologie-obstétrique~~

~~Adresse du lieu d'exercice principal :~~

~~déclare mon souhait d'adhérer au secteur optionnel et m'engage à en respecter les dispositions, prévues par la convention nationale des médecins libéraux de mois 2011. »~~

~~Cachet du médecin _____ Fait à~~

~~_____ Le~~

~~_____ Signature~~

~~La mise en œuvre du secteur optionnel et l'enregistrement de votre adhésion ne seront effectifs que s'il est constaté au niveau national par l'UNCAM et les organisations syndicales représentatives signataires de la convention nationale, à l'issue d'une période de six mois à compter de l'entrée en vigueur de l'avenant à la convention nationale relatif au secteur optionnel, que les praticiens issus du secteur à honoraires différents ou remplissant les conditions pour s'installer dans ce secteur sont majoritaires au sein des médecins ayant exprimé leur souhait d'adhérer au secteur optionnel.~~

~~Accusé de réception de la caisse~~

~~Adhésion enregistrée le , _____ à effet du~~

~~Adhésion non enregistrée~~

~~Motif :~~

~~Cachet de la caisse _____ Date³¹~~

³¹ Modifié par l'Avenant 8 publié le 29/11/12

ANNEXE XVIII³²

Contrat d'accès aux soins - Formulaire d'adhésion

C'EST LE DOCUMENT QUI COMPTE

Adhésion au contrat d'accès aux soins

Ce document est à remplir par le médecin qui l'envoie, en double exemplaire, à la Caisse d'assurance maladie du lieu de son exercice principal qui lui en retourne un exemplaire.

Identification du médecin

"Je, soussigné(e),

NOM :

Prénom :

N° d'identification :

Secteur conventionnel : DP Secteur 2 Secteur 1 titulaire des titres visés à l'article 35.1

et installés avant le 1^{er} décembre 1989

Adresse du lieu d'exercice principal :

.....

.....

déclare avoir pris connaissance et m'engage à respecter dans ma pratique :

- un pourcentage d'activité réalisé à tarif opposable égal à Y%
- la non augmentation de ma pratique tarifaire présentée dans l'état de pratique tarifaire de l'année 2012 qui m'a été remis et joint au présent formulaire
- un taux de dépassement moyen recalculé dans les conditions définies à l'article 38 de la convention nationale égal à x% (figurant dans l'état de pratique tarifaire précité)

C'EST ÉVIDEMMENT LA FIN ABSOLUE DE LA LIBERTÉ TARIFAIRE POUR LE MÉDECIN EN SECTEUR 2.

déclare adhérer au contrat d'accès aux soins et m'engage à en respecter les dispositions, prévues aux articles 36 et suivants de la convention nationale des médecins libéraux signée le 26 juillet 2011."

Cachet du médecin

Fait à

Le

Signature

³² Ajouté par l'Avenant 8 publié le 29/11/12

Accusé de réception de la Caisse

Adhésion enregistrée le, à effet du
Cachet de la caisse | Date

ANNEXE XIX³³

Contrat d'accès aux soins

Article 1 : Modalités de calcul du taux de dépassement et de la part d'activité à tarif opposable

Quelle que soit la date d'adhésion du médecin, l'année de référence pour le calcul du taux de dépassement et de la part d'activité à tarif opposable est l'année 2012. Si le médecin n'a pas d'activité au titre de 2012, il est fait application des taux constatés l'année précédent l'entrée dans le contrat d'accès aux soins ou, à défaut, des dispositions relatives aux médecins nouvellement installés depuis moins d'un an définies à l'article 38.1 de la convention.

Le taux de dépassement constaté sur l'année 2012 est défini comme le rapport du total des dépassements annuels aux honoraires remboursables annuels. L'ensemble des rémunérations forfaitaires sont exclues des honoraires remboursables (rémunération médecin traitant, rémunération sur objectif de santé publique, rémunération forfaitaire pour les astreintes et la régulation, etc.).

TANT QU'À FAIRE, ON EXCLUT DU CALCUL TOUT CE QUI EST STRICTEMENT OPPOSABLE ! PAS DE CADEAUX.

Article 2 : Taux de dépassement recalculé

Ce taux de dépassement constaté sur l'année 2012 est recalculé sur la base des tarifs de remboursement applicables aux médecins exerçant en secteur à honoraires opposables. En adhérant au contrat d'accès de soins, le médecin s'engage à respecter ce taux recalculé. Pendant la durée du contrat, ce taux est recalculé en fonction des évolutions des tarifs de remboursement. Compte tenu de l'objectif d'amélioration de l'accès aux soins, les hausses tarifaires applicables au tarif opposable bénéficient intégralement au patient par l'amélioration de sa base de remboursement, le patient bénéficiant alors d'une diminution équivalente du dépassement. Dans ce cas, un avenant au contrat d'accès aux soins est soumis au médecin adhérent dans lequel figure le taux de dépassement recalculé avec les nouveaux tarifs de remboursement.

