

La convention nationale 2018 avec les chirurgiens-dentistes



Une nouvelle convention dentaire : pourquoi ?

- **Eviter le règlement arbitral**
- **Promesse présidentielle (reste à charge 0)**

- **Rééquilibrage des pratiques**
(les actes prothétiques représentent 64 % des honoraires mais seulement 11 % des actes)
- **Améliorer l'accès au soins**
(seulement 27 millions de patients ont consulté un chirurgien-dentiste omnipraticien en 2017 – 43 % de la population contre 71 % en Allemagne et en Angleterre)

La nouvelle convention : un travail important de co-construction

- **9 mois de travail collectif avec les syndicats**
- **11 séances de travail en séance plénière**
- **de nombreux groupes techniques**

La nouvelle convention : un travail important de co-construction

- La nouvelle convention dentaire a été signée le 21 juin 2018, entre l'UNCAM, la CNSD (CDF) et l'UD, 2 des 3 syndicats représentatifs
- Elle a été approuvée par arrêté du 20 août 2018
- L'UNOCAM est également signataire de cette nouvelle convention, en tant que l'un des financeurs principaux des soins dentaires (40 % - 37 % - 23 %)

Les priorités de la nouvelle convention dentaire

1. Améliorer l'accès financier aux soins :

- rééquilibrer l'activité entre soins prothétiques et soins conservateurs
- privilégier la préservation des tissus dentaires
- réduire le reste à charge des assurés

2. Renforcer la prévention et améliorer la prise en charge des *patients en situation spécifique* (jeunes, CMUc, ACS, personnes handicapées, maladies chroniques)

- extension de l'EBD
- prise en charge de nouveaux actes

3. Favoriser l'accès aux soins

- répartition territoriale
- permanence des soins
- tiers payant



Améliorer l'accès financier aux soins : le principe

❑ Comment y parvenir ?

- Revaloriser les soins conservateurs et chirurgicaux afin de développer *une médecine bucco-dentaire moderne, respectueuse de la préservation de la dent et des tissus dentaires*
- En parallèle : création d'honoraires limites de facturation (plafonds) afin de répondre à la problématique d'accès aux soins prothétiques

❑ Calendrier de mise en œuvre : entre le 1^{er} avril 2019 et le 1^{er} janvier 2023

Pour chaque année, sont définis les plafonds tarifaires de chaque acte prothétique concerné ainsi que les tarifs des actes de soins revalorisés

❑ Conséquence : nouveaux codes pour les actes prothétiques selon les matériaux et la localisation des dents afin de fixer des honoraires limites de facturation distincts.



Améliorer l'accès financier aux soins : exemples de revalorisations

□ Les actes de soins conservateurs et de chirurgie (571 M€)

- Restaurations (+ 443 M€)
- Scellement des sillons (+ 4 M€)
- Endodontie (+ 85 M€)
- Les actes d'avulsions (+ 38 M€)

□ Autres mesures, notamment :

- Prise en charge de la couronne transitoire (+ 35 M€)
- Revalorisation de l'inlay-onlay (+ 29 M€)
- Baisse du remboursement de l'inlay-core (-131 M€)
- Valorisation de l'acte de parage de plaie de la pulpe d'une dent **avec coiffage direct** (60 €)
- Consultation d'urgence, entre 8h et 20h (*rémunération du geste opératoire destiné à soulager la douleur consécutive à une infection ou à une inflammation pulpaire*)



Améliorer l'accès financier aux soins : les revalorisations

Les mesures de revalorisations vont s'échelonner sur la période du 1^{er} avril 2019 au 1^{er} janvier 2023. Par exemple :

- À compter du **1^{er} avril 2019**, l'inlay-onlay 2 faces ou plus sera pris en charge à hauteur de 100 € ;
- À compter du 1^{er} janvier 2023, l'acte de scellement de sillons (4 dents) sera valorisé à hauteur de 104,11 € ;
- L'acte de restauration d'une dent sur 3 faces ou plus sera revalorisé dès 2019 et tous les ans jusqu'en 2022 (soit **53 € en 2019**, 60,95 € en 2020, 63,60 € en 2021, et 65,50 € en 2022)



Améliorer l'accès financier aux soins : RAC 0 ou 100% santé

Afin de préparer la mise en place du projet présidentiel du « Reste à charge 0 » ou « 100% santé », la convention précise également :

- la liste des actes pour lesquels l'**entente directe sera limitée et sans reste à charge** : panier RAC 0 (*dès le 1^{er} janvier 2020*)
- la liste des actes pour lesquels l'**entente directe sera limitée** : panier RAC modéré
- La liste des actes pour lesquels l'**entente directe sera libre** : panier libre



