

AVENANT N°8
A LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT
LES RAPPORTS ENTRE LES MEDECINS LIBERAUX
ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNEE LE 26 JUILLET 2011

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

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

Préambule

En France, 75% des médecins libéraux exercent en secteur 1. Les assurés sont pris en charge par ces praticiens au tarif de la sécurité sociale, quels que soient leur lieu de résidence et leur condition sociale.

Pour autant, l'amélioration de l'accès aux soins reste une priorité des pouvoirs publics et des partenaires conventionnels. En effet, si l'accès aux soins est aujourd'hui facilité du point de vue financier par l'existence de tarifs opposables, la progression constatée, depuis de nombreuses années, des dépassements d'honoraires de certains praticiens exerçant en secteur 2 conduit à une augmentation du reste à charge et, en conséquence, pose le problème de l'accès aux soins.

Au-delà de la couverture maladie universelle complémentaire, qui permet à plus de 4 millions d'assurés sociaux d'accéder aux soins sans reste à charge, les assurés sociaux aux revenus les plus modestes peuvent rencontrer des difficultés à financer leurs soins, en particulier lorsqu'ils ne disposent pas d'une couverture complémentaire ou lorsque leur couverture complémentaire ne prend pas en charge les dépassements d'honoraires.

En premier lieu, les dépassements excessifs sont régulièrement dénoncés par les représentants des assurés sociaux ou des patients. Si elles sont le fait d'une minorité de médecins libéraux, ces pratiques tarifaires atypiques nuisent à l'exercice libéral et doivent donc faire l'objet d'un dispositif conventionnel de régulation efficace comportant des sanctions suffisamment dissuasives.

Dans le cadre d'une démarche visant à la disparition rapide des pratiques tarifaires excessives, les commissions paritaires régionales auront à leur disposition un ensemble de critères de sélection au sein desquels le taux de dépassement à 150% du tarif opposable pourra servir de repère. Ce taux pourra faire l'objet d'adaptations dans certaines zones géographiques limitées et aura vocation à se modérer en cours de convention.

En deuxième lieu, les partenaires conventionnels souhaitent, par le présent avenant, apporter des réponses structurelles aux difficultés rencontrées par les assurés pour accéder plus généralement aux soins spécialisés, en garantissant notamment aux patients dont les revenus sont les plus modestes d'accéder à des soins aux tarifs opposables quel que soit le secteur d'exercice du médecin libéral. Dans ce contexte, un nouveau contrat d'accès aux soins est proposé aux médecins de secteur 2 dans l'objectif de mieux rembourser les patients et de développer l'activité à tarif opposable.

En troisième lieu, les partenaires conventionnels constatent que la diminution des compléments d'honoraires nécessite un investissement sur les actes réalisés à tarif opposable et une maintenance

des tarifs plus régulière que par le passé. Ils souhaitent donc favoriser un rééquilibrage progressif des tarifs ou des autres modes de rémunération au profit des médecins exerçant en secteur à honoraires opposables et des médecins adhérant au contrat d'accès aux soins. Ce rééquilibrage s'inscrit dans le cadre de la diversification des modes de rémunération initiée dans la convention pour mieux valoriser la qualité des pratiques et la meilleure coordination entre professionnels de santé.

En quatrième lieu, les partenaires conventionnels prennent acte de la volonté exprimée par le Président de la République le 20 octobre 2012 d'assurer la pleine reconnaissance du médecin traitant, qui évolue dans un cadre collectif et qui doit avoir un juste niveau de rémunération. A cette fin, une généralisation progressive du système des forfaits et sa modulation en fonction de la densité médicale des territoires permettra de répondre à l'objectif. Les médecins qui s'installent dans les lieux les plus difficiles, les territoires les plus fragiles verront leur activité valorisée par ce système de forfait. Ces objectifs seront poursuivis dans le cadre d'une prochaine négociation conventionnelle qui s'engagera dès l'adoption de la loi de financement de la sécurité sociale pour se conclure avant la fin du premier quadrimestre 2013. Elle aura vocation à généraliser progressivement les forfaits médecins traitants et à prévoir leur valorisation selon un calendrier cohérent avec celui établi dans le présent avenant pour la CCAM.

En conséquence, les parties signataires à la convention nationale conviennent de ce qui suit.

Article 1

Est ajouté un article 35.3 de la convention nationale rédigé dans les termes suivants :

« 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. ».

Article 2

Sont ajoutés les articles 35.4 et 35.5 de la convention nationale rédigés dans les termes suivants :

« 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. ».

Article 3

Les pratiques tarifaires excessives contreviennent au pacte conventionnel et sont, à ce titre, susceptibles d'être sanctionnées. En conséquence, les articles 70.3, 73.3, 75, 76 et 78 de la convention nationale sont modifiés de la manière suivante.

A l'article 70.3 de la convention nationale, intitulé « Rôle de la Commission Paritaire Nationale », après les termes « dans les conditions définies à l'article 75 », est ajouté un alinéa rédigé de la manière suivante : « elle émet un avis dans les conditions définies à l'article 3 de l'annexe XXII de la convention nationale ».

A l'article 73.3 de la convention nationale, intitulé « Missions de la Commission Paritaire Régionale », après les termes « dans les conditions à l'article 78 », est inséré un alinéa ainsi rédigé « - 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. ».

A l'article 75 de la convention nationale, intitulé « De l'examen des cas de manquements », il est inséré après les termes « - l'utilisation abusive du DE ; » les termes suivants : « - une pratique tarifaire excessive des médecins exerçant en secteur à honoraires différents ou titulaires du droit à dépassement permanent ; ».

A l'article 75 de la convention nationale, il est ajouté, à la suite des termes « facturation des actes et prestations. », les dispositions suivantes : « 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. ».

