

Avenant 6

Mesures, explications et texte intégral

L'article 1^{er} prévoit l'avancée du calendrier des revalorisations des AMK7 et AMK8 fixé initialement le 1^{er} décembre 2019 pour une application au 1^{er} juillet 2019.

Par ailleurs, il anticipe également de 5 mois la création d'une indemnité spécifique de déplacement pour la rééducation dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée, cotée AMK6.

Le coût de ces mesures est de 12 millions d'euro, ce qui ne compense pas les 49 M€ surestimés et non compensés de l'avenant 5 pour la seule année 2018.

L'article 2 instaure l'intention d'un travail en commission paritaire locale afin de valoriser l'usage et la facturation des BDK.

Cette mesure est une simple intention que les dispositions actuelles dévolues aux instances paritaires permettent d'ores déjà de mettre en œuvre. Par ailleurs, confier cette mission aux commissions départementales risque de créer des disparités d'actions et d'informations sur le territoire.

L'article 3 vient modifier le dispositif expérimental d'exercice temporaire dans les zones sur dotées à forte activité touristique.

Ces mesures concernent une expérimentation très limitée à quelques bassins de vie. Elles visent également à empêcher un kinésithérapeute à intervenir temporairement sous un autre mode d'exercice que celui d'assistant libéral.

L'article 4 vient modifier à la marge les dispositions de régulation dans les zones sur dotées en apportant une précision, distinguant désormais la situation dans laquelle un kinésithérapeute s'installant dans une zone sur dotée ait un successeur désigné par un confrère des autres situations.

Le texte clarifie des situations ayant déjà donné lieu à des dérives : dès lors qu'un praticien cède nommément son conventionnement à un confrère dans une zone sur-dotée, la CPAM est obligée d'accepter le conventionnement. Cependant, cette succession ne reste possible que si aucune dérogation n'a été accordée dans la zone.

L'article 5 tire les conséquences de l'instauration de la sécurité sociale des indépendants (SSI) en lieu et place du RSI et gérée par le régime général.

En conséquence, la composition de la section sociale des commissions paritaires est modifiée, avec le siège réservé au RSI qui est désormais attribué à la CPAM.

Par ailleurs, en cas de transmission papier des pièces justificatives (prescription), l'enveloppe réservée au RSI ne disparaît pas : elle est remplacée par une enveloppe destinée à la SSI.

Enfin, l'article 6 apporte diverses modifications marginales :