Article 3 : Suivi des engagements du contrat d'accès aux soins

En adhérant au contrat d'accès aux soins, le médecin s'engage à maintenir sa pratique tarifaire et à respecter le taux de dépassement moyen recalculé dans les conditions définies à l'article 2 de la présente annexe. Le suivi du respect de ces engagements est effectué par année civile (en date de remboursement des soins) quelle que soit la date d'adhésion au contrat d'accès aux soins.

³³ Ajouté par l'Avenant 8 publié le 29/11/12

ANNEXE XX³⁴

PARTICIPATION AUX COTISATIONS SOCIALES DES MEDECINS ADHERANT AU CONTRAT D'ACCES AUX SOINS

Article 1^{er}

*Taux de participation des caisses aux cotisations sociales
pour les médecins affiliés au régime des PAM*

	Taux de participation
Assurance maladie, maternité, décès	9,7%
Allocations familiales	5% dans la limite du plafond de sécurité sociale puis 2,9%
Avantages complémentaires vieillesse	Pour la cotisation annuelle obligatoire : 2/3 de la cotisation forfaitaire du médecin Pour la cotisation d'ajustement : 2/3 de la cotisation fixée par décret dans la limite de 5 fois le plafond annuel de la sécurité sociale

Le montant final de la participation versée au médecin est calculé proportionnellement à la part d'activité réalisée à tarif opposable dans le total des honoraires et proportionnellement à la part de la durée de souscription du contrat d'accès aux soins dans l'année civile.

Article 2

*Taux de participation des caisses aux cotisations sociales
pour les médecins affiliés au régime du RSI*

	Taux de participation
Assurance maladie, maternité, décès	0,6% dans la limite du plafond de sécurité sociale et de 5,9% dans la limite de cinq fois le plafond de sécurité sociale
Allocations familiales	5% dans la limite du plafond de sécurité sociale puis 2,9%
Avantages complémentaires vieillesse	Pour la cotisation annuelle obligatoire : 2/3 de la cotisation forfaitaire du médecin Pour la cotisation d'ajustement : 2/3 de la cotisation fixée par décret dans la limite de 5 fois le plafond annuel de la sécurité sociale

³⁴ Ajouté par l'Avenant 8 publié le 29/11/12

Le montant final de la participation versée au médecin est calculé proportionnellement à la part d'activité réalisée à tarif opposable dans le total des honoraires et proportionnellement à la part de la durée de souscription du contrat d'accès aux soins dans l'année civile.

L'APPLICATION DE CES RÈGLES AU SECTEUR 2 QUEL QUE SOIT SA SITUATION AURAIT SUREMENT FACILITÉ LA PRATIQUE DES TARIFS OPPOSABLES DES SECTEUR 2 ET DONC L'ACCÈS AUX SOINS, MAIS CE N'EST PAS LA PRIORITÉ. LA PRIORITÉ EST DE METTRE FIN AU SECTEUR 2 SANS POUR AUTANT PAYER LE JUSTE PRIX (CAR LE VRAI PROBLÈME EST LE FAIT QUE LA VALEUR OPPOSABLE N'EST PAS LE JUSTE PRIX DES ACTES)

CETTE RÈGLE INCITE A FAIRE PEU DE DÉPASSEMENTS, MAIS PLUS IMPORTANTS

Le versement de cette participation est subordonné au respect par le praticien ayant adhéré au contrat d'accès aux soins des obligations découlant de cette adhésion.

La CPAM, après avoir vérifié que le professionnel est adhérent au contrat d'accès aux soins et a respecté ses engagements, verse la participation pour le compte de tous les régimes.

La CNAMTS effectue une répartition inter-régimes du montant annuel de la participation des caisses selon la part de chacun des régimes d'assurance maladie dans les dépenses (ONDAM).

ANNEXE XXII

PROCÉDURE CONVENTIONNELLE EN CAS DE MANQUEMENT IMPUTABLE À UN MÉDECIN

Article 2 Procédure de recours conventionnel

Article 3 Procédure de sanction applicable en cas de pratique tarifaire excessive

CETTE PROCÉDURE S'APPLIQUE AUX MÉDECINS SECTEUR 2 QUE LE DIRECTEUR DE L'UNCAM A DÉCIDÉ DE SANCTIONNER. C'EST EN FAIT LA FIN DU SECTEUR 2.

Le directeur général de l'UNCAM définit les principes de la sélection des médecins susceptibles de relever de la procédure de sanction applicable aux pratiques tarifaires excessives au sens de l'article 75 de la convention. Dans ce cadre, il recueille l'avis de la CPN visée à l'article 70 de la convention. Cette commission rend son avis dans un délai d'un mois à compter de sa saisine. A défaut d'avis dans ce délai, l'avis de la CPN est réputé rendu.