A l'article 76 de la convention nationale, intitulé « Des sanctions susceptibles d'être prononcées », les termes « 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 ; » sont supprimés.

Le dernier alinéa de l'article 76 de la convention nationale est remplacé par :

« 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 différents. ».

A l'article 78 de la convention nationale, intitulé « Du recours du médecin contre une sanction », sont ajoutés après les termes « d'une durée supérieure à 6 mois » les mots « - 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 excessives. ».

L'article 3 de l'annexe XXII à la convention nationale intitulé « Procédure exceptionnelle de déconventionnement » devient l'article 4.

Après l'article 2 de la même annexe, il est inséré un article 3 intitulé « Procédure de sanction applicable en cas de pratique tarifaire excessive » (cf. article 11 du présent avenant).

Article 4

Afin d'améliorer l'accès aux soins, le présent avenant instaure la possibilité pour les médecins de souscrire à un contrat d'accès aux soins.

L'intitulé du sous-titre 3 du Titre 4 de la convention nationale est modifié de la manière suivante : « Sous-Titre 3. Contrat d'accès aux soins ».

Les deux premiers alinéas du sous-titre 3 du Titre 4 de la convention nationale sont remplacés par les dispositions suivantes :

« 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.

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

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. ».

Les articles 36 à 41 de la convention nationale sont remplacés par les dispositions suivantes.

« 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.

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.

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.

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.

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.

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).

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.

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'anatomopathologie, 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'anatomopathologie, 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%.

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.

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.

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.

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 5

Des études récentes de l'assurance maladie montrent l'existence d'importantes variations géographiques de l'offre de soins à tarif opposable pour les soins spécialisés et mettent en évidence, dans un certain nombre de territoires, de réelles difficultés d'accès à certains soins spécialisés à tarif opposable. Un diagnostic partagé de cette situation est souhaitable pour permettre d'apporter les solutions adaptées en distinguant les soins de proximité et les spécialités de plateaux techniques lourds.

Les partenaires conventionnels constatent que le zonage actuellement défini par les Agences Régionales de Santé est établi en tenant compte de la seule densité de médecins généralistes. Ils estiment nécessaire de compléter cette approche territoriale par une analyse de l'accès aux soins spécialisés en intégrant l'accessibilité à tarif opposable.

Au vu de ce diagnostic, des propositions tendant à renforcer l'accès aux soins dans les territoires concernés pour les spécialités de premier recours au sens du parcours de soins (médecins généralistes, pédiatres, gynécologues, psychiatres et ophtalmologues) seront examinées dans le cadre des futures négociations sur les soins de proximité évoquées à l'article 7 du présent avenant. Pour les autres spécialités, les mesures seront examinées à l'issue d'une étude approfondie de l'offre à tarif opposable tenant compte de l'activité hospitalière.

Article 6

L'option de coordination, définie aux articles 36 et suivants de la présente convention dans sa rédaction antérieure au présent avenant, cesse de s'appliquer à compter de l'entrée en vigueur du

dispositif du contrat d'accès aux soins. Pour les médecins adhérant à l'option de coordination à cette date et ayant respecté leurs engagements définis dans ladite option, la participation au financement des cotisations sociales dues par le médecin adhérent est proratisée à cette date.

Article 7

Afin de favoriser l'accès aux soins des assurés sociaux et réduire le reste à charge, les parties signataires estiment qu'une revalorisation régulière des tarifs opposables ou des autres modes de rémunération est nécessaire pour permettre un rééquilibrage au profit des médecins exerçant en secteur à honoraires opposables dans le cadre d'évolutions compatibles avec la croissance économique de moyen terme de notre pays et l'objectif de dépenses voté annuellement par le Parlement.

C'est dans cet esprit qu'avait été mise en place la nomenclature des actes techniques en 2005 afin de mieux identifier les pratiques médicales et les valoriser plus équitablement. Dans ce cadre, les actes considérés comme sous cotés ont fait l'objet d'une revalorisation en deux étapes et n'ont plus été revalorisés depuis 2008. Les partenaires conventionnels conviennent de finaliser la mise en œuvre de la classification commune des actes médicaux (CCAM) en réalisant une convergence vers les tarifs cibles de la CCAM de 2005 d'ici la fin de la présente convention en trois étapes : 1^{er} juillet 2013, 1^{er} mars 2014 et 1^{er} janvier 2015.

Afin d'accompagner la mise en place du contrat d'accès aux soins, ces évolutions bénéficient également aux médecins de secteur 2 adhérent au contrat.

S'agissant des activités cliniques et tout particulièrement de la médecine générale, la diversification des modes de rémunération initiée dans la convention nationale doit se poursuivre pour améliorer la prise en charge, dans le cadre du parcours de soins, des patients nécessitant un suivi attentif du fait de leurs pathologies ou de leur âge.

Les organismes complémentaires souhaitent participer à ce développement des nouveaux modes de rémunération, en complétant le financement mis en place par l'assurance maladie obligatoire à hauteur de 150 millions d'euros, notamment par le développement de forfaits pour les médecins traitants.

Parallèlement, les parties signataires souhaitent valoriser l'activité de consultant dans le cadre du parcours de soins coordonnés, à hauteur de leur part dans l'activité clinique.

De plus, l'objectif d'améliorer l'état de santé des patients et l'efficacité des soins, nécessite d'orienter la prise en charge, vers de nouveaux services et des parcours de soins, assurée par des équipes de proximité et de renforcer la coordination entre professionnels de santé. A cet égard, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2013 prévoit la possibilité, dans le cadre des accords interprofessionnels définis à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, de rémunérer les professionnels de santé qui assurent des services coordonnés autour du patient. Dans cette perspective, les partenaires conventionnels conviennent d'entamer des travaux dans le courant du premier semestre 2013.

