

Synthèse des documents relatifs à la réforme de la CCAM

Ce travail a été réalisé par l'équipe de la FNMR. En noir, les articles relatifs à la réforme de la CCAM extraits de la convention médicale 2024-2029 et de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2023 (Art 49). En bleu, les commentaires de la FNMR. Ces points pourront amorcer d'éventuelles négociations avec la CNAM et le ministère de la santé.

Liste des documents :

- **Convention médicale 2024-2029**
 - *Article 83 : Valorisation du temps clinique associé à certains actes*
 - *Article 84 : Révision et rénovation de la CCAM*
 - *Article 85 : Valorisation des actes techniques*
 - *Annexe 1 : Tarif (dont forfaits techniques)*
 - *Annexe 2 : Commission de hiérarchisation et tarifs des actes de la CCAM*
- **LFSS 2023**
 - *Article 49 : Étude sur les coûts des charges de l'imagerie médicale*

Principales informations :

La CCAM sera rénovée d'après les travaux scientifiques du HCN. L'actuelle CCAM est revalorisée par anticipation en 2 étapes par augmentation du facteur de conversion monétaire des actes CCAM (pour un montant de 240M€) : 1^{er} janvier 2025 : 0,455€ et 1^{er} juillet 2025 : 0,47€

Calendrier

- Avant l'été 2024 : réunion pour lancer les travaux de calcul de charges (afin de réviser les coûts de la pratique).
- Décembre 2024 : dès signature de la convention, finalisation des travaux d'études préliminaires par le service statistique ministériel et auditeurs extérieurs choisis par les partenaires conventionnels.
- Avant le 1^{er} mai 2025 : le HCN transmet son rapport de propositions pour une rénovation de la CCAM.
- Mai 2025 : fin des travaux techniques, réunion de conclusion.

Les nouveaux tarifs de la CCAM, décidés après les travaux, seront intégrés dans un avenant.

Convention médicale 2024-2029 :

Article 83 : Valorisation du temps clinique associé à certains actes

Titre 2 : La valorisation de l'activité technique

Les partenaires conventionnels souhaitent mieux prendre en compte les évolutions des pratiques médicales et rénover ainsi en profondeur la CCAM afin de mieux valoriser l'activité technique des médecins libéraux.

A cette fin, les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité de :

- Rénover la Classification Commune des Actes Médicaux, sur la base des travaux scientifiques de révision réalisés sous l'égide du Haut Conseil des Nomenclatures (HCN) ;

- Revaloriser, y compris par anticipation des travaux du HCN, l'actuelle CCAM afin de prendre en compte les spécificités des spécialités médicales ayant une forte composante technique ;
A ce titre, la FNMR s'assurera que les spécificités de la radiologie soient prises en compte et respectées.
- Permettre une dynamique de maintenance au fil de l'eau des actes techniques, via l'inscription d'actes nouveaux validés par la Haute Autorité de Santé (HAS) et la maintenance des actes déjà inscrits, en lien avec le HCN.

Un suivi régulier des différentes mesures mises en place pour les spécialités techniques continuera d'être réalisé dans le cadre de la CPN.

Article 84 : Révision, rénovation de la CCAM

Les partenaires conventionnels soulignent leur soutien à la révision de la CCAM portée par le Haut Conseil des Nomenclatures en ce qu'elle permet de prendre en compte l'évolution des techniques médicales et chirurgicales. La classification issue de ces travaux aboutira à une nouvelle hiérarchisation pour chacun des actes techniques dont les positionnements relatifs seront ainsi actualisés.

À l'issue des travaux scientifiques de révision de la description des libellés et des notes et de la hiérarchisation du travail médical des actes, le Haut Conseil des Nomenclatures transmettra son rapport de propositions concernant ces travaux pour une rénovation de la CCAM avant le 1er mai 2025.