C'EST LE SEUL DIRECTEUR DE L'UNCAM QUI DÉCIDE DES CRITÈRES DE SÉLECTION DES MÉDECINS QU'IL VEUT SANCTIONNER. CE SEUL POINT MÉRITAIT LA NON SIGNATURE DE L'AVENANT 8 SI ON AVAIT AFFAIRE A DES SYNDICATS AYANT POUR AMBITION DE DÉFENDRE LES MÉDECINS. C'EST L'ARBITRAIRE LE PLUS ABSOLU ET LA CSMF ET LE SML ONT EU DES VAPEURS EN DÉCOUVRANT CE QUE LEUR SIGNATURE PERMET. MG-FRANCE, ANTI SECTEUR 2 PRIMAIRE TROUVE ÇA PLUTÔT BIEN.

3.1. Procédure préalable d'avertissement

Conformément aux principes de sélection et de montants maximums définis par le directeur général de l'UNCAM, la CPAM qui constate de la part d'un médecin exerçant en secteur à honoraires différents ou titulaire d'un droit à dépassement permanent, une pratique tarifaire excessive selon les critères définis à l'article 75 de la présente convention, lui adresse un avertissement par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception. Cet avertissement doit comporter les éléments relevés par la caisse susceptibles de caractériser une pratique tarifaire excessive selon les critères définis à l'article 75 de la présente convention. Doivent être également communiquées au médecin, les valeurs moyennes des critères lui permettant de comparer sa pratique tarifaire à celle des médecins de la même spécialité au niveau national et régional et/ou l'avertissement pour modifier sa pratique.

Le directeur de la CPAM ne peut concurremment recourir à une autre procédure visant à sanctionner les mêmes faits à l'exception de la mise en œuvre des dispositions prévues au dernier alinéa de l'article 3.3 de la présente annexe.

3.2. Relevé de constatation préalable à la convocation de la commission paritaire régionale (CPR)

Si, à l'issue d'un délai de deux mois à compter de la réception du courrier d'avertissement, il est constaté que le médecin n'a pas modifié sa pratique tarifaire, la CPAM de rattachement du médecin, pour le compte de l'ensemble des régimes, communique le relevé des constatations au médecin concerné par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception, avec copie adressée aux présidents des deux sections de la CPR et de la CPL.

La CPAM procédera à ce même envoi et la procédure d'avertissement sera réputée effectuée si, dans un délai de trois ans suivant la réception du courrier d'avertissement non suivi de sanction, le médecin a renouvelé les mêmes faits reprochés.

Le relevé des constatations détaille les éléments susceptibles de caractériser une pratique tarifaire excessive selon les critères définis à l'article 75 de la présente convention. Doivent être également communiquées au médecin, les valeurs moyennes des critères lui permettant de comparer sa pratique tarifaire à celle des médecins de la même spécialité au niveau national et régional et/ou départemental. Le relevé expose également les sanctions encourues et précise les délais de réponse et la possibilité d'entretien et de transmission d'observations écrites prévus aux alinéas suivants.

Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de la date de réception du relevé des constatations pour présenter ses observations écrites éventuelles par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception et/ou être entendu à sa demande par le directeur de la caisse ou son représentant. A cette occasion, le médecin peut se faire assister par un avocat ou un membre de la profession de son choix inscrit au conseil de l'ordre.

La caisse dresse un compte rendu d'entretien signé par le directeur ou son représentant et le médecin et le verse, le cas échéant, aux débats lors de la réunion de la CPR. L'absence de signature du médecin ne fait pas obstacle à la poursuite de la procédure.

3.3. Examen par la commission paritaire régionale

Lorsque les faits reprochés justifient la poursuite de la procédure, la caisse saisit le président de la CPR. La CPR dispose d'un délai maximal de deux mois calendaires à compter de cette saisine pour notifier son avis, motivé par l'analyse des éléments cités à l'article 75 de la convention ainsi que le non respect éventuel des dispositions législatives et réglementaires, au médecin en cause et au directeur de la CPAM qui l'a saisie. A l'issue de ce délai de deux mois, l'avis de la CPR est réputé rendu.

Le courrier d'avertissement, le relevé de constatations, les observations du médecin, le compte rendu d'entretien le cas échéant, et tout document utile sont joints à la convocation des membres de la CPR.

La CPR émet en séance un avis dans les conditions définies à l'article 73.3 de la présente convention. Cet avis est motivé par l'analyse des éléments cités à l'article 75 de la convention ainsi que par le non respect éventuel des dispositions législatives et réglementaires.

Sans préjudice du déroulement de la procédure décrite dans la présente annexe, si la CPR estime que le dossier met en évidence une suspicion de manquement à la déontologie médicale, elle élabore un argumentaire afin de demander au directeur de la CPAM de porter plainte à l'encontre du médecin auprès du conseil départemental de l'Ordre.

DOUBLE PEINE, C'EST MIEUX !

3.4. Décision et notification de la sanction

Le directeur de la CPAM prépare, en concertation avec le directeur de chacun des organismes des autres régimes de son ressort géographique, sa décision, qui ne peut excéder les sanctions envisagées par la CPR et qui s'impose au médecin avec sa date d'application.