L'article 28.1 de la convention nationale est remplacé par les dispositions suivantes :

«Article 28.1. CCAM technique

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.

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. ».

Les articles 3.1 et 3.2 de l'annexe I et l'annexe XXIV sont modifiés.

L'article 28.3 de la convention nationale est supprimé.

L'article 28.4 de la convention nationale devient l'article 28.3.

L'article 27.3 de la convention nationale devient l'article 27.5. Sont introduits des nouveaux articles 27.3 et 27.4 rédigés comme suit :

«Article 27.3. Améliorer la prise en charge de patients nécessitant un suivi particulier dans le cadre du parcours de soins

Afin d'améliorer le parcours de soins coordonnés, tout particulièrement pour la prise en charge des patients âgés ou atteints de certaines pathologies nécessitant un suivi particulier, les parties signataires conviennent d'étudier les conditions de la mise en place de consultations longues et de rémunérations forfaitaires, valorisant le rôle des médecins. Ces nouvelles rémunérations ont pour objectifs de favoriser le maintien à domicile et de limiter le recours à l'hospitalisation.

Les parties conventionnelles proposent la création d'une consultation de suivi de sortie d'hospitalisation en court séjour des patients à forte comorbidité. Cette consultation s'adressera à des patients ayant subi une intervention chirurgicale avec altération de l'autonomie nécessitant un suivi rapproché et coordonné ou chez lesquels a été diagnostiquée, au décours de cette hospitalisation, une pathologie chronique grave ou une décompensation d'une pathologie chronique préexistante. Cette consultation ou visite réalisée par le médecin traitant avant la fin du 1^{er} mois suivant l'hospitalisation en unité de court séjour (MCO ou psychiatrie), ne pourra être facturée, qu'une seule fois et sera réalisée à tarif opposable. Elle sera valorisée à hauteur de 2C par l'application d'une majoration pour les médecins traitants en secteur à honoraires opposables et pour les médecins traitants adhérant au contrat d'accès aux soins.

Afin de favoriser le suivi des patients insuffisants cardiaques, ayant été hospitalisés pour un épisode de décompensation de leur affection et nécessitant un suivi et une évaluation de leur état à court terme, les parties signataires proposent également la création d'une consultation longue et complexe. Cette consultation longue réalisée à domicile ou au cabinet par le médecin traitant, permettra d'évaluer le niveau d'information et d'implication du patient, ainsi que l'efficacité et la tolérance du traitement, de juger de l'utilité de consultations spécialisées complémentaires, de mener toute action permettant d'éviter des hospitalisations en urgence, et de vérifier l'adéquation avec les besoins du patient et des aidants naturels. Cette consultation longue et complexe réalisée avant la fin du 2^{ème} mois suivant l'hospitalisation en unité de court séjour, ne pourra être facturée qu'une seule fois et sera réalisée à tarif opposable. Elle sera valorisée à hauteur de 2C par l'application d'une majoration pour les médecins traitants en secteur à honoraires opposables et pour les médecins traitants adhérant au contrat d'accès aux soins.

Les médecins correspondants concernés (psychiatres, cardiologues) pourront réaliser les consultations dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

Ces consultations seront mises en œuvre à partir du 1^{er} juillet 2013.

Par ailleurs, les partenaires conventionnels souhaitent améliorer la prise en charge des patients âgés de 80 ans et plus, pour tenir compte de leurs comorbidités et de la complexité du suivi des traitements en veillant notamment à la prévention de la iatrogénie médicamenteuse. A cet effet, les médecins de secteur 1 et les médecins de secteur 2 adhérant au contrat d'accès aux soins bénéficient d'une rémunération forfaitaire (MPA), versée trimestriellement, calculée sur la base de 5 euros par consultation réalisée pour leurs patients âgés de plus de 85 ans au 1^{er} juillet 2013 puis pour leurs patients âgés de plus de 80 ans au 1^{er} juillet 2014.

Les partenaires conventionnels souhaitent que l'article 18 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) relatif à l'avis ponctuel de consultant soit adapté en ramenant le délai de consultation autour de l'avis ponctuel de consultant de 6 mois à 4 mois.

Enfin, les partenaires conventionnels conviennent de la nécessité de reconnaître le rôle des pédiatres dans la prise en charge des nouveaux-nés grands prématurés (moins de 32 semaines) et des jeunes enfants atteints de maladie congénitale grave. A cet effet, les médecins de secteur 1 et les médecins adhérant au contrat d'accès aux soins bénéficient d'une majoration de 5 euros sur les consultations à tarif opposable.

Article 27.4. Valoriser la prise en charge par le médecin traitant

Les partenaires conventionnels souhaitent, au-delà du suivi des patients en ALD, valoriser la prise en charge par le médecin traitant des patients afin d'améliorer leur suivi, la prévention et la qualité des soins, en soutien du volet médical de synthèse, dans les conditions définies à l'article 12.4.5 et à l'annexe XIII de la présente convention.

Cette mesure a vocation à être généralisée à l'ensemble des patients ne bénéficiant pas d'une exonération du ticket modérateur au 1^{er} juillet 2013, compte tenu de l'engagement financier de l'UNOCAM. »

Il est créé un article 12.4.5 intitulé « suivi des patients hors ALD » rédigé dans les termes suivants :

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

Le titre de l'annexe XIII de la convention nationale est modifié de la manière suivante : « rémunération du médecin traitant pour le suivi de certains patients. ».

Les modifications suivantes sont apportées à l'annexe XIII. Est ajouté un dernier alinéa rédigé dans les termes suivants :

« A compter du 1^{er} juillet 2013, le médecin traitant reçoit une rémunération spécifique (RMA) pour le suivi de ses patients ne bénéficiant pas d'une exonération du ticket modérateur conformément aux dispositions de l'article 12.4.5. Le montant de cette rémunération spécifique forfaitaire annuelle par patient est de 5 euros.