- L'extension de la dérogation à la règle du « 1 pour 1 » pour situation médicale grave du kinésithérapeute lui-même et non uniquement de ses proches.
L'UNCAM n'a pas été en mesure d'indiquer les critères d'une maladie « grave » pouvant expliquer la poursuite de l'exercice conventionnel, l'installation dans une zone sur dotée à titre dérogatoire mais la non mise en arrêt maladie.
- La suppression de l'obligation de faire usage du tiers payant intégral lors de la facturation des forfaits (FAD et FRD) instaurés par l'avenant 5.
L'UNCAM avait reconnu une « coquille », une telle obligation de l'avenant 5 étant illégale et ne s'appliquant donc pas depuis l'instauration de ces forfaits.
- La modification marginale des conditions de délai de prise en charge des patients dans le cadre de ces forfaits (passage en « jours ouvrés »).
Le forfait FAD (forfait retour à domicile après chirurgie dans le cadre du PRADO) nécessitait une prise en charge sous 48 heures. Le FRD (forfait pour prise en charge d'un patient présentant un AVC en sortie d'hospitalisation) imposait une prise en charge sous 3 à 4 jours. Cette simplification apporte un peu plus de souplesse et surtout limite les contestations possibles.
- La suppression de l'obligation de disposer d'un logiciel DMP compatible « certifié par la HAS » pour l'obtention du forfait « aide à l'équipement informatique du cabinet professionnel ».
En effet, l'HAS ne procède à aucune certification des logiciels des kinésithérapeutes, donc cette obligation ne pouvait s'appliquer. Il suffit juste d'un logiciel DMP compatible.
- L'instauration de la possibilité de remplacer un confrère qui continuerait lui-même à exercer sur le fondement de l'autorisation délivrée par son Conseil départemental de l'Ordre (dérogation de l'article R.4321-107 du Code de la santé publique).
Les kinésithérapeutes ont déontologiquement l'interdiction de continuer à exercer sur le territoire lorsqu'ils se font remplacer. Cependant, la déontologie précise que le Conseil départemental de l'Ordre peut déroger à cette règle. La convention ne pouvait pas ne pas s'adapter à une disposition réglementaire qui consacre un droit aux kinésithérapeutes.
- L'instauration du sursis concernant les sanctions de suspension d'exercice dans le cadre conventionnel et la définition de la notion de parité dans les instances paritaires (CPD, CPR, CPN) avec un nombre égal de membres présents ou représentés dans chaque section et l'introduction d'un quorum nécessaire à toute délibération.
Ces mesures sont de bon sens puisque voulant répondre à l'esprit de paritarisme qui préside aux relations conventionnelles. Cette modification tend à limiter les interprétations très personnelles faites par quelques caisses dans l'organisation des commissions paritaires.
- L'ajout d'une précision sur les conditions d'application de l'indemnité forfaitaire de déplacement en pneumologie (IFP), qui serait désormais applicable pour les patients atteints de mucoviscidose.
Le texte actuel précise que l'IFP peut être utilisée pour les affections respiratoires « en dehors des situations d'urgence ». La mucoviscidose nécessitant un traitement dans la durée, il est étonnant que certaines CPAM réclament des indus sur ces indemnités de déplacement. La précision apportée clôt les interprétations divergentes concernant ces patients mais génère de l'inquiétude pour toutes les autres pathologies non citées.

**T N° 6 À LA CONVENTION NATIONALE DESTINÉE À ORGANISER LES RAPPORTS
ENTRE LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES LIBERAUX ET L'UNION
NATIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE**

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 161-35, L. 162-9, L. 162-12-9, L. 162-14-1, L. 162-15 et L. 722-4 du code de la sécurité sociale ;

Vu la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux signée le 3 avril 2007, approuvée par arrêté du 10 mai 2007 et publiée au *Journal officiel* du 16 mai 2007, reconduite le 16 mai 2017, ses avenants et ses annexes.

Il est convenu ce qui suit entre

L'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM)

Et

L'Union nationale des syndicats de masseurs-kinésithérapeutes libéraux (UNSMKL)

Et

La Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (FFMKR)

PREAMBULE

Dans le cadre de l'avenant n°5 à la convention nationale signé le 6 novembre 2017 et dont l'avis d'approbation a été publié au journal officiel du 8 février 2018 les partenaires conventionnels se sont accordés sur différentes mesures de valorisation des actes des masseurs-kinésithérapeutes liés aux enjeux de santé publique et de qualité de prise en charge. Les premiers résultats de la montée en charge de certaines de ces nouvelles mesures font apparaître un décalage de l'impact financier prévu sur 2019. Les partenaires conventionnels conviennent ainsi de tenir compte de ces résultats et proposent d'avancer de quelques mois la date d'entrée en vigueur d'autres mesures prévues par l'avenant 5.

Les partenaires conventionnels s'accordent également sur la poursuite d'un accompagnement des nouvelles évolutions pour la profession, initié par l'avenant n°5, en promouvant les pratiques actuelles et innovantes des masseurs-kinésithérapeutes répondant à des enjeux de santé publique, d'efficience des soins, de qualité de prise en charge et de coordination des soins autour du patient. Ainsi les travaux se poursuivent pour mettre en place une rémunération sur objectifs de santé publique des masseurs-kinésithérapeutes, en définissant d'ici 2020 les indicateurs, notamment sur la qualité des soins, le profil des patients pris en charge, la prévention et le dépistage, ou l'engagement dans des démarches de qualité.

