

CIRCULAIRE

CIR-22/2018

Document consultable dans Médi@m

Date :

12/11/2018

Domaine(s) :

dossier client prof. de santé

Nouveau	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>

Objet :

Présentation des mesures de l'avenant 6 à la convention médicale 2016 autres que la télé-médecine.

Liens :

Plan de classement :

P04

Emetteurs :

DDGOS

Pièces jointes : 5

à Mesdames et Messieurs les

<input checked="" type="checkbox"/> Directeurs	<input checked="" type="checkbox"/> CPAM	<input checked="" type="checkbox"/> CARSAT	<input checked="" type="checkbox"/> Cnam
<input checked="" type="checkbox"/> Agents Comptables	<input checked="" type="checkbox"/> UGECAM	<input checked="" type="checkbox"/> CGSS	<input checked="" type="checkbox"/> CTI
<input checked="" type="checkbox"/> DCGDR			
<input checked="" type="checkbox"/> Médecins Conseils	<input checked="" type="checkbox"/> Régionaux	<input checked="" type="checkbox"/> Chef de service	

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

L'objet de la circulaire est de présenter les mesures conventionnelles, autres que la téléconsultation et de téléexpertise, définies dans l'avenant 6 à la convention médicale de 2016

Validée par le CNP le 26 octobre 2018 - Visa CNP 2018-94

Mots clés :

Convention nationale ; Avenant 6 ; Médecins ; CSTM ; RO SP ; OPTAM ; RSI ; CSMF

Le Directeur Général



Nicolas REVEL

CIRCULAIRE : 22/2018

Date : 12/11/2018

Objet : Présentation des mesures de l'avenant 6 à la convention médicale 2016 autres que la télémédecine.

Affaire suivie par :

Validée par le CNP le 26 octobre 2018. Visa CNP 2018-94

L'arrêté du 1^{er} août 2018 portant approbation de l'avenant 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie (cf. [annexes 1 et 1.Bis](#)), est paru le 10 août 2018 au Journal Officiel, complété pour ses annexes par l'arrêté du 1^{er} août, publié le 23 août dernier au Journal Officiel.

Cet avenant a été signé par l'UNCAM et par les cinq syndicats représentatifs des médecins libéraux, MG France, le Syndicat des Médecins Libéraux (SML), la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF), la Fédération des Médecins de France (FMF) et Le Bloc, le 14 juin dernier.

La présente circulaire a pour objet de présenter les modalités de mise en œuvre de l'avenant 6, en dehors des mesures concernant la télémédecine.

Une circulaire spécifique dédiée aux dispositions concernant la téléconsultation et la téléexpertise prévues par l'avenant 6 complète la présente instruction.

1. Evolution des dispositifs démographiques

1.1. Revalorisation de l'aide à l'activité versée dans le cadre du contrat solidarité territoriale médecins (CSTM)

Conformément à la mesure annoncée dans le Plan ministériel d'accès aux soins lancé en octobre 2017, l'avenant 6 améliore l'attractivité du CSTM en réévaluant le pourcentage d'honoraires servant au calcul de l'aide, à hauteur de 25% des honoraires tirés de l'activité conventionnée réalisée en zones sous dense (contre 10% actuellement).

Le plafond de l'aide maximale pouvant être allouée au médecin dans le cadre du CSTM a été réévalué à 50 000€ par an (contre 20 000€ actuellement).

Cette revalorisation entrera en vigueur le 10 février 2019, compte tenu du délai de 6 mois à respecter après l'approbation de l'avenant avant l'entrée en vigueur de dispositions tarifaires de revalorisation (en application de l'article L 1624-14-1-1 du CSS), et sera intégrée au paiement des CSTM en 2020. Le paiement des contrats démographiques médecins (exception faite du contrat d'installation CAIM) est en effet réalisé en année N+1 sur la base de l'activité du médecin adhérent observée au 31/12 de l'année N.

La fiche relative au CSTM est mise à jour en [annexe 2](#).

1.2. Modification des critères de majoration des aides par les Agences Régionales de Santé

La convention médicale de 2016 donne la possibilité aux Agences Régionales de Santé (ARS) de majorer l'aide forfaitaire annuelle allouée dans le cadre des contrats type régionaux démographie qu'elles établissent sur la base des modèles types de contrats définis dans la convention (cf. annexes 3 à 6 de la convention).

Dans les régions concernées, cette majoration bénéficiait jusqu'à présent, au maximum, à 20% des médecins éligibles à ces types de contrats.