Article 8

A l'article 70.3 de la convention nationale, la phrase « - elle suit et évalue annuellement les résultats de l'option de coordination défini aux articles 36 et suivants et les résultats du secteur optionnel (dans l'hypothèse où il serait mis en place) ; » est supprimée et remplacée par les dispositions suivantes « - elle suit et évalue les résultats du contrat d'accès aux soins défini aux articles 36 et suivants et les engagements des médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents et les médecins titulaires d'un droit à dépassement permanent définis à l'article 35.3. ».

Article 9

Dans le préambule de la convention nationale, la dernière phrase du paragraphe, intitulé « renforcer l'accès aux soins », est remplacée par les dispositions suivantes : « 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. ».

Au titre 1^{er} de la convention nationale intitulé « Conforter l'accès aux soins », la dernière phrase avant le sous-titre 1 est remplacée par les dispositions suivantes : « Les parties conventionnelles conviennent donc de mettre en place, dans cet objectif, le contrat d'accès aux soins pour une période de 3 ans. ».

Aux articles 1.1 et 2.1 de la convention nationale, les termes « et ayant adhéré à l'option de coordination telle que définie à l'article 36 de la présente convention, » sont supprimés et remplacés par les termes « et ayant adhéré au contrat d'accès aux soins tel que défini aux articles 36 et suivants de la convention. ».

Au sous-titre 4 du titre 1^{er} de la convention nationale, les alinéas 4 à 7 sont supprimés et remplacés par les dispositions suivantes « 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. ».

L'article 13.2 de la convention nationale est ainsi modifié :

- le 4^{ème} alinéa du paragraphe sur « l'avis ponctuel de consultant » est supprimé,
- au 3^{ème} alinéa du paragraphe sur la majoration de coordination après les termes « bénéficiaire de la CMU complémentaire » sont ajoutés les termes « ou d'un patient disposant d'une attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) »,
- le 4^{ème} alinéa du paragraphe sur la majoration de coordination est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes : « 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. ».

Aux alinéas 1 et 3 de l'article 15.2 de la convention nationale, les termes « ou ayant adhéré à l'option de coordination ou au secteur optionnel (dans l'hypothèse où il serait mis en place) » sont supprimés et remplacés par les dispositions suivantes : « ou par les praticiens ayant adhéré au contrat d'accès aux soins défini aux articles 36 et suivants de la convention. ».

Les articles 42.3 et 42.4 de la convention nationale sont supprimés.

Le sous-titre 4 du Titre 4 de la convention nationale, intitulé « Projet de secteur optionnel », est supprimé.

Aux annexes V et VIII de la convention nationale, les termes « secteur 2 option de coordination » sont supprimés et remplacés par les termes « secteur 2 adhérent au contrat d'accès aux soins. ».

A l'article 3 de l'annexe XIV de la convention nationale, les termes « ou ayant adhéré à l'option de coordination ou au secteur optionnel dans l'hypothèse où ce dernier est mis en œuvre, » sont supprimés et remplacés par les dispositions suivantes « ou ayant adhéré au contrat d'accès aux soins défini aux articles 36 et suivants de la convention. ».

Article 10

Les annexes XVIII, XIX et XX de la convention nationale sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« ANNEXE XVIII

Contrat d'accès aux soins - Formulaire d'adhésion

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)

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

Accusé de réception de la Caisse

o Adhésion enregistrée le à effet du

Cachet de la caisse | Date

Projet d'avenant n°8

ANNEXE XIX

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.).

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.

ANNEXE XX

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

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.

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). ».

Article 11

En application de l'article 3 du présent avenant, il est inséré à l'annexe XXII de la convention un article 3 intitulé « Procédure de sanction applicable en cas de pratique tarifaire excessive » rédigé comme suit.

« Article 3

Procédure de sanction applicable en cas de pratique tarifaire excessive

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.

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 départemental. Le médecin dispose d'un délai de deux mois à compter de cet 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 procèdera 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.

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 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.

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. »

Article 12

L'annexe XXIII à la convention nationale, intitulé « Tarif des actes de la CCAM technique », devient l'annexe XXIV.

L'annexe XXIII de la convention nationale est rédigée dans les termes suivants.

« 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'UNOCAM, 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.

Article 13

« Aux articles 1 et 2 de l'annexe I de la convention nationale, sous la ligne intitulée « Rémunération spécifique annuelle Médecin Traitant pour les patients en ALD (RMT) » sont insérées :

- une ligne « Rémunération forfaitaire (RMA) du médecin traitant pour les patients hors ALD au 1^{er} juillet 2013 » dont la valeur est fixée à 5,00 euros pour la Métropole, la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane, la Réunion et Mayotte.
- une ligne intitulée « Rémunération forfaitaire (MPA) pour les patients âgés de plus de 85 ans au 1^{er} juillet 2013 » dont la valeur est fixée à 5,00 euros pour la Métropole, la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane, la Réunion et Mayotte.
- une ligne « Rémunération forfaitaire (MPA) pour les patients âgés de plus de 80 ans au 1^{er} juillet 2014 » dont la valeur est fixée à 5,00 euros pour la Métropole, la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane, la Réunion et Mayotte. ».