Par ailleurs, les partenaires conventionnels conviennent de procéder à quelques modifications et rectifications techniques dans le texte de la convention nationale dans sa rédaction issue de l'avenant 5.

Article 1 – Valorisation

Le premier paragraphe de l'article 2.2.3 « Valoriser la qualité de la prise en charge » de la convention nationale est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Afin de promouvoir une meilleure prise en charge en masso-kinésithérapie, les partenaires conventionnels proposent que 18 actes de la NGAP soient revalorisés :

- Revalorisation des actes en AMK ou AMC 7 à 7,6 au 1^{er} juillet 2019 et à 8 au 1^{er} juillet 2021 pour 10 actes du chapitre II du titre XIV de la NGAP précisés en annexe 2 ;
- Revalorisation des actes en AMK ou AMC 8 à 8,3 au 1^{er} juillet 2019 et 8,5 au 1^{er} juillet 2021 pour 8 actes du chapitre II du titre XIV de la NGAP précisés en annexe 2.

A l'annexe 2 intitulée « calendrier de modification des cotations des actes revalorisés », les termes « 1^{er} décembre 2019 » sont supprimés et remplacés par « 1^{er} juillet 2019 ».

A l'article 2.2.2 C, portant sur la création d'une indemnité forfaitaire de déplacement spécifique, dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée, les termes « à compter du 1^{er} décembre 2019 » sont supprimés et remplacés par « à compter du 1^{er} juillet 2019 ».

A l'annexe 1 intitulée « tarifs des honoraires et frais accessoires », la date du « 01/12/2019 » est supprimée et remplacée par la date du « 01/07/2019 ».

Article 2 – Accompagnement au déploiement du bilan-diagnostic kinésithérapique (BDK)

Les partenaires conventionnels s'engagent à concevoir et mener dans le courant du second semestre 2019 des actions d'accompagnement favorisant une plus large utilisation du bilan diagnostic kinésithérapique et de sa fiche de synthèse. Ces actions ont vocation à se renouveler au cours des années suivantes.

Article 3 – Expérimentation d'un contrat d'exercice temporaire dans les zones sur-dotées caractérisées par une forte activité saisonnière

Le A de l'article 1.2.4 de la convention nationale intitulé « Modalités de l'expérimentation du CET » est ainsi modifié : les termes « de la Gironde (33) » sont supprimés et remplacés par les termes « des Pyrénées Orientales (66) ».

Le C de l'article 1.2.4 de la convention nationale intitulé « Bénéficiaires du contrat » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Le masseur-kinésithérapeute demandeur doit être conventionné dans une autre zone et ne doit pas être sous le coup d'une sanction de déconventionnement ou de suspension du conventionnement. Afin de garantir la permanence des soins, sa zone d'origine ne doit pas être une zone « sous-dotée » ou une zone « très sous-dotée ».

Le masseur-kinésithérapeute, pour être éligible au contrat, doit :

- avoir conclu un contrat d'assistant libéral à durée déterminée avec un autre masseur-kinésithérapeute conventionné dans la « zone sur-dotée » à forte activité saisonnière ;
- avoir adressé son contrat au conseil départemental de l'ordre de la « zone sur-dotée » à forte activité saisonnière.

Le conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes au tableau duquel est inscrit le professionnel qui souhaite souscrire un CET avec un masseur-kinésithérapeute exerçant en zone sur-dotée à forte activité saisonnière devra engager les démarches nécessaires sur la base des informations fournies par le professionnel afin que lui soit envoyé une CPS temporaire utilisable uniquement dans le cadre du CET.

Le masseur-kinésithérapeute qui adhère au CET s'engage à respecter les règles déontologiques notamment celles de la continuité des soins, de l'interdiction d'exercer la profession comme un commerce et de l'interdiction de mettre en gérance son cabinet (fixées respectivement aux articles R. 4321-92, R. 4321-67 et R. 4321-132 du code de la santé publique).»

