

CIRCULAIRE

CIR-10/2013

Document consultable dans Médi@m

Date :

01/07/2013

Domaine(s) :

gestion des prestations en nature

gestion du risque

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

Objet :

Décision UNCAM du 8 avril 2013 concernant la Liste des Actes et prestations (LAP) et modifiant la NGAP et la CCAM ; nouvelle version de la CCAM (V31)

Liens :

LR-DDGOS-12/2013

Plan de classement :

P10-02 P06-01

Emetteurs :

DDGOS DDO

Pièces jointes : 1

à Mesdames et Messieurs les

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

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

La décision UNCAM du 8 avril 2013 a été publiée au Journal Officiel le 31 mai 2013. Elle comprend principalement des mesures liées à la mise en œuvre de l'avenant n° 8 à la convention médicale : création de 3 majorations, convergence vers les tarifs cibles de certaines actes de la CCAM, extension du modificateur K, périodicité du C2. Elle comporte également des mesures concernant l'imagerie médicale, la séance d'acupuncture et l'acte d'assistance médicale à la procréation. D'autre part, la nouvelle version de la CCAM (V31) liée à ces modifications inclut aussi des changements tarifaires : séance d'acupuncture et actes d'imagerie. Une nouvelle base CCAM (version 31) est mise à disposition des éditeurs de logiciels, selon le circuit en vigueur.

Mots clés :

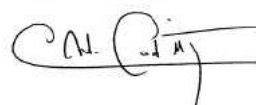
Avenant n° 8 ; majorations ; tarifs cibles ; modificateur K ; acupuncture ; actes d'imagerie.

La Directrice Déléguée
à la Gestion et à l'Organisation des Soins



Mathilde LIGNOT-LELOUP

Le Directeur Délégué
aux Opérations



Olivier de CADEVILLE

CIRCULAIRE : 10/2013

Date : 01/07/2013

Objet : Décision UNCAM du 8 avril 2013 concernant la Liste des Actes et prestations (LAP) et modifiant la NGAP et la CCAM ; nouvelle version de la CCAM (V31)

Affaire suivie par :

Pour la décision UNCAM du 8 mars 2013 et la version 31 de la CCAM :

Christine Vulont (DDGOS/DOS/DACT)

christine.vulont@cnamts.fr

Docteur Yves Allieux (DDGOS/DOS/DACT)

yves.allieux@cnamts.fr

Pour toutes les mesures liées à l'avenant n° 8 à la convention médicale : Avenant8-cas@cnamts.fr

Cette circulaire porte principalement sur le contenu de la décision UNCAM du 8 avril 2013, publiée au Journal Officiel du 31 mai 2013 et dont les mesures sont applicables au 1^{er} juillet 2013.

Les mesures concernant les médecins de secteur 2 et 1 DP adhérant au contrat d'accès aux soins ne seront pas effectives à cette date puisque le contrat ne sera pas entré en vigueur à cette date. Aussi, les mesures contenues dans cette décision ne concerneront au 1^{er} juillet prochain **que les seuls médecins de secteur 1** (et les médecins de secteur 2 et 1 DP lorsqu'ils reçoivent des patients bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé). Les caisses et les médecins seront informés dès que le contrat entrera en vigueur de la date d'application de ces mesures.

Les mesures contenues dans la décision UNCAM du 8 avril 2013 sont principalement issues de l'avenant n° 8 à la convention médicale, mais certaines concernent aussi d'autres domaines de la Liste des Actes et Prestations : imagerie, acupuncture, AMP.

Remarque : les deux nouvelles rémunérations forfaitaires prévues dans l'avenant n° 8 pour le suivi par le médecin traitant des patients non en ALD (FMT : 5 € par patient /an) et le suivi des personnes âgées de plus de 85 ans (MPA : rémunération forfaitaire par acte de 5 €), qui entrent également en vigueur au 1^{er} juillet 2013, ne figurent pas dans la décision UNCAM du 8 avril 2013 dans la mesure où elles relèvent uniquement de dispositions conventionnelles.

Cette circulaire présente également les modifications intégrées dans la nouvelle version de la CCAM (version 31) et qui ne résultent pas de la décision UNCAM. Il s'agit de mesures tarifaires concernant

l'imagerie médicale et la séance d'acupuncture et qui figuraient dans des dispositions conventionnelles.