Améliorer l'accès financier aux soins : évolution de la CCAM

- ❑ La constitution des 3 paniers d'actes prothétiques nécessite de « découper » certains codes CCAM de prothèses fixes en plusieurs codes

- ❑ Le code CCAM HBLD036 (*pose d'une couronne dentaire dentoportée céramo-métallique ou en équivalents minéraux*) regroupe actuellement plusieurs types de couronnes :
 - la couronne monolithique en zircone (HBLD350, HBLD073);
 - la couronne monolithique hors zircone (HBLD680, HBLD158) ;
 - La couronne céramo-métallique (HBLD634, HBLD491, HBLD734) ;
 - la couronne céramo-céramique (HBLD403).
 - La couronne en alliage précieux avec ou sans recouvrement céramique (HBLD318)



Améliorer l'accès financier aux soins : les tarifs

Plafonds au 1^{er} avril 2019

(correspondant à l'honoraire maximal facturable)

❑ Les couronnes

	incisive	canine	1 ^{ère} PM	2 ^{ème} PM	molaire
Métallique	320 €				
Céramométallique	530 €			Libre	
Monolithique zircon	480 €				Libre
Monolithique hors zircon	530 €			Libre	
Céramocéramique ou métaux précieux	Libre				

- ❑ Les inlays-core : plafonnée à 230 € pour les couronnes ou piliers de bridges, pour le Rac 0, ou Rac modéré



Améliorer l'accès financier aux soins : les tarifs

Plafonds au 1^{er} janvier 2020

❑ Les couronnes

	incisive	canine	1 ^{ère} PM	2 ^{ème} PM	molaire
Métallique	290 €				
Céramométallique	500 €			550 €	Libre
Monolithique zircone	440 €				440 €
Monolithique hors zircone	500 €			550 €	
Céramocéramique ou métaux précieux	Libre				

❑ Les inlays-core : 175 €

RAC 0 RAC modéré RAC libre

Les inlay core sont plafonnés uniquement pour les couronnes à RAC 0 ou modéré. Ils sont à tarif libre pour les couronnes à tarif libre.



Améliorer l'accès financier aux soins : les tarifs

□ Les bridges (plafonds au 1^{er} avril 2019)

3 éléments métalliques	870 €
1 élément céramométallique + 2 éléments métalliques	Libre
2 éléments céramométalliques + 1 élément métallique	
3 éléments céramométalliques hors remplacement d'une incisive	
3 éléments céramométalliques avec remplacement d'une incisive	1 465 €
3 éléments céramocéramiques	Libre
Éléments supplémentaires	Libre



Améliorer l'accès financier aux soins : les tarifs

□ Les bridges (plafonds au 1^{er} janvier 2021)

3 éléments métalliques	870 €
1 élément céramométallique + 2 éléments métalliques	1 170 €
2 éléments céramométalliques + 1 élément métallique	1 635 €
3 éléments céramométalliques hors remplacement d'une incisive	
3 éléments céramométalliques avec remplacement d'une incisive	1 465 €
3 éléments céramocéramiques	Libre
Éléments supplémentaires	Libre



Améliorer l'accès financier aux soins : les tarifs

□ Autres tarifs :

A compter du 1^{er} avril 2019 :

- Prise en charge de la couronne transitoire (base de remboursement 10 € et plafond 60 €)
- Baisse de la base de remboursement de l'Inlay-Core (90 €) et plafonnement à hauteur de 230 €

A compter du 1^{er} janvier 2020 :

- Plafonnement de l'inlay-core à hauteur de 175 €

A compter du 1^{er} janvier 2021 :

- Plafonnement de l'inlay-onlay composite à hauteur de 350 €
- Plafonnement des prothèse amovibles complètes à hauteur de 1 100 € (unimaxillaire) et 2 300 € (bimaxillaire)



Améliorer l'accès financier aux soins : devis et contrôles

Précisions concernant le devis :

- ***Dans l'hypothèse où le praticien proposerait au patient un ou des actes avec reste à charge, le praticien s'engage à proposer une alternative sans reste à charge ou à défaut avec un reste à charge maîtrisé chaque fois qu'une alternative thérapeutique existe***
- **Évolution du modèle du devis à venir**

Des contrôles de respect des plafonds seront mis en place dès 2019 par l'Assurance maladie

Un comité de suivi de la réforme « 100 % santé » est créé auprès du ministre de la santé (décret du 11 janvier 2019)



Améliorer l'accès financier aux soins : clause de revoiture / indexation

- ❑ **Clause de revoiture** : en cas de constat d'un écart significatif de l'équilibre dans la répartition observée des actes prothétiques entre les trois paniers, ouverture de négociation afin de déterminer des mesures d'ajustement à mettre en œuvre pour corriger le déséquilibre

- ❑ **Clause d'indexation** : en cas de constat d'une évolution observée des charges considérées, supérieure de plus de 1 % par rapport à l'année de référence, révision de la valeur des honoraires limites de facturation des actes prothétiques par voie d'avenant

Indicateur : évolution des charges liées à l'activité dentaire (les frais de personnel, les achats, les loyers, et autres locations,...).