Le D de l'article 1.2.4 de la convention nationale intitulé « Adhésion au contrat » est ainsi modifié : les termes « de collaboration libérale ou » sont supprimés.

Le F de l'article 1.2.4 de la convention nationale intitulé « Engagements du masseur-kinésithérapeute » est ainsi modifié : les termes « à ne réaliser que des actes dans la zone à forte activité saisonnière et » sont supprimés, les termes « ces actes » sont supprimés et remplacés par les termes « les actes réalisés dans la zone sur-dotée à forte activité saisonnière ».

Le dernier paragraphe du G de l'article 1.2.4 de la convention nationale intitulé « Rupture de l'option conventionnelle » est supprimé.

A l'annexe 4, le terme « Gironde » est supprimé et remplacé par les termes « Pyrénées Orientales ».

L'article 1.1 de l'annexe 4 intitulé « Objet du contrat d'exercice temporaire » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Ce contrat a pour objet de permettre à un masseur-kinésithérapeute, n'exerçant pas dans une zone à forte activité saisonnière, d'exercer une activité temporaire dans une « zone sur-dotée » du département [Pyrénées Orientales/Var/Savoie/Haute-Savoie] à forte activité saisonnière, pendant la période d'afflux de population, afin de répondre à l'augmentation de la demande de soins. »

L'article 1.2 de l'annexe 4 intitulé « Bénéficiaires du contrat d'exercice temporaire » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes : « Le présent contrat est proposé au masseur-kinésithérapeute ne se trouvant pas sous le coup d'une sanction de déconventionnement ou de suspension du conventionnement. Afin de garantir la permanence des soins, sa zone d'origine ne doit pas être une zone « sous-dotée » ou une zone « très sous-dotée ».

Le masseur-kinésithérapeute, pour être éligible au contrat, doit :

- avoir conclu un contrat d'assistant libéral à durée déterminée avec un autre masseur-kinésithérapeute conventionné dans [la « zone sur-dotée » à forte activité saisonnière objet du contrat];
- avoir adressé son contrat au conseil départemental de l'ordre de la [la « zone sur-dotée » à forte activité saisonnière objet du contrat];

La possibilité de conclure un tel contrat est ouverte également aux masseurs-kinésithérapeutes qui ne disposent pas d'un lieu habituel d'exercice. »

L'article 2.2 de l'annexe 4 intitulé « Engagements du masseur-kinésithérapeute » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes : « Le masseur-kinésithérapeute s'engage, pendant toute la période définie à l'article 1.3 du présent contrat, à facturer les actes réalisés dans la « zone sur-dotée » à forte activité saisonnière définie à l'article 1.4 du présent contrat, uniquement avec le numéro délivré par la caisse primaire d'assurance maladie dans le cadre de ce contrat.

Si le masseur-kinésithérapeute facture des actes au moyen du numéro de facturation délivré par la CPAM dans le cadre du CET en dehors de la période ou de la zone précisée dans le contrat, la CPAM récupère les sommes indûment perçues par le masseur-kinésithérapeute.

Le masseur-kinésithérapeute s'engage dans l'exercice de ce contrat à respecter les règles déontologiques notamment celles de la continuité des soins, de l'interdiction d'exercer la profession comme un commerce et de l'interdiction de mettre en gérance son cabinet (fixées respectivement aux articles R. 4321-92, R. 4321-67 et R. 4321-132 du code de la santé publique). »

La dernière phrase des articles 3.1 et 3.2 de l'annexe 4 intitulés « Rupture d'adhésion à l'initiative du masseur-kinésithérapeute » et « Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie et de l'agence régionale de santé » sont supprimées.

Article 4 – Dispositif de régulation du conventionnement

Le c) de l'article 1.2.2 est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« c) Décision du directeur de la caisse primaire d'assurance maladie

Le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie notifie au masseur-kinésithérapeute concerné sa décision de conventionnement ou de refus de conventionnement, lorsqu'elle est conforme à l'avis de la CPD, dans un délai de quinze jours suivant l'avis.