I – MESURES PREVUES PAR L'AVENANT N° 8

L'avenant n° 8 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, approuvé par arrêté du 29 novembre 2012, et publié au Journal Officiel du 7 décembre 2012, s'articulait autour de 4 points principaux (cf. la LR 12/2013 du 4 mars 2013).

Deux points ont déjà été mis en œuvre. Il s'agit de :

- la garantie de l'accès aux soins à tarifs opposables pour les patients disposant de l'attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (décision UNCAM du 26 décembre 2012 et info Médiam du 14 février 2013),
- la mise en place d'une procédure de sanctions pour les pratiques tarifaires excessives (LR-DCCRF 1/2013 du 28 février 2013).

Pour que les deux autres points puissent être appliqués, il convenait de modifier la Liste des actes et prestations (LAP) afin de :

- créer trois nouvelles majorations à la NGAP pour certaines consultations ;
- créer de nouveaux modificateurs à la CCAM afin de revaloriser les actes gagnants de certaines spécialités ;
- rendre applicables les majorations MNP, MPE, MPC et le modificateur K aux médecins de secteur 2 et 1DP adhérent au contrat d'accès aux soins (CAS) ;
- étendre le modificateur K aux actes d'accouchement ;
- modifier la périodicité de l'avis ponctuel de consultant.

La décision UNCAM du 8 avril 2013 procède à ces modifications.

I.1. CREATION DE 3 NOUVELLES MAJORATIONS POUR DES CONSULTATIONS SPECIFIQUES

Les partenaires conventionnels ont acté la nécessité de revaloriser l'activité clinique et de développer de nouveaux modes de rémunération. Dans ce cadre, ils ont proposé la création de deux nouvelles majorations permettant la valorisation de consultations longues et complexes réalisées par le médecin traitant, à tarif opposable, pour améliorer la prise en charge en sortie d'hospitalisation et d'une majoration pour les pédiatres assurant le suivi des enfants nés grands prématurés et des jeunes enfants atteints de maladie congénitale grave (article 7 de l'avenant n° 8 à la convention médicale).

Trois nouveaux articles sont donc créés à la première partie des dispositions générales de la NGAP (article III-4-I de la LAP).

I.1.1. NGAP : création de la majoration pour un patient insuffisant cardiaque après hospitalisation (MIC) - article 15.5.

Afin d'améliorer le suivi des patients insuffisants cardiaques après une hospitalisation pour une décompensation de leur affection, une majoration pour consultation longue et complexe est créée.

La décision UNCAM du 8 avril 2013 crée **un nouvel article 15.5 à la NGAP** qui décrit le contenu de cette nouvelle consultation donnant lieu à facturation de ladite majoration.

Les **conditions de facturation** de cette majoration sont les suivantes :

- acte réalisé par le médecin traitant au cabinet ou au domicile du patient,
- pour des patients insuffisants cardiaques polyopathologiques et polymédicamentés,
- ayant été hospitalisés en unité de court séjour pour un épisode de décompensation de leur pathologie.

Ces conditions de facturation sont cumulatives.

A noter : l'article 7 de l'avenant n° 8 à la convention prévoyant que « *les médecins correspondants concernés (psychiatres, cardiologues) pourront réaliser les consultations dans le cadre du parcours de soins coordonnés* », si c'est le cardiologue correspondant du patient qui reçoit le malade après hospitalisation, il peut coter cette majoration.

Cette majoration ne peut être facturée qu'une seule fois, avec une consultation à tarif opposable, après un séjour hospitalier pour décompensation de la pathologie. Cette consultation donnant lieu à la majoration MIC doit être réalisée avant la fin du 2^{ème} mois suivant la sortie d'hospitalisation.

Elle est facturable par les médecins de secteur 1 ou les médecins de secteur 2 et 1 DP adhérent au contrat d'accès aux soins (dès lors que celui-ci sera entré en vigueur pour ces derniers). Par dérogation, elle est cotable, par les médecins de secteur 2 non adhérent pour les patients bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) , avec une consultation réalisée à tarif opposable.

La MIC ne se cumule pas avec la MSH décrite à l'article 15.6 (cf. I.1.2 infra)

La valeur de la MIC est de 23 € en métropole, quel que soit le type de consultation associée et donc de la valeur de cette dernière (C, V, CS ou VS). Elle est de 25,30 € aux Antilles et de 27,60 € en Guyane, à la Réunion et Mayotte.