Posant le constat de difficultés pratiques rencontrées par les caisses et les ARS dans la mise en œuvre concrète de cette disposition pour déterminer, dans les régions concernées, le nombre de médecins éligibles à une telle modulation, l'avenant 6 prévoit que cette majoration de l'aide est accordée « au maximum dans 20% *des zones sous denses de la région* » précitées, en lieu et place des 20% des « *médecins éligibles* ».

Cette modification est entrée en vigueur le 11 août 2018 (lendemain de la parution au Journal officiel de l'avenant 6).

Cette mesure n'a pas d'impact sur le circuit initialement défini et les possibilités d'adaptations régionales ouvertes par les contrats types démographiques nationaux qui doivent toujours être soumises à concertation avant publication.

L'instruction commune Caisses/ARS, diffusée en janvier 2017, reste donc applicable à l'exception du champ de la dérogation du montant de l'aide qui s'applique donc désormais au maximum dans 20% des zones sous denses de la région » précitées, en lieu et place des 20% des « *médecins éligibles* ».

Les ARS sont invitées à republier les contrats types régionaux tenant compte de cette modification.

Les fiches relatives aux contrats démographie concernés sont mises à jour en [annexe 3](#).

La description des possibilités d'adaptation régionales par type de contrat démographique est mise à jour en [annexe 4](#).

1.3. Précision apportée sur l'absence de condition de primo-installation en libéral pour le CAIM

Le contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM) vise à apporter une aide financière significative aux médecins dès leur installation en libéral en zone sous dense, pour les aider à faire face aux frais d'investissement générés par le début d'activité. Il peut bénéficier aux médecins qui se sont installés en libéral dans une zone sous-dense depuis moins d'un an à la date de demande de souscription au contrat.

L'avenant 6 précise que cette condition s'applique à la fois aux médecins s'installant pour la première fois en libéral et aux médecins déjà installés en libéral dans une autre zone et venant s'installer en zone sous dense.

Un médecin déjà installé dans une zone sous dense, bénéficiaire d'un CAIM, qui déménage pour s'installer dans une autre zone sous-dense (de sa région ou d'une nouvelle région), peut adhérer à un nouveau CAIM avec sa nouvelle caisse de rattachement pour la durée restant à courir au regard du contrat initial.

Rappel : un médecin ne peut bénéficier qu'une seule fois du CAIM.

2. Nomenclature

2.1 Modifications de la NGAP

Les partenaires conventionnels ont souhaité :

- élargir le champ de consultations déjà inscrites à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), (2.1.1)
- créer de nouvelles consultations complexes et très complexes. (2.1.2)

Pour être effectives, ces modifications nécessitent au préalable une modification de la liste des actes et prestations définie à l'article L 162-1-7 du code de sécurité sociale et sont soumises au délai défini à l'article L.162-14-1-1 du code de la sécurité sociale (obligation de respecter un délai de 6 mois à compter de l'approbation de l'avenant contenant ces dispositions pour les mesures ayant un impact financier avant leur entrée en vigueur effective). L'entrée en vigueur de ces modifications devraient ainsi intervenir au mois de février 2019.

2.1.1 Elargissement du champ de consultations et visites déjà inscrites à la NGAP

⇒ L'avenant n°6 envisage l'élargissement du champ d'application des trois consultations suivantes :

- La consultation complexe "PPN" (article 28.3.2 de la convention) correspondant à la prise en charge d'un patient atteint de sclérose en plaques, de maladie de Parkinson ou d'épilepsie instable, en cas d'épisode aigu ou de complication, par un neurologue ou un pédiatre avec une compétence spécifique en neurologie (article 15.8.b de la NGAP) et valorisée par une majoration de 16 € (via le code prestation MCX), sera applicable pour des patients atteints de maladies neurodégénératives dans les conditions définies par la NGAP.
- La consultation initiale très complexe "MPB", correspondant à une consultation d'information et d'organisation du suivi d'un patient traité par biothérapie (anti-TNF alpha) pour une pathologie inflammatoire par un rhumatologue, un médecin interniste ou un gastro-entérologue (article 28.4 de la convention), valorisée par une majoration de 30€ (via le code prestation MTX), sera facturable également par le dermatologue pour des patients atteints de psoriasis.

Pour rappel, ces consultations sont réservées aux médecins de secteur à honoraires opposables (secteur 1) et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants (secteur 2 adhérents à l'OPTAM/OPTAM CO).

Ces mesures ne seront réellement effectives qu'après modification de la liste des actes et prestations (visée à l'article L 162-1-7 du CSP) par décision UNCAM.