LE SEUL PROGRÈS PAR RAPPORT AUX AUTRES MESURES DE SANTION DE LA CONVENTION EST LE FAIT QUE LA CAISSE NE PEUT DÉPASSER L'AVIS DE LA CPR (ET PLUS LOIN DE LA CPN). MAIS LA PRATIQUE MONTRE QUE LE POUVOIR DES SYNDICATS EST FAIBLE FACE A LA MACHINE DES CAISSES CONTRAIREMENT A CE QUE RACONTENT LES SIGNATAIRES. LES CAISSES SONT EN EFFET TOUJOURS D'ACCORD ENTRE EUX POUR BOUFFER DU MÉDECIN, LES SYNDICATS DE MÉDECINS SOUVENT PARTAGÉS. IL Y A TOUJOURS UN AYATOLLAH POUR LAVÉ PLUS PROPRE. CE SERAIT BIEN SI L'ATTITUDE ÉTAIT PARTAGÉE. MAIS CURIEUSEMENT, DU COTÉ DES CAISSES, ON NE RETROUVE PAS LA MEME ATTITUDE !

Le directeur de la CPAM notifie cette décision au professionnel, pour le compte des autres régimes, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception. Il adresse simultanément copie de la décision aux présidents de la CPL et de la CPR.

Cette décision qui doit être motivée, précise les voies et délais de recours dont dispose le médecin pour contester la décision, ainsi que sa date d'entrée en application. Celle-ci ne peut intervenir qu'après 2 mois à compter de la date de notification. La décision est alors exécutoire sauf cas de recours devant la commission paritaire nationale (CPN) dans les conditions définies ci-après.

Le médecin a la possibilité de saisir la CPN, à titre de commission d'appel. La saisine par le médecin doit intervenir dans un délai d'un mois suivant la date de réception de la notification de la décision de sanction. Elle est adressée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception à l'Union Nationale des Caisses d'Assurance maladie, au secrétariat de la CPN. La saisine de la CPN suspend l'application de la sanction. Le secrétariat de la commission d'appel informe du recours la CPAM ayant prononcé la sanction.

Une fois l'avis de la CPR rendu tendant à l'absence de prononcé d'une sanction à l'encontre du médecin ou en cas d'absence d'accord de la CPR acté dans le procès verbal conformément aux dispositions de l'article 2 de l'annexe XXI, le directeur de la CPAM peut saisir le Président de la CPN dans un délai d'un mois suivant l'avis de la CPR. En cas de désaccord du directeur de la CPAM avec l'avis

de la CPR, ce dernier peut également saisir la CPN conformément aux dispositions du présent article.

Dans un délai d'un mois suivant sa saisine, le Président de la CPN saisit le Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) sur le caractère excessif de la pratique tarifaire en cause. Le Président du CNOM transmet, le cas échéant, son avis au Président de la CPN dans un délai de deux mois à compter de la réception du courrier de saisine du Président de la CPN. A défaut d'avis rendu dans ce délai, l'avis du CNOM est réputé rendu.

L'ORDRE DES MÉDECINS, QUI ÉTAIT AUPARAVANT LE GARANT DE LA DÉONTOLOGIE EN CE QUI CONCERNE LES PRATIQUES TARIFAIRE, A ENCORE LE DROIT DE DONNER UN AVIS, MAIS C'EST « CAUSE TOUJOURS, TU M'INTÉRESSE ! ».

La CPN dispose d'un délai maximal de deux mois calendaires à compter de la réception de l'avis du président du CNOM ou à expiration du délai qui est imparti à ce dernier pour notifier son avis, motivé par l'analyse des éléments cités à l'article 75 de la convention ainsi que le non respect éventuel des dispositions législatives et réglementaires, au directeur général de l'UNCAM, au directeur de la CPAM et au médecin. A l'issue de ce délai de deux mois, ou en l'absence d'accord, l'avis de la CPN est réputé rendu.

Le courrier d'avertissement, le relevé de constatations, les observations du médecin, le compte rendu d'entretien, la décision du directeur de la CPAM, la saisine du médecin et l'avis du Président du CNOM, le cas échéant, et tout document utile sont joints à la convocation des membres de la CPN.

La CPN émet en séance un avis sur la décision à prendre. L'avis émis sur la pratique tarifaire excessive des médecins à honoraires différents ou titulaires d'un droit à dépassement permanent est motivé par l'analyse des éléments cités à l'article 75 de la convention ainsi que le non respect éventuel des dispositions législatives et réglementaires.

Le directeur de la CPAM prend une décision, qui, lorsque l'avis de la CPN lui est transmis, ne peut excéder les sanctions envisagées par celle-ci. Cette décision est communiquée par le directeur de la CPAM aux Présidents des CPN, CPR et CPL et au Président du CNOM.

La CPAM notifie au professionnel, pour le compte des autres régimes, la mesure prise à son encontre, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception. Elle joint à sa notification l'avis de la CPN.