La décision est motivée et notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le conventionnement est accordé par le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie au masseur-kinésithérapeute dans une « zone sur-dotée » dès lors qu'il a été désigné nommément par un confrère cessant son activité définitivement dans cette même zone comme son successeur.

En l'absence de successeur désigné, la décision du directeur de la caisse primaire d'assurance maladie ainsi que les différents avis rendus sont fondés sur des critères objectifs tenant compte notamment :

- de l'offre de soins globale compte tenu de la notification de la cessation d'activité libérale d'un masseur-kinésithérapeute ;
- des conditions d'installation antérieures du demandeur lorsque ce dernier peut faire preuve d'un exercice de 5 années consécutives en zone sous dotée ou très sous dotée ;
- des conditions d'installation projetées dans un objectif de continuité de la prise en charge de l'activité assurée par le masseur-kinésithérapeute cessant son activité et d'intégration avec les autres professionnels dans la zone considérée. »

Article 5 – Evolutions liées à l'intégration du RSI

Afin de tenir compte de la disparition du régime social des indépendants (RSI) et du transfert de la protection sociale des travailleurs indépendants vers le régime général, le sigle « CNAMTS » est remplacé par « Cnam » dans l'ensemble du texte conventionnel.

Le f) de l'article 4.4.5 intitulé « Tri et transmission des ordonnances papier » est ainsi modifié : dans le premier paragraphe les termes « et du régime social des indépendants (RSI) » sont supprimés et remplacés par « et de la sécurité sociale pour les indépendants (SSI) » et dans le troisième paragraphe les termes « -Catégorie 3 : RSI (03 et suivants) » sont supprimés et remplacés par les termes « Catégorie 3 : SSI (03 et suivants) ».

Aux a) des articles 6.3.1, 6.3.2 et 6.3.3 intitulés « Composition », les paragraphes intitulés « Section sociale » sont supprimés et remplacés par les dispositions suivantes :

« Section sociale

La section sociale comprend 6 sièges répartis comme suit :

- 5 représentants pour le régime général : 3 administratifs, 1 conseiller, 1 praticien-conseil ;
- 1 représentant pour le régime agricole ;

Un suppléant est désigné pour chaque siège. »

A l'annexe 9 intitulée « Tri et transmission des pièces justificatives en cas de transmission papier », les termes « et du régime social des indépendants (RSI) » figurant au cinquième paragraphe sont supprimés et remplacés par « et de la sécurité sociale pour les indépendants (SSI) », dans le septième paragraphe les termes « -Catégorie 3 : RSI (03 et suivants) » sont supprimés et remplacés par les termes « -Catégorie 3 : SSI (03 et suivants) ».

A l'annexe 12 intitulée « Règlements intérieurs types des instances conventionnelles (CPN, CPR, CPD) » le paragraphe relatif à la composition des sections est ainsi modifié : les dispositions suivantes « La section sociale comprend 6 sièges répartis comme suit :

- 4 représentants pour le régime général : 2 administratifs, 1 conseiller, 1 praticien-conseil ;
- 1 représentant pour le régime agricole ;
- 1 représentant pour le régime social des indépendants »

sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes

- « La section sociale comprend 6 sièges répartis comme suit :
- 5 représentants pour le régime général : 3 administratifs, 1 conseiller, 1 praticien-conseil ;
 - 1 représentant pour le régime agricole ;

Un suppléant est désigné pour chaque siège. »

Article 6 - Autres mesures

Au point A de l'article 1.2.3 intitulé « Dérogations au principe de régulation du conventionnement en « zones sur dotées », après « situation médicale grave » est ajouté le terme « personnelle, ».

L'expression « en tiers payant intégral » figurant aux derniers paragraphes des 1) et 2) de l'article 2.2.2 A. est supprimée.