Les signataires souhaitent d'ores et déjà retenir certaines orientations des travaux du HCN pour la future CCAM :

- La définition de modificateurs descriptifs suivants liés aux caractéristiques du patient et impactant le travail médical : l'âge du patient mineur pour les activités pédiatriques ; l'obésité morbide (classe III de l'OMS) ; la ré-intervention chirurgicale sur un même site opératoire ou post-radiothérapie. Il est demandé au HCN de proposer, pour chacun de ces modificateurs descriptifs, une liste d'actes qui leur seraient éligibles ;
- La révision à 10 jours de la période post-interventionnelle définie aujourd'hui à 15 jours aux articles I-6 et I-7 de la liste des actes et prestations (LAP) ;
- L'expérimentation, mise en œuvre d'ici fin 2024 et jusqu'à l'entrée en vigueur de la nouvelle CCAM, d'une nouvelle règle dérogatoire d'associations d'actes techniques relatifs à la prise en charge chirurgicale de l'endométriose ; ce cumul est rendu possible sur une liste restrictive d'actes définie par le HCN (annexe 23). Pour ces actes, l'association de trois actes au plus, y compris gestes complémentaires, peuvent être tarifés. L'acte dont le tarif, hors modificateurs, est le plus élevé est tarifé à taux plein, le deuxième est tarifé à 75% de sa valeur et le troisième à 50% de sa valeur. L'objectif est d'expérimenter avant l'entrée en vigueur de la CCAM le principe d'une tarification d'association d'actes assouplie pour certaines interventions très spécifiques, le cas échéant pour la faire entrer dans le droit commun dans le cadre de l'entrée en vigueur de la nouvelle CCAM. L'expérimentation prévue pour la chirurgie de l'endométriose pourra être élargie, par décision de l'UNCAM, jusqu'à février 2025 à d'autres interventions, sur proposition du Haut Conseil à la Nomenclature.

Cette rénovation de la CCAM nécessitera de réviser aussi les coûts de la pratique, seconde composante de la valorisation des actes selon la méthodologie CCAM. Les signataires s'engagent ainsi à mettre en place, une réunion de lancement des travaux de calcul des charges avant l'été 2024.

Les travaux d'études préliminaires seront réalisés par le service statistique ministériel et des auditeurs extérieurs et indépendants choisis par les partenaires conventionnels dès la signature de la convention pour être finalisés en décembre 2024.

La FNMR fait partie des différents syndicats représentatifs signataires de la nouvelle convention médicale. La signature d'Avenir Spé, syndicat majoritaire chez les spécialistes, était indispensable afin que la FNMR puisse être entendue dans le cadre des travaux à venir. La FNMR sera très vigilante et souhaite être consultée sur le choix des auditeurs extérieurs et indépendants. Elle s'assurera de la qualité de l'échantillon représentatif et de la méthodologie de l'étude qui devra impérativement prendre en compte la diversité de l'exercice radiologique français, qui va du cabinet de ville de proximité au CHU.

La fin des travaux techniques marquée par une réunion de conclusion sera prévue en mai 2025.

La mise en œuvre de la rénovation de la CCAM se fera au sein des instances compétentes, en particulier la commission de hiérarchisation des actes et prestations. Les partenaires conventionnels conviennent d'inscrire au Livre II de la liste des actes et prestations, mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, en avance de phase et à tarification inchangée, les actes redécrits et validés par le HCN afin d'anticiper les évolutions de pratiques de cotation.

Les dispositions générales et diverses relatives aux actes techniques définies aux Livres Ier et III de la LAP pourront évoluer au regard de l'état des pratiques médicales, des impacts sur les parcours de soins des patients et sur les dépenses de l'Assurance Maladie.

Les partenaires conventionnels s'engagent à intégrer dans un avenant dédié aux seules mesures relatives à la CCAM et ses conséquences la nouvelle nomenclature des actes techniques issue des travaux du Haut Conseil des Nomenclatures. Les nouveaux tarifs des actes de la classification commune des actes médicaux seront le résultat de l'application stricte de la nouvelle hiérarchisation des actes et de la réévaluation des coefficients de charges par spécialité médicale ou famille d'actes.

L'enveloppe consacrée à la CCAM au moment de l'entrée en vigueur des nouveaux tarifs remboursables sera définie selon la projection faite de la taille de cette enveloppe au moment de l'entrée en vigueur de la réforme. Les partenaires conventionnels décident d'ores et déjà de provisionner l'équivalent de 240 millions d'euros supplémentaires afin de faciliter la mise en œuvre de la future CCAM sur les tarifs.