⇒ L'avenant n°6 propose d'étendre les indications de la visite très complexe dite "VL" à deux nouvelles situations :

- La visite très complexe du patient pour soins palliatifs réalisée par le médecin traitant.
- La visite très complexe, réalisée par le médecin traitant au domicile du patient, lorsque le médecin se déplace pour la première fois au domicile d'un patient qui entre dans sa patientèle médecin traitant :
 - dès lors que celui n'avait pas de médecin traitant ou souhaitait en changer,
 - est en incapacité de se déplacer pour raisons médicales,
 - et dès lors que le patient :
 - est bénéficiaire d'une exonération du ticket modérateur au titre de l'ALD.
 - ou
 - est âgé de plus de 80 ans.

2.1.2 Création de nouvelles consultations complexes et très complexes

Les partenaires conventionnels ont souhaité la création de trois nouvelles consultations complexes ou très complexes, qui seront effectivement créées sous réserve de modification de la liste des actes et prestations (mentionnée à l'article L 162-1-7 du CSP) par décision UNCAM.

- La consultation initiale pour anisocorie ou diplopie avec composante paralytique ou ptosis d'origine neurogène réalisée par un ophtalmologue ou un neurologue dénommée "**MIA**" (majoration pour la consultation initiale pour anisocorie diplopie) sera créée à la NGAP et son contenu défini.

Cette consultation sera valorisée par l'application de la majoration MTX de 30€.

Sa cotation sera réservée aux médecins de secteur à honoraires opposables (secteur 1) et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants (secteur 2 OPTAM/OPTAM CO).

- Une consultation annuelle de suivi et de coordination de la prise en charge d'un enfant autiste par un généraliste, un pédiatre ou un psychiatre devra être enregistrée dans le dossier médical du patient sous le code "**CSE**" et sera facturée via le code prestation "**CCX**", d'une valeur de 46€, avec respect obligatoire du tarif opposable.
- Une nouvelle consultation très complexe sera facturable par les pédiatres et les médecins généralistes. Cette consultation de repérages des troubles du spectre autistique devra être enregistrée dans le dossier médical du patient sous le code "**CTE**" et sera facturée via le code prestation "**CCE**", d'une valeur de 60€, avec respect obligatoire du tarif opposable.

2.2 Modifications de la CCAM

2.2.1 Ajustement tarifaire des actes d'imagerie

L'annexe 26 "Tarifs des actes de la CCAM technique " de l'avenant n° 6 porte des ajustements de tarifs de plusieurs actes d'imagerie médicale, comme actés par les partenaires conventionnels, tenant compte notamment de l'évolution des techniques et des pratiques.

- Le tarif de l'acte d'échographie-doppler unilatérale ou bilatérale des vaisseaux des bourses et du cordon spermatique (ELQM002) est fixé à 37,05 €, au même tarif que l'acte d'échographie transcutanée unilatérale ou bilatérale du contenu des bourses (JHQM001).
- Le tarif de l'acte de radiographie panoramique dentaire (HBQK002) est fixé à 20€ et celui de l'acte de radiographie volumique dentaire par faisceau conique, dite radiographie cone beam ou CBCT (LAQK027) à 69€.
- Le tarif de chacun des actes NFQK001, NFQK003 et NFQK004 de radiographie du genou, distingués selon le nombre d'incidences réalisées, est fixé à 25,86 €, ainsi au même tarif que la radiographie bilatérale du genou selon 1 à 2 incidences par côté (NFQK002).
- Le tarif de chacun des actes MAQK001, MAQK002 et MAQK003 de radiographie de la ceinture scapulaire et/ou de l'épaule est fixé à 30,65€ quel que soit le nombre d'incidences réalisées.
- Le tarif de chacun des 22 forfaits d'imagerie réalisée en salle d'imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle inscrits à la subdivision 19.01.09.02 du Livre II de la Liste des actes et prestations (LAP) est baissé de 10%.
- Le tarif du supplément pour archivage numérique d'une mammographie ou d'un examen scanographique ou remnographique (YYYY600) est fixé à 0,75€.
- Le tarifs de chacun des quatre actes ZCQM008, ZCQM001, ZCQM004 et ZCQM006 d'échographie abdominale est fixé à 54,02 €.

Ces ajustements tarifaires ne nécessitant pas de modification de la liste des actes et prestations et n'étant pas soumis au délai de 6 mois, ils sont applicables **à partir du 1er septembre 2018**.

2.2.2 Ajustement tarifaire du Test HPV en anatomie et cytologie pathologiques

Pour les médecins pathologistes exerçant en dehors d'un laboratoire de biologie médicale, le tarif du test de détection du génome des papillomavirus humains oncogènes (HPV) est fixé à 31,32 €, correspondant à l'honoraire sans dépassement global du même test réalisé en laboratoire de biologie médicale.