Article 14

L'article 3.1 de l'annexe I de la convention nationale intitulé « scanographie » est modifié. A la suite du tableau intitulé « tarifs des forfaits techniques des scanners », sont ajoutées les dispositions suivantes : « les tarifs suivants sont applicables à compter du 1^{er} juillet 2015 :

Tarifs des Forfaits Techniques des Scanners (1)

TYPE D'APPAREILS	FORFAIT PLEIN	FORFAIT REDUIT SELON LES TRANCHES D'ACTIVITE		
	Activité = activité de référence	Activité > activité de référence et = seuil 1	Activité > seuil 1 et = seuil 2	Activité > seuil 2
Amortis (1), toutes classes	70,38 €	58,72 €	41,88 €	29,63 €
Non amortis, toutes classes	99,51 €	58,72 €	41,88 €	29,63 €

(1) Sont considérés comme amortis, les appareils installés depuis plus de sept ans révolus au 1er janvier de l'année considérée.

(2) Scanners : seuil 1 = 11 000 forfaits techniques ; seuil 2 = 13 000 forfaits techniques

L'article 3.2 de l'annexe I de la convention nationale intitulé « imagerie par résonance magnétique » est modifié. L'alinéa figurant sous le tableau intitulé « tarif des forfaits techniques des IRM » est supprimé. Sont ajoutées les dispositions suivantes :

Tarifs des Forfaits Techniques des IRM au 1er juillet 2013 (2)

CLASSE D'APPAREILS selon la PUISSANCE de l'aimant (en tesla)	< 0,5 T	0,5 T	> 0,5 T et < 1,5 T	1,5 T (2)	1,5 T dédié aux membres (3)	1,5 T spécialisé ostéo-articulaire (3)	> 1,5 T
Activité de référence (nombre de forfaits)	3 500	4 000	4 000	4 500	4 500	4 500	4 500
AMORTIS, forfaits pleins (1)							
Paris		124,62 €			72,64 €	85,68 €	154,26 €
Région parisienne hors Paris		120,94 €			72,17 €	84,64 €	147,80 €
Province		119,68 €			72,01 €	84,28 €	138,76 €
NON AMORTIS, forfaits pleins							
Paris	125,15 €	122,44 €	207,78 €	207,18 €	108,00 €	125,00 €	218,69 €
Région parisienne hors Paris	121,53 €	117,92 €	200,97 €	200,73 €	107,54 €	123,96 €	211,88 €
Province	115,83 €	112,95 €	194,16 €	192,34 €	107,37 €	123,60 €	203,02 €
FORFAIT REDUIT selon les tranches d'activité							
Activité > Activité Référence et = seuil 1		74,16 €			46,67 €	48,88 €	74,16 €
Activité > seuil 1 et = seuil 2		52,54 €			38,73 €	40,74 €	61,81 €
Activité > seuil 2		26,11 €			24,20 €	25,46 €	38,63 €

(1) Sont considérés comme amortis, les appareils installés depuis plus de sept ans révolus au 1er janvier de l'année considérée.
(2) Hors appareils IRM 1,5 T dédié aux examens des membres et appareils IRM 1,5 T spécialisé aux examens ostéo-articulaire.
(3) Appareils IRM adossés à un appareil 1,5 T ou 1,5 T déjà installé, sur le même site géographique ou en "adossement fonctionnel" selon les dispositions de l'Instruction CNAMTS/DGOS/R3 n° 2012-248 du 15 juin 2012 relative à la priorité de gestion du risque sur l'imagerie médicale en 2010-2012.

(2) IRM : seuil 1 = 8 000 forfaits techniques ; seuil 2 = 11 000 forfaits techniques

Tarifs des Forfaits Techniques des IRM au 1er janvier 2014 (2)

CLASSE D'APPAREILS selon la PUISSANCE de l'aimant (en tesla)	< 0,5 T	0,5 T	> 0,5 T et < 1,5 T	1,5 T (2)	1,5 T dédié aux membres (3)	1,5 T spécialisé ostéo-articulaire (3)	> 1,5 T
Activité de référence (nombre de forfaits)	3 500	4 000	4 000	4 500	4 500	4 500	4 500
AMORTIS, forfaits pleins (1)							
Paris		124,62 €			72,64 €	85,68 €	154,26 €
Région parisienne hors Paris		120,94 €			72,17 €	84,64 €	147,80 €
Province		119,68 €			72,01 €	84,28 €	138,76 €
NON AMORTIS, forfaits pleins							
Paris	125,15 €	122,44 €	207,78 €	196,82 €	108,00 €	125,00 €	218,69 €
Région parisienne hors Paris	121,53 €	117,92 €	200,97 €	190,69 €	107,54 €	123,96 €	211,88 €
Province	115,83 €	112,95 €	194,16 €	182,72 €	107,37 €	123,60 €	203,02 €
FORFAIT REDUIT selon les tranches d'activité							
Activité > Activité Référence et = seuil 1		74,16 €			46,67 €	48,88 €	74,16 €
Activité > seuil 1 et = seuil 2		52,54 €			38,73 €	40,74 €	61,81 €
Activité > seuil 2		26,11 €			24,20 €	25,46 €	38,63 €

(1) Sont considérés comme amortis, les appareils installés depuis plus de sept ans révolus au 1er janvier de l'année considérée.
(2) Hors appareils IRM 1,5 T dédié aux examens des membres et appareils IRM 1,5 T spécialisé aux examens ostéo-articulaire.
(3) Appareils IRM adossés à un appareil 1,5 T ou 1,5 T déjà installé, sur le même site géographique ou en "adossement fonctionnel" selon les dispositions de l'Instruction CNAMTS/DGOS/R3 n° 2012-248 du 15 juin 2012 relative à la priorité de gestion du risque sur l'imagerie médicale en 2010-2012.