Article 85 : Valorisation des actes techniques

Article 85-1 : Revalorisation de tarifs des actes techniques dans le contexte d'inflation et de révision de la CCAM

Les partenaires conventionnels s'accordent pour revaloriser les actes techniques afin de renforcer l'attractivité des spécialités médicales ayant une forte dominante technique. Sans attendre la révision de la CCAM, ils s'accordent à revaloriser le facteur de conversion monétaire (FC) d'actes techniques de la CCAM en vigueur. Le facteur de conversion monétaire de ces actes est fixé à 0,455 à la date du 1^{er} janvier 2025 et à 0,47 à la date du 1^{er} juillet 2025. Les tarifs revalorisés sont mentionnés en annexe 24. Le tarif du Forfait Sécurité Dermatologie FSD sera fixé à 45.

Article 85-2 (doublon) : Réajustement des tarifs des actes de radiothérapie

Les partenaires conventionnels conviennent d'ajuster les honoraires de certains actes compte tenu de l'évolution des techniques et des coûts. Ils décident de baisser de 5% au 1^{er} janvier 2025 les tarifs de l'ensemble des actes de traitement par irradiation y compris les actes de préparation et à l'exclusion des actes de curiethérapie.

Article 85-4 : Valorisation des actes CCAM réalisés dans les DROM

Les partenaires s'accordent à majorer les actes CCAM bénéficiant à ce jour d'un coefficient de majoration dans les DROM à 3% en portant ce coefficient à 4% à compter du 1^{er} janvier 2026.

Article 86 : Révision et rénovation de la CCAM

Les partenaires conventionnels s'accordent pour poursuivre en parallèle la maintenance prospective de la CCAM par l'inscription d'actes manquants ou innovants à la Liste des actes et prestations mentionnée aux articles L. 162-1-7 et D. 162-25-1 du code de la sécurité sociale, le cas échéant à titre provisoire, selon les avis et les évaluations de la Haute Autorité de santé (HAS) et les rapports du HCN.

Ils souhaitent également, qu'au-delà de la révision actuelle de la CCAM, les actes techniques déjà inscrits puissent être réévalués de façon régulière au regard de l'évolution des pratiques médicales et de la diffusion des pratiques innovantes. Il est demandé au Haut Conseil des Nomenclatures de proposer à la

Commission de Hiérarchisation des Actes et Prestations (CHAP) définie à l'annexe 2 une méthodologie de re-hiérarchisation, permettant cette maintenance des actes techniques.

Annexe 1 : Tarif (dont forfaits techniques)

Les modalités pratiques de facturation et de règlement du forfait technique dans le cadre de la procédure de dispense d'avance des frais et les modalités d'application des conditions d'exonération du ticket modérateur sont fixées par une convention conclue au niveau local.

Le forfait technique rémunère les frais d'amortissement et de fonctionnement de l'appareil (locaux, équipement principal et annexe, maintenance, personnel non médical, consommables, frais liés à l'archivage numérique des images, frais de gestion, assurance, cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises, ...). La durée de l'amortissement des appareils est calculée sur sept ans. Pour les matériels considérés comme amortis, soit installés depuis plus de sept ans révolus au 1er janvier de l'année considérée, le montant du forfait technique ne prend plus en compte le coût de l'amortissement du matériel.

Le supplément pour archivage numérique d'une mammographie ou d'un examen scanographique ou remnographique (YYYY600 - valeur 0,75€) reste en vigueur dans les tarifs de la nouvelle convention médicale. Mais, l'annexe 1 de la convention intègre les frais d'archivage dans la définition du forfait technique. La FNMR a saisi la CNAM de cette incohérence. Le YYYY600 doit bien être maintenu. La définition du FT ne doit donc pas comprendre de frais d'archivage.

Pour chaque appareil, un registre chronologique doit être tenu, par année civile. Ce registre doit comporter la date d'installation et le numéro de l'appareil et mentionner, pour chaque forfait technique pris en charge par l'assurance maladie :

- Son numéro d'ordre (quand un acte autorise la facturation de deux forfaits techniques, deux numéros d'ordre consécutifs doivent être inscrits) ;
- La date de réalisation ;
- Les nom et qualité du médecin l'ayant effectué ;
- Les nom et prénom du patient ;
- Le numéro d'immatriculation de l'assuré ou, à défaut, la couverture sociale dont il bénéficie.