Cet ajustement tarifaire est applicable **à partir du 1er septembre 2018**.

2.2.3 Ajustement au tarif cible des actes d'ophtalmologie pour les médecins de secteur 1 ou Secteur 2 adhérents OPTAM ou OPTAM-CO.

L'annexe 26 " Tarifs des actes de la CCAM technique" de l'avenant n° 6 porte des ajustements de tarifs de plusieurs actes inscrits au chapitre 2 (OEIL ET ANNEXES) du Livre II de la liste des actes et prestations (LAP). Ces ajustements ne concernent que les professionnels de secteur 1 ou Secteur 2 adhérents OPTAM ou OPTAM-CO.

Ces ajustements tarifaires sont applicables **à partir du 1er janvier 2019**.

2.2.4 Ajustements tarifaires des coefficients de majorations des DROM

Les valeurs des coefficients de majoration définis dans la décision du 18 janvier 2010 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie publiée au Journal Officiel du 25 avril 2010 sont modifiées.

Ces coefficients qui s'appliquent aux actes d'anatomie et de cytologie pathologiques réalisés dans les DROM, avaient des valeurs différentes - 1,143 en Guadeloupe, Martinique et Guyane et 1,214 à la Réunion.

La valeur de ces coefficients est donc alignée à 1,214 pour la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane et la Réunion.

Cette mise en oeuvre est soumise à la modification de la liste des actes et prestations définie à l'article L 162-1-7 du code de sécurité sociale et au délai défini à l'article L.162-14-1-1 du code de la sécurité sociale (délai de 6 mois à compter de l'approbation du texte conventionnel ou de l'avenant contenant ces dispositions pour les mesures ayant un impact financier).

L'entrée en vigueur de ces modifications devrait ainsi intervenir **au mois de février 2019**.

3. OPTAM

✓ **Gestion des taux d'engagement des médecins exerçant en groupe ou en structure**

En principe, les médecins nouvellement installés se voient proposer des taux d'engagement dans l'OPTAM ou l'OPTAM CO fixés sur la base des taux constatés chez les médecins éligibles de la région et de la même spécialité¹.

L'avenant n°6 introduit une dérogation à ce principe quand le médecin nouvellement installé intègre un groupe ou une structure. Dans ce cas, il peut adhérer à l'option sur la base des taux retenus pour l'ensemble des membres du groupe (taux définis au regard de la moyenne des taux des médecins du groupe).

✓ **Conséquence de la résiliation des options par la CPAM pour non-respect des engagements**

L'avenant n°6 précise qu'en cas de résiliation de l'OPTAM ou l'OPTAM CO par la caisse pour non-respect de ses engagements par le médecin adhérent à la suite de la procédure contradictoire définie dans la convention, celui-ci ne peut plus adhérer à l'option pour toute la durée de la convention médicale.

Ces mesures sont entrées en vigueur le lendemain de la publication au Journal Officiel de l'avenant 6 (11 août 2018).

¹ à l'exception de certaines spécialités comme la spécialité d'anatomo-cytopathologie, de gériatrie, de médecine interne, de néphrologie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, de chirurgie infantile et de neurochirurgie pour lesquelles le taux national est retenu.

4. ROSP

4.1. Aménagements du calcul de la ROSP clinique

- Des aménagements sont apportés pour 2018 au calcul de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) clinique : modification des objectifs intermédiaires, objectifs cibles, des seuils et de certains libellés des indicateurs et de la règle générale de calcul du taux de réalisation des indicateurs.

Ces modifications, applicables dès la ROSP 2018 (payée en avril 2019), portent sur :

- la fixation de tous les objectifs intermédiaires et cibles des indicateurs à hauteur :
 - pour les indicateurs croissants :
 - . du 3ème décile pour les objectifs intermédiaires
 - . du 8ème décile pour les objectifs cibles,en remplacement des 7èmes et 9èmes déciles, y compris pour les indicateurs de prévention,
 - pour les indicateurs décroissants :
 - . du 7ème décile pour les objectifs intermédiaires
 - . du 2ème décile pour les objectifs cibles,en remplacement des 3èmes et 1èmes déciles.
- la modification de la règle de calcul du taux de réalisation des indicateurs à hauteur de 30% (au lieu de 50 %) qui doit permettre de mieux prendre en compte le niveau atteint par les médecins,
- l'abaissement des seuils minimaux de patients des indicateurs (ou de nombres de boîtes de médicaments) : seuils de patient fixés à 5 et seuils de boîtes/dosages fixés à 10.