(2) IRM : seuil 1 = 8 000 forfaits techniques ; seuil 2 = 11 000 forfaits techniques

Tarifs des Forfaits Techniques des IRM au 1er janvier 2015 (2)

CLASSE D'APPAREILS selon la PUISSANCE de l'aimant (en tesla)	< 0,5 T	0,5 T	> 0,5 T et < 1,5 T	1,5 T (2)	1,5 T dédié aux membres (3)	1,5 T spécialisé ostéo-articulaire (3)	> 1,5 T
Activité de référence (nombre de forfaits)	3 500	4 000	4 000	4 500	4 500	4 500	4 500
AMORTIS, forfaits pleins (1)							
Paris		124,62 €			72,64 €	85,68 €	154,26 €
Région parisienne hors Paris		120,94 €			72,17 €	84,64 €	147,80 €
Province		119,68 €			72,01 €	84,28 €	138,76 €
NON AMORTIS, forfaits pleins							
Paris	125,15 €	122,44 €	207,78 €	186,46 €	108,00 €	125,00 €	218,69 €
Région parisienne hors Paris	121,53 €	117,92 €	200,97 €	180,66 €	107,54 €	123,96 €	211,88 €
Province	115,83 €	112,95 €	194,16 €	173,11 €	107,37 €	123,60 €	203,02 €
FORFAIT REDUIT selon les tranches d'activité							
Activité > Activité Référence et = seuil 1		74,16 €			46,67 €	48,88 €	74,16 €
Activité > seuil 1 et = seuil 2		52,54 €			38,73 €	40,74 €	61,81 €
Activité > seuil 2		26,11 €			24,20 €	25,46 €	38,63 €

(1) Sont considérés comme amortis, les appareils installés depuis plus de sept ans révolus au 1er janvier de l'année considérée.
(2) Hors appareils IRM 1,5 T dédié aux examens des membres et appareils IRM 1,5 T spécialisé aux examens ostéo-articulaire.
(3) Appareils IRM adossés à un appareil 1,5 T ou 1,5 T déjà installé, sur le même site géographique ou en "adossement fonctionnel" selon les dispositions de l'Instruction CNAMTS/DGOS/R3 n° 2012-248 du 15 juin 2012 relative à la priorité de gestion du risque sur l'imagerie médicale en 2010-2012.

(2) IRM : seuil 1 = 8 000 forfaits techniques ; seuil 2 = 11 000 forfaits techniques

L'annexe XXIV intitulé « tarifs des actes de la CCAM technique » est modifiée dans les termes suivants pour les actes concernés.

CODE	Libellé	ACTIVITE	PHASE	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	1	0	60,00 €	55,00 €	55,00 €
MZQJ001	Remnographie [IRM] unilatérale ou bilatérale de segment du membre supérieur, avec injection de produit de contraste	1	0	60,00 €	55,00 €	55,00 €
NZQN001	Remnographie [IRM] unilatérale ou bilatérale de segment du membre inférieur, sans injection de produit de contraste	1	0	60,00 €	55,00 €	55,00 €
NZQJ001	Remnographie [IRM] unilatérale ou bilatérale de segment du membre inférieur, avec injection de produit de contraste	1	0	60,00 €	55,00 €	55,00 €
Suppléments pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle						
YYYY034	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 14, réalisée en salle d'imagerie	1	0	240,07 €	231,22 €	222,38 €
YYYY105	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 1, réalisée en salle d'imagerie	1	0	18,33 €	17,65 €	16,98 €
YYYY110	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 2, réalisée en salle d'imagerie	1	0	31,59 €	30,42 €	29,26 €
YYYY120	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 3, réalisée en salle d'imagerie	1	0	37,91 €	36,51 €	35,11 €
YYYY130	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 9, réalisée en salle d'imagerie	1	0	126,35 €	121,70 €	117,04 €
YYYY140	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 4, réalisée en salle d'imagerie	1	0	63,18 €	60,85 €	58,52 €
YYYY150	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 5, réalisée en salle d'imagerie	1	0	75,81 €	73,02 €	70,22 €
YYYY160	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 6, réalisée en salle d'imagerie	1	0	88,45 €	85,19 €	81,93 €
YYYY170	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 7, réalisée en salle d'imagerie	1	0	101,08 €	97,36 €	93,63 €
YYYY180	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 8, réalisée en salle d'imagerie	1	0	113,72 €	109,53 €	105,34 €
YYYY190	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 10, réalisée en salle d'imagerie	1	0	151,62 €	146,03 €	140,45 €
YYYY200	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 11, réalisée en salle d'imagerie	1	0	189,53 €	182,54 €	175,56 €
YYYY210	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 12, réalisée en salle d'imagerie	1	0	202,16 €	194,71 €	187,26 €
YYYY220	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 13, réalisée en salle d'imagerie	1	0	227,43 €	219,05 €	210,67 €
YYYY230	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 15, réalisée en salle d'imagerie	1	0	252,70 €	243,39 €	234,08 €
YYYY240	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 16, réalisée en salle d'imagerie	1	0	290,61 €	279,90 €	269,19 €
YYYY245	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 17, réalisée en salle d'imagerie	1	0	303,24 €	292,07 €	280,90 €
YYYY250	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 18, réalisée en salle d'imagerie	1	0	315,88 €	304,24 €	292,60 €