Cette décision qui doit être motivée, précise les voies et délais de recours dont dispose le médecin pour contester la décision, ainsi que sa date d'entrée en application. Celle-ci ne peut intervenir qu'après 15 jours à compter de la date de la décision. La décision est alors exécutoire.³⁵

³⁵ Ajouté par l'Avenant 8 publié le 29/11/12

ANNEXE XXIII

OBSERVATOIRE SUR LES PRATIQUES TARIFAIRES

Conformément aux dispositions de l'article 41 de la convention nationale, un observatoire du suivi du contrat d'accès aux soins et des pratiques tarifaires est mis en place.

Article 1^{er}

Composition de l'observatoire

L'observatoire est composé d'experts désignés par le directeur de l'UNCAM, le président de l'UNOCAM et les syndicats représentatifs des médecins libéraux signataires de la convention nationale. Des personnalités qualifiées assistent également aux travaux de la commission.

Article 2

Mise en place de l'observatoire

L'observatoire des pratiques tarifaires est mis en place dans les 3 mois suivants l'entrée en vigueur du contrat d'accès aux soins. L'observatoire se réunit chaque trimestre.

Article 3

Rôle de l'observatoire

L'observatoire a pour objet d'assurer le suivi de la mise en œuvre et l'évaluation du contrat d'accès aux soins défini aux articles 36 et suivants de la présente convention et plus généralement l'évolution des pratiques tarifaires au regard des dispositions de l'article 35.3 de la convention. Il analyse l'impact du contrat d'accès aux soins sur l'amélioration de la prise en charge des assurés sociaux notamment au regard de la part des actes réalisés aux tarifs opposables. Il suit l'évolution des pratiques tarifaires et des taux de dépassement des médecins adhérant au contrat.

L'observatoire assure également un suivi de la mise en œuvre des dispositions de l'article 75 de la convention et de l'article 3 de l'annexe XXII.

Il établit un rapport annuel sur l'évolution des pratiques tarifaires.

Article 4

Indemnisation des experts désignés par les syndicats représentatifs

Les experts désignés par les syndicats signataires de la convention nationale perçoivent une indemnisation de 12 C par séance et une indemnité de déplacement.³⁶

³⁶ Ajouté par l'Avenant 8 publié le 29/11/12

A N N E X E ~~XXXIII~~³⁷ **XXXIV**

TARIFS DES ACTES DE LA CCAM TECHNIQUE

CODE acte	ACTIVITÉ	PHASE	TARIF (en euros)
-----------	----------	-------	------------------

Fait le 22 septembre 2011.

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé, Xavier Bertrand La ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat, porte-parole du Gouvernement, Valérie Pécresse

MODIFIE PAR L'AVENANT 8

NOTER QUE LA COLONNE 1 (le tarif initial) N'EST PAS AFFICHE DANS LA CONVENTION, PETITE ASTUCE POUR RENDRE LES BAISSSES MOINS VOYANTES !

CODE	Libellé	Avant le 1 ^{er} juillet 2013	Tarif au 1 ^{er} juillet 2013	Tarif au 1 ^{er} juillet 2014	Tarif au 1 ^{er} juillet 2015
Actes de remnographie					
MZQN001	Remnographie [IRM] unilatérale ou bilatérale de segment du membre supérieur, sans injection de produit de contraste	69,00 €	60,00 €	55,00 €	55,00 €
MZQJ001	Remnographie [IRM] unilatérale ou bilatérale de segment du membre supérieur, avec injection de produit de contraste	69,00 €	60,00 €	55,00 €	55,00 €
NZQN001	Remnographie [IRM] unilatérale ou bilatérale de segment du membre inférieur, sans injection de produit de contraste	69,00 €	60,00 €	55,00 €	55,00 €
NZQJ001	Remnographie [IRM] unilatérale ou bilatérale de segment du membre inférieur, avec injection de produit de contraste	69,00 €	60,00 €	55,00 €	55,00 €
Suppléments pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie					

³⁷ Modifié par l'Avenant 8 publié le 29/11/12

interventionnelle					
YYYY03 4	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 14, réalisée en salle d'imagerie	252,70 €	240,07 €	231,22 €	222,38 €
YYYY10 5	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 1, réalisée en salle d'imagerie	19,29 €	18,33 €	17,65 €	16,98 €
YYYY11 0	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 2, réalisée en salle d'imagerie	33,25 €	31,59 €	30,42 €	29,26 €
YYYY12 0	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 3, réalisée en salle d'imagerie	39,90 €	37,91 €	36,51 €	35,11 €
YYYY13 0	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 9, réalisée en salle d'imagerie	133,00 €	126,35 €	121,70 €	117,04 €
YYYY14 0	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 4, réalisée en salle d'imagerie	66,50 €	63,18 €	60,85 €	58,52 €
YYYY15 0	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 5, réalisée en salle d'imagerie	79,80 €	75,81 €	73,02 €	70,22 €
YYYY16 0	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 6, réalisée en salle d'imagerie	93,10 €	88,45 €	85,19 €	81,93 €
YYYY17 0	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 7, réalisée en salle d'imagerie	106,40 €	101,08 €	97,36 €	93,63 €
YYYY18 0	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 8, réalisée en salle d'imagerie	119,70 €	113,72 €	109,53 €	105,34 €