Les ROSP médecin traitant de l'adulte, médecin traitant de l'enfant, cardiologues, endocrinologues, gastro-entérologues, sont concernées par ces modifications de seuils et d'objectifs.

- En sus des modifications visées supra, d'autres aménagements plus spécifiques sont apportés concernant :
 - la ROSP médecin traitant de l'adulte
 - 2 indicateurs d'efficience sont neutralisés, portant sur :
 - . la prescription dans le répertoire pour l'asthme et
 - . l'incontinence urinaire.Les points correspondants à ces deux indicateurs sont répartis sur les autres indicateurs du volet efficience, au prorata du poids respectifs de chacun des indicateurs dans le volet.
 - Les règles de calcul ont été modifiées pour les indicateurs suivants :
 - . suivi de l'INR pour les patients sous AVK, avec l'intégration au numérateur du code NABM 126 («Temps de Quick ou taux de prothrombine, en l'absence de traitement par un antivitamine K »=en complément du code 127(«temps de quick en cas de traitement par AVK »)
 - . et l'Indice Global de Prescription dans le reste du répertoire, avec l'exclusion du paracétamol du dénominateur.

- le libellé de l'indicateur déclaratif « part des patients dont le risque a été évalué par SCORE » a été modifié, avec le libellé suivant : "Part des patients MT dont le risque cardio-vasculaire a été évalué (par SCORE ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines ».
- o la ROSP endocrinologue

Une modification de la formulation du numérateur de l'indicateur concernant le diagnostic de la maladie de Basedow a été opérée: Il s'agit désormais du nombre de patients de la patientèle correspondante n'ayant pas eu une scintigraphie thyroïdienne pour poser le diagnostic.

4.2. Clause de sauvegarde

La clause de sauvegarde mise en œuvre pour la ROSP au titre de l'année 2017 (paiement intervenu en avril 2018) pour garantir le maintien de la rémunération globale des médecins, pourra en outre, si nécessaire, être activée également au titre de la ROSP 2018 (paiement 2019) dès lors que le montant global de la rémunération versée au titre des indicateurs de la qualité de la pratique médicale sera inférieur de plus de 10 % au montant versé au titre de l'année 2017.

4.3. Perspectives

Au-delà de ces évolutions mises en œuvre pour 2018 (paiement 2019), des travaux plus approfondis sur la pertinence médicale ou le mode de calcul de certains indicateurs sont actuellement menés avec les partenaires conventionnels et en lien avec le Collège de la Médecine Générale.

5. Modification des compositions des instances paritaires conventionnelles

5.1. Intégration de la CSMF dans les instances paritaires conventionnelles

En signant l'avenant n°6 à la convention médicale, la CSMF est devenu signataire de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, signée le 25 août 2016 et de ses différents avenants.

En concertation avec les différents syndicats signataires, il est acté que la nouvelle répartition des sièges de la section professionnelle des instances paritaires conventionnelles médecins (CPN, CPR, CPL) est désormais la suivante :

Syndicat	Nombre de sièges	
	Formation Généraliste	Formation Autre Spécialiste
FMF	2	1
LE BLOC	0	2
MG France	2	0
SML	1	1
CSMF	1	2

5.2. Modification de la composition de la section sociale du fait de la suppression du RSI

Depuis le 1er janvier 2018, le régime social des indépendants (RSI) a été supprimé et la protection sociale des travailleurs indépendants a été confiée au régime général (Article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018).

Les caisses nationales et locales du RSI sont dénommées, depuis cette date, les caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants. Elles continuent, pendant une phase transitoire de 2 ans, à apporter leur concours aux caisses du régime général pour le service des prestations.

Le RSI disposait jusqu'à présent de sièges dans les sections sociales des différentes instances paritaires notamment conventionnelles assurant le suivi des différents accords conventionnels avec les professionnels de santé.

Dans le cadre de l'intégration du RSI au régime général, le principe général retenu est le retrait du RSI de toutes les instances au 1^{er} janvier 2018 et ce, quel que soit le champ d'intervention de l'instance.

L'avenant 6 prend acte de la suppression du (RSI) et de la redistribution des sièges devenus vacants entre le Régime général et le Régime agricole.

Il est acté que la nouvelle répartition des sièges de la section sociale des instances paritaires conventionnelles médecins est désormais la suivante :

Répartition antérieure <i>Sièges des représentants titulaires</i>		Nouvelle répartition actée <i>Sièges des représentants titulaires</i>	
CPN, CPR, CPL	CTPPN	CPN, CPR, CPL	CTPPN
8 RG / 2 MSA / 2 RSI	4 RG / 1 MSA / 1 RSI	9 RG / 3 MSA	5 RG / 1 MSA