Pour les appareils autorisés à fonctionner et pour lesquels aucun tarif de forfait technique ne correspond à leur année d'installation, il convient d'appliquer le tarif du forfait technique le plus récent correspondant aux appareils de même classe, en respectant le seuil d'activité de référence correspondant à la région où l'appareil est installé et à la classe de l'appareil.

Tarifs FT scanner au 1^{er} mars 2024 :

TYPE D'APPAREILS	FORFAIT PLEIN	FORFAIT RÉDUIT SELON LES TRANCHES D'ACTIVITÉ		
	Activité ≤ activité de référence	Activité > activité de référence et ≤ seuil 1	Activité > seuil 1 et ≤ seuil 2	Activité > seuil 2
Amortis (1), toutes classes	75,54 €	60,00 €	52,08 €	36,34 €
Non amortis, toutes classes	99,69 €			
<i>(1) Sont considérés comme amortis, les appareils installés depuis plus de sept ans révolus au 1er janvier de l'année considérée.</i>				

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

(2) Les forfaits techniques couvrent aussi la fourniture du produit de contraste.

Tarifs FT IRM au 1er mars 2024:

CLASSE D'APPAREILS selon la PUISSANCE de l'aimant (en tesla)	≤ 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 (nbre de forfaits)	3 500	4 000	4 750	4 500	4 500	4 500
AMORTIS, forfaits pleins (1)						
Paris		130,54 €		78,56 €	91,60 €	144,75 €
Région parisienne hors Paris		126,86 €		78,09 €	90,56 €	138,94 €
Province		125,60 €		77,93 €	90,20 €	130,80 €
NON AMORTIS, forfaits pleins						
Paris	131,07 €	194,28 €	177,01 €	111,22 €	127,80 €	203,83 €
Région parisienne hors Paris	127,45 €	189,88 €	173,30 €	110,77 €	126,78 €	201,91 €
Province	121,75 €	189,92 €	171,97 €	110,61 €	126,43 €	201,43 €
FORFAIT RÉDUIT selon les tranches d'activité						
Activité > Activité Référence et ≤ seuil 1		73,94 €		50,51 €	52,72 €	75,40 €
Activité > seuil 1 et ≤ seuil 2		59,53 €		42,57 €	44,58 €	65,65 €
Activité > seuil 2		29,95 €		28,04 €	29,30 €	42,47 €
(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.						

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

(4) Les forfaits techniques couvrent aussi la fourniture du produit de contraste.

La FNMR propose depuis plusieurs années la mise en place d'un ticket modérateur sur les forfaits techniques. Les examens de scanner et d'IRM ne sont plus des examens innovants. Ils sont passés dans la radiologie courante. L'immense majorité de la population française dispose d'une complémentaire santé. Celle-ci prendrait en charge ce nouveau ticket modérateur, comme elle le fait déjà pour les autres actes. Le montant de ce ticket modérateur reste à définir avec les services du ministère de la santé et la CNAM.

Annexe 2 : Commission de hiérarchisation et tarifs des actes de la CCAM

Article 1 : La commission de hiérarchisation des prestations et actes (CHAP)

Conformément aux dispositions de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, une commission de hiérarchisation des actes et prestations est mise en place.

Article 1-1 : Composition de la commission

Cette commission est composée de deux collèges :

- Le collège professionnel : Il est composé de 2 représentants pour chaque syndicat représentatif, pour le collège des généralistes d'une part, et pour le collège des spécialistes d'autre part, avec pour chacun d'entre eux un titulaire et un suppléant tous deux adhérents à la convention.

- Le collège de l'UNCAM : Il comprend des membres issus des 2 régimes composant l'UNCAM, chacun disposant de 2 voix. Le nombre de membre est arrêté de manière à assurer la parité entre les deux collèges. Pour chacun des membres, un suppléant est désigné.

Un président est désigné d'un commun accord par les membres de la commission.

Assistent également aux travaux de la commission :

- Un représentant de l'Etat ou son suppléant ;
- Un représentant de l'ATIH ;

- Un représentant de la Haute autorité de santé.

Le secrétariat de cette commission est assuré par l'UNCAM.