L'avis de consultant (C2) ne peut pas - par définition - ouvrir droit à la MIC. De même, la consultation spécifique au cabinet par un médecin spécialiste en pathologie cardiovasculaire ou en cardiologie (CsC), prévue à l'article 15.1 de la NGAP, ne peut ouvrir droit à la MIC car la CsC « ne peut être appliquée dans le cadre du suivi direct du patient ».

Le taux de remboursement de la MIC est identique à celui appliqué à la consultation. Cette majoration n'est pas liée à une prise en charge au titre d'une affection de longue durée (ALD).

I.1.2. NGAP : création de la majoration de sortie d'hospitalisation (MSH)- article 15.6.

Le nouvel article 27.3 de la convention nationale du 26 juillet 2011, issu de l'article 7 de l'avenant n° 8 à la convention médicale, propose la création d'une majoration permettant la mise en place d'une consultation longue pour « *des patients ayant subi une intervention chirurgicale avec altération de l'autonomie nécessitant un suivi rapproché et coordonné ou chez lesquels a été diagnostiqué, au décours de cette hospitalisation, une pathologie chronique grave ou une décompensation d'une pathologie chronique préexistante* ».

La décision UNCAM du 8 avril 2013 crée un nouvel article 15.6. à la NGAP « Majoration pour la consultation de suivi de sortie d'hospitalisation de court séjour des patients à forte comorbidité » et décrit le contenu de cette consultation.

Les conditions de facturation de cette majoration sont les suivantes :

- acte réalisé par le médecin traitant au cabinet ou au domicile du patient,
- après hospitalisation avec notion de sévérité en service de court séjour ou de psychiatrie pour une intervention chirurgicale ou pour une pathologie chronique grave,
- dans les 30 jours suivant l'hospitalisation, la date de sortie faisant courir ce délai.

Ces conditions de facturation sont cumulatives.

A noter : l'article 7 de l'avenant n° 8 à la convention prévoyant que « *les médecins correspondants concernés (psychiatres, cardiologues) pourront réaliser les consultations dans le cadre du parcours de soins coordonnés* », si c'est le psychiatre (psychiatre, neuropsychiatre ou pédopsychiatre) correspondant du patient qui reçoit le malade après hospitalisation, il peut coter cette majoration.

Cette majoration ne peut être facturée qu'une seule fois, avec une consultation à tarif opposable, après un séjour hospitalier, par les médecins de secteur 1 ou les médecins de secteur 2 et 1 DP adhérent au contrat d'accès aux soins (dès lors que celui-ci sera entré en vigueur pour ces derniers). Par dérogation, elle est cotable, par les médecins de secteur 2 non adhérent au contrat au CAS pour les patients bénéficiant de la CMUC ou de l'ACS, avec une consultation réalisée à tarif opposable.

La MSH ne se cumule pas avec la majoration MIC (cf. I.1.1. supra).

La valeur de la MSH est de 23 €, quel que soit le type de consultation associée et donc de la valeur de cette dernière (C, V, CS, VS, CNPSY ou VNPSY). Elle est de 25,30 € aux Antilles et de 27,60 € en Guyane, à la Réunion et Mayotte.

Le taux de remboursement de la MSH est identique à celui appliqué à la consultation.

I.1.3. NGAP : création de la majoration de suivi par le pédiatre des enfants nés grands prématurés ou atteints de pathologie congénitale grave (MPP) - article 15.7.

Le nouvel article 27.3 de la convention nationale du 26 juillet 2011, issu de l'avenant n° 8, reconnaît le « *rôle des pédiatres dans la prise en charge des nouveau-nés grands prématurés et des jeunes enfants atteints de maladie congénitale grave* ».

La décision UNCAM du 8 avril 2013 crée **l'article 15.7 à la NGAP** « *Majoration de suivi par le pédiatre des enfants nés grands prématurés ou atteints d'une pathologie congénitale grave* » qui décrit le contenu de la consultation donnant lieu à la facturation de cette majoration MPP.

Les conditions de facturation de cette majoration sont les suivantes :

- acte réalisé par un pédiatre,
- auprès d'un enfant né grand prématuré ou atteint d'une maladie congénitale grave.