YYYY260	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 19, réalisée en salle d'imagerie	1	0	353,78 €	340,75 €	327,71 €
YYYY270	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 20, réalisée en salle d'imagerie	1	0	379,05 €	365,09 €	351,12 €
YYYY280	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 21, réalisée en salle d'imagerie	1	0	505,40 €	486,78 €	468,16 €
YYYY290	Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 22, réalisée en salle d'imagerie	1	0	568,58 €	547,63 €	526,68 €
YYYY300	Supplément pour imagerie pour acte de radiologie interventionnelle, réalisée au bloc opératoire	1	0	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	1	0	35,01 €	34,11 €	33,22 €
BZQM003	Échographie-doppler unilatérale ou bilatérale de l'œil et/ou de l'orbite	1	0	73,71 €	71,82 €	69,93 €
EAQM003	Échographie-doppler transcrânienne des vaisseaux intracrâniens, avec épreuve pharmacodynamique	1	0	55,28 €	54,99 €	54,99 €
EAQM004	Échographie-doppler transcrânienne des vaisseaux intracrâniens, sans épreuve pharmacodynamique	1	0	55,28 €	54,99 €	54,99 €
EAQM005	Échographie-doppler transfontanellaire des vaisseaux intracrâniens	1	0	73,71 €	71,82 €	69,93 €
EBQM001	Échographie-doppler des artères cervicocéphaliques extracrâniennes, sans mesure de l'épaisseur de l'intima-média	1	0	73,71 €	71,82 €	69,93 €
EBQM002	Échographie-doppler des artères cervicocéphaliques extracrâniennes, avec échographie-doppler des artères des membres inférieurs	1	0	110,57 €	107,73 €	104,90 €
ECQM001	Examen doppler continu des artères des membres supérieurs avec épreuve dynamique [test d'Allen] et manœuvres positionnelles	1	0	73,71 €	71,82 €	69,93 €
ECQM002	Échographie-doppler des artères des membres supérieurs	1	0	73,71 €	71,82 €	69,93 €
EDQM001	Échographie-doppler des artères iliaques et des artères des membres inférieurs	1	0	73,71 €	71,82 €	69,93 €
DHQM001	Échographie-doppler transthoracique de la veine cave supérieure et de ses affluents chez l'enfant	1	0	73,71 €	71,82 €	69,93 €
DHQM002	Échographie-doppler de la veine cave inférieure et de ses affluents	1	0	73,71 €	71,82 €	69,93 €
EFQM001	Échographie-doppler des veines des membres supérieurs	1	0	73,71 €	71,82 €	69,93 €
ELQJ002	Échographie-doppler des vaisseaux pelviens et péniens, avec épreuve pharmacodynamique par injection transcutanée intracaverneuse	1	0	73,71 €	71,82 €	69,93 €
ELQM001	Échographie-doppler des vaisseaux digestifs	1	0	73,71 €	71,82 €	69,93 €
ELQM002	Échographie-doppler unilatérale ou bilatérale des vaisseaux des bourses et du cordon spermatique	1	0	73,71 €	71,82 €	69,93 €
EZQM001	Échographie-doppler d'une fistule artérioveineuse pour circulation extracorporelle	1	0	73,71 €	71,82 €	69,93 €
GBQM001	Échographie unilatérale ou bilatérale du sinus maxillaire et/ou du sinus frontal	1	0	36,86 €	35,91 €	34,97 €
GFQM001	Échographie transthoracique du médiastin, du poumon et/ou de la cavité pleurale	1	0	37,05 €	37,05 €	37,05 €
HCQM001	Échographie transcutanée des glandes salivaires	1	0	36,86 €	35,91 €	34,97 €
HLQM001	Échographie transcutanée du foie et des conduits biliaires	1	0	55,28 €	53,87 €	52,45 €
ZCQM006	Échographie transcutanée de l'étage supérieur de l'abdomen	1	0	55,28 €	53,87 €	52,45 €
ZCQM010	Échographie transcutanée de l'étage supérieur de l'abdomen et du petit bassin [pelvis]	1	0	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	1	0	73,71 €	71,82 €	69,93 €
ZCQJ002	Échographie-doppler du petit bassin [pelvis] féminin, par voie rectale et/ou vaginale [par voie cavitaire]	1	0	73,71 €	71,82 €	69,93 €
ZCQJ003	Échographie du petit bassin [pelvis] féminin, par voie rectale et/ou vaginale [par voie cavitaire]	1	0	55,28 €	53,87 €	52,45 €
ZCQM003	Échographie transcutanée du petit bassin [pelvis] féminin	1	0	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	1	0	73,71 €	71,82 €	69,93 €
JAQM002	Échographie-doppler transcutanée unilatérale ou bilatérale du rein et de ses vaisseaux	1	0	73,71 €	71,82 €	69,93 €
JAQM003	Échographie transcutanée unilatérale ou bilatérale du rein et de la région lombale	1	0	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	1	0	55,28 €	53,87 €	52,45 €
JDQJ001	Échographie de la vessie et de la prostate, par voie urétrale	1	0	55,28 €	53,87 €	52,45 €
JDQJ002	Échographie transcutanée et échographie par voie rectale et/ou vaginale [par voie cavitaire] de la vessie	1	0	55,28 €	53,87 €	52,45 €
JDQJ003	Échographie de la vessie et de la prostate, par voie rectale	1	0	55,28 €	53,87 €	52,45 €
JDQM001	Échographie transcutanée de la vessie et/ou de la prostate	1	0	55,28 €	53,87 €	52,45 €
JHQM001	Échographie transcutanée unilatérale ou bilatérale du contenu des bourses	1	0	37,05 €	37,05 €	37,05 €
JHQM002	Échographie du pénis	1	0	36,86 €	35,91 €	34,97 €
KCQM001	Échographie transcutanée de la glande thyroïde	1	0	36,86 €	35,91 €	34,97 €
PBQM002	Échographie unilatérale ou bilatérale d'une articulation	1	0	36,86 €	35,91 €	34,97 €
ZZQM001	Échographie-doppler transcutanée, au lit du malade	1	0	73,71 €	71,82 €	69,93 €
YYYY028	Guidage échographique	1	0	36,86 €	35,91 €	34,97 €
Radiographies conventionnelles						
NEQK012	Radiographie de l'articulation coxofémorale selon 4 incidences ou plus	1	0	46,55 €	46,55 €	34,44 €
NEQK035	Radiographie de l'articulation coxofémorale selon 3 incidences	1	0	33,25 €	33,25 €	31,81 €
NGQK002	Radiographie de la cheville selon 4 incidences ou plus	1	0	29,26 €	29,26 €	28,83 €
LFQK001	Radiographie du segment lombal de la colonne vertébrale selon 4 incidences ou plus	1	0	51,87 €	51,87 €	46,42 €
LFQK002	Radiographie du segment lombal de la colonne vertébrale selon 1 à 3 incidences	1	0	51,87 €	51,87 €	46,42 €
LDQK002	Radiographie du segment cervical de la colonne vertébrale selon 3 incidences ou plus	1	0	45,22 €	45,22 €	41,42 €
MFQK001	Radiographie du coude selon 3 incidences ou plus	1	0	29,26 €	29,26 €	28,83 €
HEQH002	Radiographie œso-gastro-duodénale avec opacification par produit de contraste [Transit œso-gastro-duodénal]	1	0	113,05 €	113,05 €	104,57 €
LHQK004	Téléradiographie de la colonne vertébrale en totalité selon 1 incidence	1	0	46,55 €	46,55 €	43,06 €
LHQK002	Téléradiographie de la colonne vertébrale en totalité selon 2 incidences	1	0	57,19 €	57,19 €	52,90 €
LHQK003	Téléradiographie de la colonne vertébrale en totalité selon 2 incidences avec incidence segmentaire supplémentaire	1	0	79,80 €	79,80 €	73,82 €
Actes de médecine nucléaire						
PAQL001	Scintigraphie osseuse du corps entier segment par segment en un temps [temps tardif], avec acquisition complémentaire par un collimateur	1	0	174,58 €	168,71 €	168,71 €