Article 1-2 : Rôle de la commission

Cette commission a pour objet de définir les règles de hiérarchisation des prestations et des actes pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie et d'émettre un avis sur la hiérarchisation qui en résulte.

Elle peut faire appel, en tant que de besoin, à des experts des sociétés savantes ou des experts économistes.

La Commission adopte un règlement intérieur.

Article 1-3 : Indemnisation des membres de la section professionnelle de la commission

Les membres de la section professionnelle de la commission perçoivent 13C par séance et une indemnité de déplacement.

Les mêmes dispositions s'appliquent aux médecins qui participent aux sous-commissions et aux groupes de travail créés par la commission.

Article 2 : Tarifs de la CCAM technique

Les partenaires conventionnels actent les tarifs des actes de la classification commune des actes médicaux (CCAM) technique définis dans les conventions nationales des médecins généralistes et spécialistes applicables antérieurement à la précédente convention et dans la présente convention.

Ces tarifs figurent en annexe 2 qui comprend les tarifs des actes définis consécutivement aux décisions UNCAM portant création ou modification d'actes à la CCAM en application de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Le facteur de conversion monétaire (FC) est fixé à 0.44 €. Il sera fixé à 0,455€ le 1^{er} janvier 2025 puis à 0,47€ le 1^{er} juillet 2025.

LFSS 2023 - Article 49 - Etude sur les coûts des charges de l'imagerie médicale

I.-L'article L. 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le septième alinéa, il est inséré un II ainsi rédigé :

« II.-Afin de disposer des coûts sur les charges du secteur de l'imagerie médicale, une étude nationale de coût des charges du secteur peut être réalisée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie tous les trois ans. La commission (CEMLIM) prévue à l'article L. 162-1-9 est consultée sur la méthodologie et le calendrier en amont du recueil. Elle rend un avis sur les résultats obtenus.

« Cette étude nationale de coût comprend notamment le recueil, auprès d'un échantillon représentatif de personnes physiques ou morales, des informations ou documents nécessaires à l'établissement des études et propositions mentionnées aux 1° à 3° du I du présent article.

« Ce recueil est réalisé de manière à garantir l'absence de divulgation d'informations protégées par le secret mentionné à l'article L. 151-1 du code de commerce.

« L'échantillon représentatif est constitué tous les trois ans par appel à candidatures, complété le cas échéant par des désignations afin de garantir la fiabilité et la représentativité des données. « Lorsqu'une personne physique ou morale incluse dans l'échantillon refuse de transmettre les informations demandées, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut, après que la

personne concernée a été mise en mesure de présenter ses observations, lui infliger une pénalité financière inférieure ou égale à 1 % du montant des remboursements liés à l'acquisition et au fonctionnement des équipements matériels lourds qu'elle exploite et versés par l'assurance maladie pendant les douze mois précédant le refus de transmission.

« La pénalité est recouvrée par l'organisme d'assurance maladie compétent. Les huitième et neuvième alinéas du IV de l'article L. 114-17-1 sont applicables à son recouvrement. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.

« Les modalités d'application du présent II sont fixées par décret en Conseil d'Etat. » ;

2° Le huitième alinéa est ainsi modifié :

a) Au début, est ajoutée la mention : « III.-> » ;

b) La première phrase est ainsi rédigée : « La commission mentionnée au I rend un avis sur les propositions mentionnées aux 3° et 4° du même I dans un délai de trente jours à compter de leur transmission. » ;

3° La seconde phrase du neuvième alinéa est supprimée ;

4° Les trois derniers alinéas sont supprimés.

II.-Le dernier alinéa du IV de l'article L. 165-1-4 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« La pénalité est recouvrée par l'organisme d'assurance maladie compétent. Les huitième et neuvième alinéas du IV de l'article L. 114-17-1 sont applicables à son recouvrement. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. »

III.-Par dérogation à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent, dans un délai de quatre mois à compter de la promulgation de la présente loi, arrêter les frais couverts par les rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement des équipements lourds d'imagerie médicale mentionnées au 26° du même article L. 162-5 et lesdites rémunérations. Les dispositions ainsi arrêtées prennent effet à une date fixée par l'arrêté susmentionné, et au plus tard le 1er juillet 2023.