Ces conditions sont cumulatives

Cette majoration ne peut être cotée que par les pédiatres de secteur 1 ou les pédiatres de secteur 2 et 1 DP adhérent au contrat d'accès aux soins (dès lors que celui-ci sera entré en vigueur pour ces derniers). Par dérogation, elle est cotable par les pédiatres de secteur 2 non adhérent pour les patients bénéficiant de la CMUC ou de l'ACS, avec une consultation réalisée à tarif opposable.

La MPP est cumulable avec les majorations FPE, MNP, MPE, MBB et MAS.

La valeur de la MPP est de 5 € Son taux de remboursement est identique à celui appliqué à la consultation.

I.2. CONVERGENCE VERS LES TARIFS CIBLES : CREATION DE 4 NOUVEAUX MODIFICATEURS TRANSITOIRES

L'article 7 de l'avenant n° 8 à la convention médicale modifie l'article 28.1. – CCAM technique de la convention nationale et prévoit « (...) *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 au 1^{er} janvier 2015* ».

Pour mettre en œuvre les 2 premières étapes, il a été décidé de créer des modificateurs, se présentant sous forme de pourcentages¹, afin de revaloriser les tarifs des actes concernés pour les médecins exerçant en secteur 1 et les médecins de secteur 2 et 1DP adhérant au contrat d'accès aux soins (dès lors que celui-ci sera entré en vigueur pour ces derniers). Les spécialités concernées par ces modifications tarifaires sont listées dans ce même article.

Quatre nouveaux codes ont été créés. Trois lettres : O, X, I et un chiffre : 9. Le libellé commun de ces codes est « modificateur transitoire de convergence vers la cible ». Ce libellé est suivi d'un numéro de 1 à 4.

Ces nouveaux modificateurs peuvent être utilisés seuls ou en combinant deux modificateurs distincts ou deux fois le même modificateur (rappel : l'article I-9 du Livre I limite à 4 le nombre de modificateurs facturables).

Les nouveaux modificateurs sont inscrits :

- au livre II (CCAM), au chapitre 19 « Adaptations pour la CCAM transitoire », à la subdivision 19.03.04 « Autres modificateurs » ;
- à l'article III-2 de la LAP, qui concerne les modificateurs et leurs codes, un paragraphe est inséré avant le dernier alinéa qui explicite les modalités de combinaison de ces nouveaux modificateurs ;
- à l'annexe 1 de la LAP « Valeur monétaire et pourcentage des modificateurs ».

Dans la CCAM, les modificateurs sont indiqués en regard de chacun des actes concernés, conformément à l'article I-9 du Livre I. Les médecins de secteur 2 non adhérant au CAS ne peuvent facturer ces nouveaux modificateurs et doivent donc appliquer le seul tarif de base.

Les valeurs des modificateurs sont les suivantes :

Code	Valeur du 1^{er} juillet 2013 au 28 février 2014	Valeur du 1^{er} mars 2014 au 31 décembre 2014
X	+8%	+16%
I	+4,6%	+9,2%
9	+1,9%	+3,7%
O	+0,3%	+0,6%

Pour plus de lisibilité pour les médecins de secteur 1 et les médecins de secteur 2 et 1 DP adhérant au contrat d'accès aux soins (dès lors que celui-ci sera entré en vigueur pour ces derniers), la décision UNCAM du 8 avril 2013 crée une annexe 6 à la liste des actes et prestations qui indique, pour chaque

¹ Comme les modificateurs J ou K déjà existants

acte concerné, les valeurs intermédiaires² résultant de l'application des nouveaux modificateurs. Cette annexe 6 est jointe à la présente circulaire.

Le tableau de cette annexe (qui contient plus de 3 700 actes) se présente de la façon suivante :

Code Acte	Activité	Phase	Nouveaux modificateurs	Application des modificateurs au tarif 1er juillet 2013 au 28 février 2014	Application des modificateurs au tarif du 1er mars 2014 au 31 décembre 2014
AAFA001	1	0	9 9	617,50	638,91
AAFA002	1	0	O I	551,26	577,01
AAFA003	1	0	O I	852,98	892,83
(...)					

A l'instar des modificateurs déjà existants, il appartient au médecin de renseigner les codes autorisés. A noter que certains actes autorisent l'application de deux modificateurs identiques (exemple : AAFA001 : 2 fois le modificateur 9).