	sténopé					
PAQL002	Scintigraphie osseuse du corps entier en plusieurs temps	1	0	260,13 €	251,39 €	251,39 €
PAQL003	Scintigraphie osseuse du corps entier en un temps [temps tardif]	1	0	174,58 €	168,71 €	168,71 €
PAQL004	Scintigraphie osseuse segmentaire en un temps [temps tardif], avec acquisition complémentaire par un collimateur sténopé	1	0	174,58 €	168,71 €	168,71 €
PAQL005	Scintigraphie osseuse du corps entier segment par segment en plusieurs temps, sans acquisition complémentaire par un collimateur sténopé	1	0	260,13 €	251,39 €	251,39 €
PAQL006	Scintigraphie osseuse segmentaire en un temps [temps tardif], sans acquisition complémentaire par un collimateur sténopé	1	0	174,58 €	168,71 €	168,71 €
PAQL007	Scintigraphie osseuse segmentaire en plusieurs temps, avec acquisition complémentaire par un collimateur sténopé	1	0	260,13 €	251,39 €	251,39 €
PAQL008	Scintigraphie osseuse segmentaire en plusieurs temps, sans acquisition complémentaire par un collimateur sténopé	1	0	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	1	0	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	1	0	260,13 €	251,39 €	251,39 €
DAQL001	Tomoscintigraphie de perfusion myocardique après épreuve d'effort ou épreuve pharmacologique, sans synchronisation à l'électrocardiogramme	1	0	268,08 €	261,91 €	261,91 €
DAQL003	Tomoscintigraphie de perfusion myocardique de repos, sans synchronisation à l'électrocardiogramme	1	0	262,82 €	256,77 €	256,77 €
DAQL010	Tomoscintigraphie de perfusion myocardique après épreuve d'effort ou épreuve pharmacologique, avec synchronisation à l'électrocardiogramme	1	0	326,95 €	319,42 €	319,42 €
DAQL014	Tomoscintigraphie de perfusion myocardique de repos, avec synchronisation à l'électrocardiogramme	1	0	324,32 €	316,85 €	316,85 €
DAQL007	Scintigraphie myocardique sans utilisation de traceur de perfusion	1	0	176,38 €	172,32 €	172,32 €
DAQL002	Scintigraphie des cavités cardiaques au repos selon 1 incidence	1	0	272,46 €	266,19 €	266,19 €
DAQL004	Scintigraphie des cavités cardiaques pendant une épreuve d'effort ou une épreuve pharmacologique	1	0	404,75 €	395,43 €	395,43 €
DAQL008	Scintigraphie des cavités cardiaques au repos selon plusieurs incidences	1	0	272,46 €	266,19 €	266,19 €
DAQL012	Scintigraphie des cavités cardiaques à visée rythmologique	1	0	404,75 €	395,43 €	395,43 €
DAQL015	Tomoscintigraphie des cavités cardiaques au repos, avec synchronisation à l'électrocardiogramme	1	0	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	1	0	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	1	0	399,49 €	390,29 €	390,29 €

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

« Tarifs cibles applicables au 1^{er} janvier 2015 :

Tableaux

Fait à Paris, le

Pour l'Union nationale des caisses d'assurance maladie :

Le Directeur Général,

Frédéric van Rookeghem

Pour l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie :

Le Président,

Fabrice HENRY

Au titre des spécialistes

La Confédération des Syndicats Médicaux
Français,
Monsieur Michel CHASSANG, Président,

Le Syndicat des Médecins Libéraux,
Monsieur Christian JEAMBRUN, Président,

Le Bloc,
Monsieur Jean MARTY, Président

Au titre des généralistes

La Confédération des Syndicats Médicaux
Français,
Monsieur Michel CHASSANG, Président,

Médecin Généraliste de France,
Monsieur Claude LEICHER, Président,

Le Syndicat des Médecins Libéraux,
Monsieur Christian JEAMBRUN, Président,

Le Bloc,
Monsieur Philippe CUQ, Président

La Fédération des Médecins de France
Monsieur Jean-Paul HAMON, Président

Le Bloc,
Monsieur Henry MOUYSSSET, Président

La Fédération des Médecins de France
Monsieur Jean-Paul HAMON, Président

Projet d'avenant n°8