YYYY19 0	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 10, réalisée en salle d'imagerie	159,60 €	151,62 €	146,03 €	140,45 €
YYYY20 0	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 11, réalisée en salle d'imagerie	199,50 €	189,53 €	182,54 €	175,56 €
YYYY21 0	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 12, réalisée en salle d'imagerie	212,80 €	202,16 €	194,71 €	187,26 €
YYYY22 0	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 13, réalisée en salle d'imagerie	239,40 €	227,43 €	219,05 €	210,67 €
YYYY23 0	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 15, réalisée en salle d'imagerie	266,00 €	252,70 €	243,39 €	234,08 €
YYYY24 0	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 16, réalisée en salle d'imagerie	305,90 €	290,61 €	279,90 €	269,19 €
YYYY24 5	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 17, réalisée en salle d'imagerie	319,20 €	303,24 €	292,07 €	280,90 €
YYYY25 0	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 18, réalisée en salle d'imagerie	332,50 €	315,88 €	304,24 €	292,60 €
YYYY26 0	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 19, réalisée en salle d'imagerie	372,40 €	353,78 €	340,75 €	327,71 €
YYYY27 0	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 20, réalisée en salle d'imagerie	399,00 €	379,05 €	365,09 €	351,12 €
YYYY28	Imagerie pour acte de radiologie	532,00	505,40	486,78	468,16

0	interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 21, réalisée en salle d'imagerie	€	€	€	€
YYYY290	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 22, réalisée en salle d'imagerie	598,50 €	568,58 €	547,63 €	526,68 €
YYYY300	Supplément pour imagerie pour acte de radiologie interventionnelle, réalisée au bloc opératoire	106,40 €	79,80 €	79,80 €	79,80 €
Echographies			€		
BFQM001	Biométrie oculaire par échographie avec mesure des différents paramètres oculaires pour détermination de la puissance d'un implant	47,88 €	35,01 €	34,11 €	33,22 €
BZQM003	Échographie-doppler unilatérale ou bilatérale de l'œil et/ou de l'orbite	75,60 €	73,71 €	71,82 €	69,93 €
EAQM003	Échographie-doppler transcrânienne des vaisseaux intracrâniens, avec épreuve pharmacodynamique	56,70 €	55,28 €	54,99 €	54,99 €
EAQM004	Échographie-doppler transcrânienne des vaisseaux intracrâniens, sans épreuve pharmacodynamique	56,70 €	55,28 €	54,99 €	54,99 €
EAQM005	Échographie-doppler transfontanellaire des vaisseaux intracrâniens	75,60 €	73,71 €	71,82 €	69,93 €
EBQM001	Échographie-doppler des artères cervicocéphaliques extracrâniennes, sans mesure de l'épaisseur de l'intima-média	75,60 €	73,71 €	71,82 €	69,93 €
EBQM002	Échographie-doppler des artères cervicocéphaliques extracrâniennes, avec échographie-doppler des artères des membres inférieurs	113,40 €	110,57 €	107,73 €	104,90 €
ECQM001	Examen doppler continu des artères des membres supérieurs avec épreuve dynamique [test d'Allen] et manœuvres positionnelles	75,60 €	73,71 €	71,82 €	69,93 €
ECQM002	Échographie-doppler des artères des membres supérieurs	75,60 €	73,71 €	71,82 €	69,93 €
EDQM001	Échographie-doppler des artères iliaques et des artères des	75,60 €	73,71 €	71,82 €	69,93 €