Consigne spécifique de facturation d'acte avec demande de remboursement exceptionnel demandé sur feuille de soins papier

Lors de la facturation sur feuille de soins papier d'un acte CCAM avec le nouveau modificateur X (+8%), il peut y avoir confusion avec l'information « *Remboursement exceptionnel demandé* » (Articles I.3 et I.4 de la LAP), notée elle aussi « X » dans cette même colonne « Autres actes (...) éléments de tarification CCAM ».

Pour éviter cette confusion, il est demandé au médecin, à chaque demande de remboursement exceptionnel pour un acte l'autorisant (cette consigne ne s'applique pas aux factures électroniques) d'indiquer, dès le 1^{er} juillet 2013, sur la feuille de soins papier, en toutes lettres « *Remboursement Exceptionnel* » en dessous de tout acte remboursable sous conditions dès lors que le remboursement exceptionnel est demandé.

En revanche, aucune mention spécifique n'est à indiquer lors de la facturation du modificateur X.

I.3. AUTRES MESURES PREVUES PAR L'AVENANT N° 8

I.3.1. Pour les médecins adhérant au Contrat d'accès aux soins (CAS)

Afin de permettre aux patients de bénéficier d'une meilleure prise en charge de certaines de leurs consultations, l'article 37 « Tarifs de remboursement applicables aux soins réalisés par les praticiens adhérant au contrat d'accès aux soins » de l'avenant n° 8 à la convention médicale prévoit que « *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* ».

La décision UNCAM du 8 avril 2013 adapte en ce sens la rédaction de trois majorations de la NGAP et du modificateur K de la CCAM.

➤ Application des majorations MPC, MNP et MPE pour les médecins adhérant au CAS

La majoration forfaitaire transitoire destinée aux spécialistes (**MPC** - article 2 bis de la NGAP), la majoration pour la prise en charge des nourrissons par le pédiatre (**MNP** - article 14.4 bis de la NGAP) et la majoration pour la prise en charge des enfants de 25 mois à 6 ans par le pédiatre (**MPE** - article

² Les tarifs cibles sont indiqués à l'annexe XXV de la convention médicale (annexe créée par l'avenant n°8).

14.4 *quinquies* de la NGAP) sont facturables par les médecins de secteur 1 et, par dérogation, par les médecins de secteur 2 quand ils reçoivent des bénéficiaires du droit à la complémentaire santé (CMUC) ou disposant de l'attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

La décision UNCAM du 8 avril 2013 élargit le champ d'application de ces 3 majorations aux médecins de secteur 2 et 1 DP adhérant au contrat d'accès aux soins (sous réserve de l'entrée en vigueur du contrat).

➤ Application du modificateur K pour les médecins adhérant au CAS

Le modificateur K concerne (Livre II, chapitre 19.03.04) « les chirurgiens en secteur 1 ou de secteur 2 ou 1 DP ayant opté pour l'option de coordination, pour les actes admettant la majoration transitoire de chirurgie ».

Deux dérogations étaient prévues :

- pour les chirurgiens autorisés à pratiquer des honoraires différents pour les actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé (CMUC) et aux patients disposant de l'attestation de droit à l'aide à l'ACS,
- pour les actes dispensés en urgence dès lors que le chirurgien respectait pour ces actes les tarifs opposables.

La décision UNCAM du 8 avril 2013 ouvre ce modificateur aux chirurgiens ayant adhéré au contrat d'accès aux soins, les deux dérogations ci-dessus restant identiques.

Dans l'hypothèse où l'entrée en vigueur du contrat d'accès aux soins serait reportée après le 1^{er} juillet 2013 (cf. supra) les médecins adhérant à l'option de coordination continueront transitoirement de pouvoir coter ce modificateur. Cette option sera supprimée dès l'entrée en vigueur du contrat d'accès aux soins.

I.3.2. Extension du modificateur K aux actes d'accouchement

L'article 7 de l'avenant n° 8 à la convention médicale modifie l'article 28.1. – CCAM technique afin de proposer « (...) *d'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 contrat d'accès aux soins.*» (sous réserve de l'entrée en vigueur de celui-ci pour ces derniers).

Tous les actes accouchement, par voie naturelle ou par césarienne, sont concernés.

La décision UNCAM du 8 avril 2013 modifie la LAP à 4 niveaux :

➤ **au Livre II :**

- aux subdivisions 09.03.03.01 « Accouchement par voie naturelle » et 09.03.03.02 « Accouchement par césarienne », le modificateur K est ajouté en regard de chacun des actes ;
- à la subdivision 19.03.04 « *Autres modificateurs* », les actes d'accouchement et la mention des gynécologues-obstétriciens sont introduits dans le libellé du code K.