Les termes « dans un délai de 3 à 4 jours » figurant à l'article 2.2.2 A 1) intitulé « Prise en charge rapide liée à un accident vasculaire cérébral (AVC) » sont supprimés et remplacés par les termes « dans un délai de 4 jours ouvrés ».

A l'article 2.2.2 A 2) « Accompagnement du retour à domicile post chirurgie orthopédique » les termes « dans un délai de 48 h » sont remplacés par « dans un délai de 2 jours ouvrés ».

Dans le deuxième paragraphe du b) de l'article 4.2.1 intitulé « La situation des remplaçants », après la phrase « Durant la période effective de son remplacement, le masseur-kinésithérapeute remplacé s'interdit toute activité dans le cadre conventionnel » sont ajoutés les termes suivants : « à l'exception des cas relevant de la dérogation permise à l'article R. 4321-107 du code de la santé publique ».

Les termes « certifié par la HAS, » figurant au deuxième paragraphe de l'article 4.9 intitulé « Aides à l'équipement informatique du cabinet professionnel » sont supprimés.

Au c) de l'article 6.4.1 de la convention dans sa rédaction issue de l'avenant 5, intitulé « sanctions encourues » le troisième tiret est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« - suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel avec ou sans sursis. Cette suspension peut être temporaire (une semaine, un, trois, six, neuf ou douze mois) ou prononcée pour la durée d'application de la présente convention (jusqu'à la date de renouvellement de la convention), selon l'importance des griefs. La mise hors champ de la convention de trois mois ou plus entraîne la suspension de la participation des caisses aux avantages sociaux pour une durée égale à celle de la mise hors convention.

En cas de sursis, la sanction de mise hors convention peut être rendue exécutoire pendant une période de deux ans à compter de sa notification, dès lors que de nouveaux manquements réalisés postérieurement à la notification de la sanction devenue définitive ont été relevés à l'encontre du masseur-kinésithérapeute par la CPD.

Elle peut, dans ce cadre et le cas échéant, se cumuler, avec la sanction prononcée à l'occasion de l'examen de ces nouveaux manquements.

Un sursis n'est applicable qu'en cas de sanction de mise hors convention. »

A l'annexe 1 intitulée « Tarifs des honoraires et frais accessoires », après la phrase « L'indemnité forfaitaire de déplacement IFP s'applique uniquement à un acte de l'article 5 du titre XIV de la NGAP : rééducation des maladies respiratoires obstructives, restrictives ou mixtes (en dehors des situations d'urgence) » est ajoutée la phrase suivante : « l'indemnité forfaitaire de déplacement IFP est applicable aux actes de rééducation de la mucoviscidose ».

A l'annexe 12, le paragraphe intitulé « Délibérations » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Délibérations :

La commission ne peut valablement délibérer que lorsque le quorum est atteint et que la parité est respectée.

Le quorum correspond à un nombre de membres présents ou représentés au moins égal à la moitié du nombre des membres composant chacune des sections.

La parité nécessite un nombre égal de membres présents ou représentés dans la section professionnelle et dans la section sociale.

En cas d'impossibilité de siéger, les membres de la commission se font représenter par leurs suppléants ou donnent délégation de vote à un autre membre de la même section. Aucun membre ne peut recevoir plus de deux délégations.

En l'absence de quorum, un constat de carence est établi pour prendre acte de l'absence de quorum et une nouvelle réunion est convoquée dans un délai de quinze jours.

La commission de nouveau réunie délibère alors valablement sur tous les sujets, quel que soit le nombre de membres présents ou représentés, sous réserve que la parité soit respectée. Dans le cas où la parité n'est pas respectée, un constat de carence est établi et les dispositions relatives à la carence du présent règlement intérieur sont applicables. »

Fait à Paris, le

Pour l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
Le Directeur Général,
Nicolas REVEL

Le Président de l'Union Nationale des Syndicats de Masseurs-Kinésithérapeutes Libéraux,
Mickaël MULON

Le Président de la Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs,
Daniel PAGUESSORHAYE