	membres inférieurs				
DHQM001	Échographie-doppler transthoracique de la veine cave supérieure et de ses affluents chez l'enfant	75,60 €	73,71 €	71,82 €	69,93 €
DHQM002	Échographie-doppler de la veine cave inférieure et de ses affluents	75,60 €	73,71 €	71,82 €	69,93 €
EFQM001	Échographie-doppler des veines des membres supérieurs	75,60 €	73,71 €	71,82 €	69,93 €
ELQJ002	Échographie-doppler des vaisseaux pelviens et péniens, avec épreuve pharmacodynamique par injection transcutanée intracaverneuse	75,60 €	73,71 €	71,82 €	69,93 €
ELQM001	Échographie-doppler des vaisseaux digestifs	75,60 €	73,71 €	71,82 €	69,93 €
ELQM002	Échographie-doppler unilatérale ou bilatérale des vaisseaux des bourses et du cordon spermatique	75,60 €	73,71 €	71,82 €	69,93 €
EZQM001	Échographie-doppler d'une fistule artérioveineuse pour circulation extracorporelle	75,60 €	73,71 €	71,82 €	69,93 €
GBQM001	Échographie unilatérale ou bilatérale du sinus maxillaire et/ou du sinus frontal	37,81 €	36,86 €	35,91 €	34,97 €
GFQM001	Échographie transthoracique du médiastin, du poumon et/ou de la cavité pleurale	37,80 €	37,05 €	37,05 €	37,05 €
HCQM001	Échographie transcutanée des glandes salivaires	37,81 €	36,86 €	35,91 €	34,97 €
HLQM001	Échographie transcutanée du foie et des conduits biliaires	56,70 €	55,28 €	53,87 €	52,45 €
ZCQM006	Échographie transcutanée de l'étage supérieur de l'abdomen	56,70 €	55,28 €	53,87 €	52,45 €
ZCQM010	Échographie transcutanée de l'étage supérieur de l'abdomen et du petit bassin [pelvis]	75,60 €	74,10 €	74,10 €	74,10 €
ZCQJ001	Échographie-doppler transcutanée et échographie-doppler par voie rectale et/ou vaginale [par voie cavitaire] du petit bassin [pelvis] féminin	75,60 €	73,71 €	71,82 €	69,93 €
ZCQJ002	Échographie-doppler du petit bassin [pelvis] féminin, par voie rectale et/ou vaginale [par voie cavitaire]	75,60 €	73,71 €	71,82 €	69,93 €
ZCQJ003	Échographie du petit bassin [pelvis] féminin, par voie rectale	56,70 €	55,28 €	53,87 €	52,45 €

	et/ou vaginale [par voie cavitaire]				
ZCQM003	Échographie transcutanée du petit bassin [pelvis] féminin	56,70 €	55,28 €	53,87 €	52,45 €
JAQM001	Échographie transcutanée unilatérale ou bilatérale du rein et de la région lombale, avec échographie transcutanée du petit bassin [pelvis] féminin	75,60 €	73,71 €	71,82 €	69,93 €
JAQM002	Échographie-doppler transcutanée unilatérale ou bilatérale du rein et de ses vaisseaux	75,60 €	73,71 €	71,82 €	69,93 €
JAQM003	Échographie transcutanée unilatérale ou bilatérale du rein et de la région lombale	56,70 €	55,28 €	53,87 €	52,45 €
JAQM004	Échographie transcutanée unilatérale ou bilatérale du rein et de la région lombale, avec échographie transcutanée de la vessie	56,70 €	55,28 €	53,87 €	52,45 €
JDQJ001	Échographie de la vessie et de la prostate, par voie urétrale	56,70 €	55,28 €	53,87 €	52,45 €
JDQJ002	Échographie transcutanée et échographie par voie rectale et/ou vaginale [par voie cavitaire] de la vessie	56,70 €	55,28 €	53,87 €	52,45 €
JDQJ003	Échographie de la vessie et de la prostate, par voie rectale	56,70 €	55,28 €	53,87 €	52,45 €
JDQM001	Échographie transcutanée de la vessie et/ou de la prostate	56,70 €	55,28 €	53,87 €	52,45 €
JHQM001	Échographie transcutanée unilatérale ou bilatérale du contenu des bourses	37,80 €	37,05 €	37,05 €	37,05 €
JHQM002	Échographie du pénis	37,80 €	36,86 €	35,91 €	34,97 €
KCQM001	Échographie transcutanée de la glande thyroïde	37,80 €	36,86 €	35,91 €	34,97 €
PBQM002	Échographie unilatérale ou bilatérale d'une articulation	37,80 €	36,86 €	35,91 €	34,97 €
ZZQM001	Échographie-doppler transcutanée, au lit du malade	75,60 €	73,71 €	71,82 €	69,93 €
YYYY028	Guidage échographique	37,80 €	36,86 €	35,91 €	34,97 €
Radiographies conventionnelles			€		
NEQK012	Radiographie de l'articulation coxofémorale selon 4 incidences ou plus	46,55 €	46,55 €	46,55 €	34,44 €
NEQK035	Radiographie de l'articulation coxofémorale selon 3 incidences	33,25 €	33,25 €	33,25 €	31,81 €
NGQK00	Radiographie de la cheville	29,26 €	29,26 €	29,26 €	28,83 €