➤ **au Livre III,**

à l'article III-2 des dispositions générales et diverses de la CCAM « Majoration forfait modulable pour les actes ayant droit au modificateur J cité ci-dessus ; le code est K » les actes d'accouchement et la mention des gynécologues-obstétriciens sont introduits.

- à l'annexe 1 « valeur monétaire et pourcentage des modificateurs » la nouvelle rédaction³ devient : « Majoration forfait modulable pour les actes d'accouchement et pour les actes ayant droit au modificateur J ».

Deux dérogations sont prévues :

- pour les gynécologues-obstétriciens autorisés à pratiquer des honoraires différents (secteur 2 et 1 DP) n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins pour les actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé (CMUC) ou aux patients disposant de l'attestation de droit à l'aide à l'ACS,
- pour les actes dispensés en urgence dès lors que le gynécologue-obstétricien respecte pour ces actes les tarifs opposables.

I.3.3. Modification de la périodicité de l'avis ponctuel de consultant (C2)

Le nouvel article 27.3 à la convention nationale du 26 juillet 2011, issu de l'article 7 de l'avenant n° 8, propose que l'article 18 de la NGAP soit modifié de manière à ce que 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 ».

La décision UNCAM du 8 avril 2013 modifie l'article 18 B. de la NGAP :

au 3^{ème} alinéa du paragraphe « Principes », les mots « 6 mois » sont remplacés par les mots « 4 mois ».

II – MESURES DIVERSES

II.1. MESURES LIEES AU PROTOCOLE D'ACCORD SUR L'IMAGERIE MEDICALE

La version 31 de la CCAM contient des mesures tarifaires relatives à l'imagerie et qui entrent en vigueur au 1^{er} juillet 2013.

La plupart de ces mesures (baisse du tarif de certains actes d'imagerie) sont mentionnées dans l'avenant n° 8 à la convention médicale (cf. notamment les modifications apportées à l'annexe XXIV intitulée « Tarifs des actes de la CCAM technique »).

Concernant les forfaits techniques, les tarifs seront mis à jour dans les bases informationnelles utilisées à la date d'application de ces mesures (BREX ou RFOS) par les caisses chargées de ces opérations de maintenance.

La décision UNCAM du 8 avril publiée au JO du 31 mai 2013 comporte deux autres mesures liées au protocole d'accord sur l'imagerie médicale.

II.1. 1 Actes de scanographie : abatement du second forfait technique

La réalisation conjointe d'exams de plusieurs régions anatomiques est de plus en plus facilitée par les évolutions technologiques des appareils de scanographie. Les charges d'exploitation de ces

³Le pourcentage est inchangé à 11,5%.

équipements sont donc plus faibles. Cette diminution des charges intervient de façon continue depuis plusieurs années.

La minoration du second forfait technique de scanographie, facturé pour les associations ou procédures CCAM portant sur l'examen conjoint de plusieurs régions anatomiques, est donc portée à 85%.

La décision UNCAM du 8 avril 2013 modifie l'article III-3 B) 2. Dérogations, au paragraphe e), en remplaçant les mots « 75% » par les mots « 85 % ».

II.1.2. Suppression du supplément pour injection de produit de contraste

L'acte YYYYY467 « Supplément pour injection intraveineuse de produit de contraste au cours d'un examen radiographique ou scanographique », au tarif de 9,60 € correspond à un geste constitutif de l'acte global. A ce titre, il ne convient pas de le maintenir dans la CCAM transitoire.

En conséquence, la décision UNCAM du 8 avril supprime au livre II (CCAM), à la subdivision 19.02.07 « Radiologie », l'acte YYYYY467.

Le libellé du supplément YYYYY467 ne faisant pas référence à la nature du produit utilisé, c'est bien l'acte d'injection de l'ensemble des produits de contraste, y compris celle des produits iodés, qui est supprimé.

Le libellé des actes autorisant la facturation de cet acte en association avec l'acte principal n'a pas été modifié, mais cet acte YYYYY467 n'apparaît plus dans la liste des associations autorisées.