2	selon 4 incidences ou plus				
LFQK00 1	Radiographie du segment lombal de la colonne vertébrale selon 4 incidences ou plus	51,87 €	51,87 €	51,87 €	46,42 €
LFQK00 2	Radiographie du segment lombal de la colonne vertébrale selon 1 à 3 incidences	51,87 €	51,87 €	51,87 €	46,42 €
LDQK00 2	Radiographie du segment cervical de la colonne vertébrale selon 3 incidences ou plus	45,22 €	45,22 €	45,22 €	41,42 €
MFQK00 1	Radiographie du coude selon 3 incidences ou plus	29,26 €	29,26 €	29,26 €	28,83 €
HEQH00 2	Radiographie œso-gastro-duodénale avec opacification par produit de contraste [Transit œso-gastro-duodénal]	113,05 €	113,05 €	113,05 €	104,57 €
LHQK00 4	Téléradiographie de la colonne vertébrale en totalité selon 1 incidence	46,55 €	46,55 €	46,55 €	43,06 €
LHQK00 2	Téléradiographie de la colonne vertébrale en totalité selon 2 incidences	57,19 €	57,19 €	57,19 €	52,90 €
LHQK00 3	Téléradiographie de la colonne vertébrale en totalité selon 2 incidences avec incidence segmentaire supplémentaire	79,80 €	79,80 €	79,80 €	73,82 €
Actes de médecine nucléaire					
PAQL00 1	Scintigraphie osseuse du corps entier segment par segment en un temps [temps tardif], avec acquisition complémentaire par un collimateur sténopé	180,44 €	174,58 €	168,71 €	168,71 €
PAQL00 2	Scintigraphie osseuse du corps entier en plusieurs temps	€	260,13 €	251,39 €	251,39 €
PAQL00 3	Scintigraphie osseuse du corps entier en un temps [temps tardif]	180,44 €	174,58 €	168,71 €	168,71 €
PAQL00 4	Scintigraphie osseuse segmentaire en un temps [temps tardif], avec acquisition complémentaire par un collimateur sténopé	180,44 €	174,58 €	168,71 €	168,71 €
PAQL00 5	Scintigraphie osseuse du corps entier segment par segment en plusieurs temps, sans acquisition complémentaire par un collimateur sténopé	268,87 €	260,13 €	251,39 €	251,39 €
PAQL00 6	Scintigraphie osseuse segmentaire en un temps [temps tardif], sans acquisition complémentaire par un	180,44 €	174,58 €	168,71 €	168,71 €

	collimateur sténopé				
PAQL007	Scintigraphie osseuse segmentaire en plusieurs temps, avec acquisition complémentaire par un collimateur sténopé	268,87 €	260,13 €	251,39 €	251,39 €
PAQL008	Scintigraphie osseuse segmentaire en plusieurs temps, sans acquisition complémentaire par un collimateur sténopé	268,87 €	260,13 €	251,39 €	251,39 €
PAQL009	Scintigraphie osseuse du corps entier segment par segment en un temps [temps tardif], sans acquisition complémentaire par un collimateur sténopé	180,44 €	174,58 €	168,71 €	168,71 €
PAQL010	Scintigraphie osseuse du corps entier segment par segment en plusieurs temps, avec acquisition complémentaire par un collimateur sténopé	268,87 €	260,13 €	251,39 €	251,39 €
DAQL001	Tomoscintigraphie de perfusion myocardique après épreuve d'effort ou épreuve pharmacologique, sans synchronisation à l'électrocardiogramme	274,25 €	268,08 €	261,91 €	261,91 €
DAQL003	Tomoscintigraphie de perfusion myocardique de repos, sans synchronisation à l'électrocardiogramme	268,87 €	262,82 €	256,77 €	256,77 €
DAQL010	Tomoscintigraphie de perfusion myocardique après épreuve d'effort ou épreuve pharmacologique, avec synchronisation à l'électrocardiogramme	334,47 €	326,95 €	319,42 €	319,42 €
DAQL014	Tomoscintigraphie de perfusion myocardique de repos, avec synchronisation à l'électrocardiogramme	331,78 €	324,32 €	316,85 €	316,85 €
DAQL007	Scintigraphie myocardique sans utilisation de traceur de perfusion	180,44 €	176,38 €	172,32 €	172,32 €
DAQL002	Scintigraphie des cavités cardiaques au repos selon 1 incidence	278,73 €	272,46 €	266,19 €	266,19 €
DAQL004	Scintigraphie des cavités cardiaques pendant une épreuve d'effort ou une épreuve pharmacologique	414,06 €	404,75 €	395,43 €	395,43 €

DAQL008	Scintigraphie des cavités cardiaques au repos selon plusieurs incidences	278,73 €	272,46 €	266,19 €	266,19 €
DAQL012	Scintigraphie des cavités cardiaques à visée rythmologique	414,06 €	404,75 €	395,43 €	395,43 €
DAQL015	Tomoscintigraphie des cavités cardiaques au repos, avec synchronisation à l'électrocardiogramme	278,73 €	272,46 €	266,19 €	266,19 €
DAQL009	Tomoscintigraphie de perfusion myocardique de repos, avec tomoscintigraphie de perfusion myocardique après épreuve d'effort ou épreuve pharmacologique avec synchronisation à l'électrocardiogramme	494,99 €	483,86 €	472,72 €	472,72 €
DAQL011	Tomoscintigraphie de perfusion myocardique de repos, avec tomoscintigraphie de perfusion myocardique après épreuve d'effort ou épreuve pharmacologique sans synchronisation à l'électrocardiogramme	408,68 €	399,49 €	390,29 €	390,29 €