II.2. MESURES CCAM

II.2.1. Modification des indications de la séance d'acupuncture

L'article 27.3 -Valorisation de la pratique des médecins à expertise particulière de la convention du 26 juillet 2011, (article devenu depuis la signature de l'avenant n° 8 l'article 27.5) prévoyait que « la valeur de l'acte QZRB001 soit portée à 18 € dès lors que ses conditions de réalisation auront été précisées dans la nomenclature. ».

La décision UNCAM du 8 avril 2013 précise les indications telles qu'elles ont été redéfinies en 4 grandes catégories, selon la description ci-dessous :

CODE	TEXTE	ACTIVITÉ	PHASE
QZRB001	Séance d'acupuncture <i>Indication : traitement adjuvant et de deuxième intention chez l'adulte :</i> – nausées et vomissements en alternative thérapeutique – antalgique en association à d'autre traitement – syndrome anxiodépressif, en association avec un programme de prise en charge globale – aide au sevrage alcoolique et tabagique <i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	1	0

A noter que la notion de recueil prospectif de données a été supprimée, mais que la formation demandée reste identique.

Dès lors que les conditions de réalisation de la séance d'acupuncture ont pu être redéfinies, le tarif de l'acte QZRB001 est porté à 18 € dans la version 31 de la CCAM. La nouvelle note de facturation et le nouveau tarif entrent en vigueur le 1^{er} juillet 2013.

Tous les médecins sont concernés, quel que soit le secteur d'activité dans lequel ils exercent.

Remarque :

Il n'a pas été possible d'intégrer dans les fichiers informatiques de la version 31 de la CCAM la nouvelle note de facturation de la séance d'acupuncture (QZRB001) figurant dans la décision UNCAM du 8 avril 2013 et publiée au JO du 31 mai 2013. Mais, afin de ne pas pénaliser les médecins acupuncteurs, le nouveau tarif de 18 € est bien applicable à compter du 1er juillet 2013. La nouvelle note de facturation sera intégrée dans la prochaine version informatique de la CCAM

Lors de la signature de l'avenant n° 8 à la convention médicale le 25 octobre 2012, l'acte QZRB001 faisait partie de la liste des actes devant atteindre le tarif cible au 1er janvier 2015. Les conditions de réalisation de la séance d'acupuncture ayant été précisées depuis lors et le tarif porté à 18 € en application des dispositions de la convention médicale du 26 juillet 2011, il n'était plus nécessaire que cet acte figure dans l'annexe 6 de la décision UNCAM du 8 avril 2013 (acte supprimé de l'annexe).

II.2.2. Acte d'assistance médicale à la procréation (AMP) : modification de l'acte d'anesthésie associé au transfert intra-utérin d'embryon par voie vaginale

L'acte JSED001 «Transfert intra-utérin d'embryon, par voie vaginale» est inscrit à la CCAM, au chapitre 9. Actes concernant la procréation, la grossesse et le nouveau-né, associé à un acte d'anesthésie en activité 4, ce qui correspond à un acte nécessitant habituellement une anesthésie générale ou locorégionale.

Pour l'année 2011, en privé, 0,41% de ces actes sont codés avec une activité d'anesthésie. La même année, en public, 3,63% de ces actes réalisés en externe sont codés avec une activité d'anesthésie et 12% de ceux réalisés en hospitalisation. L'activité d'anesthésie ne rentre donc pas dans les critères d'une anesthésie «habituellement» effectuée pour cet acte. En conséquence, le code activité 4 lié à cet acte est supprimé.

Les dispositions générales de la Liste des Actes et Prestations, Article I-7, Anesthésie-réanimation précisent «Pour les actes dont le code principal n'est pas complété par ce code activité spécifique, il est possible de coder et facturer la réalisation de l'anesthésie complémentaire de l'acte, qui est indiquée en regard de celui-ci, ou, si aucune n'est indiquée, de l'anesthésie générale ou locorégionale complémentaire de niveau 1 (ZZLP025)». Ainsi, si une anesthésie est nécessaire, elle peut être codée et facturée avec le code ZZLP025.

Par ailleurs, l'acte JSED001 est désormais inscrit sur la liste des actes donnant lieu à rémunération des forfaits SE « sécurité environnement». Il ouvre droit à la facturation d'un forfait SE2 depuis le 1er mars 2013 (cf. Arrêté du 18 février 2013 modifiant l'arrêté du 19 février 2009 modifié relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.).