Un groupe de travail précisera la définition de cet indicateur et les modalités de calcul dans un délai d'un an à compter de la signature de la convention



Améliorer l'accès financier aux soins : CMUc et ACS

Article 8 de la convention : déclinaison des évolutions de la CCAM au sein des paniers de soins CMU-C et ACS

- Réévaluation de certains tarifs (couronne céramométallique, réparations, prothèses transitoires...) et mise en cohérence du panier de soins (nouveaux codes)

- Autre mesure : revalorisation possible des montants maximaux, si l'évolution du total des effectifs des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS constatée lors du suivi annuel évolue de +15% par rapport au 31 décembre 2017.

Les priorités de la nouvelle convention dentaire

1. Améliorer l'accès financier aux soins :

- rééquilibrer l'activité entre soins prothétiques et soins conservateurs
- privilégier la préservation des tissus dentaires
- réduire le reste à charge des assurés

2. Renforcer la prévention et améliorer la prise en charge des patients en situation spécifique (jeunes, CMUc, ACS, personnes handicapées, maladies chroniques)

- extension de l'EBD
- prise en charge de nouveaux actes

3. Favoriser l'accès aux soins

- répartition territoriale
- permanence des soins
- tiers payant



Les mesures en faveur de la prévention ou des patients en situation spécifique

Dispositif de prévention en faveur des enfants, adolescents et jeunes adultes

❑ EBD jeunes :

- Création d'un examen bucco dentaire pour les enfants de 3 ans (dispositif similaire aux autres tranches d'âges, message adapté aux 3 ans)
- pour toutes les tranches d'âge confondues, possibilité de facturer l'EBD et une radiographie panoramique (54 €)

❑ Pose de vernis fluoré. (HBLD045) *La prise en charge est limitée aux enfants de 6 à 9 ans présentant un risque carieux individuel élevé, 2 fois par an maximum (25 € la séance)*

❑ Prise en charge du comblement de sillons sur molaires étendue aux enfants *jusqu'à la date du 16^{ème} anniversaire*



Les mesures en faveur de la prévention ou des ou des patients en situation spécifique

Nouvelles prises en charge pour les patients diabétiques

- Bénéficiaires : patients diabétiques ayant une ALD diabète reconnue au moment de la consultation
- Création d'un bilan parodontal (50 €) (exploration du parodonte par sondage pour dépistage d'une maladie parodontale, étude de l'indice de plaque)
- Soins consécutifs au bilan parodontal : acte d'assainissement parodontal (code HBJA003 – Acte d'assainissement parodontal sur un sextant - 80 €).

Sous réserve de l'avis de la HAS et de son inscription préalable à la liste visée à l'article L 162-1-7 du code de la sécurité sociale, par décision UNCAM



Les mesures en faveur de la prévention ou des ou des patients en situation spécifique

Mesures spécifiques pour les personnes en situation de handicap sévère

- Bénéficiaires : patients bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou de la prestation de compensation du handicap (PCH) atteints d'handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.
- Création d'un supplément (code **YYYY183** - 100 €/séance) avec ou sans sédation consciente (MEOPA) Applicable à compter du 1^{er} avril 2019.

Il s'agit d'une 1^{ère} étape, un groupe de travail étudiera l'élargissement des bénéficiaires. Il s'agira également d'étudier les modalités d'une meilleure valorisation des soins réalisés dans les établissements médico-sociaux et les conditions de mise en place de téléconsultation de dépistage auprès de personnes en situation de dépendance résidant dans ces établissements.



Les mesures en faveur de la prévention ou des ou des patients en situation spécifique

Mesures spécifiques pour la prise en charge des patients sous anticoagulants

- Bénéficiaires : patients en ALD bénéficiant d'un traitement par médicament anticoagulant (anti-vitamine K ou anticoagulants oraux directs)
- Supplément pour tous les soins chirurgicaux (code YYYY614 – 20 € par séance) . Applicable à compter du 1^{er} avril 2019.



Les mesures en faveur de la prévention ou des ou des patients en situation spécifique

Nouvelles formes de prise en charge de la prévention

- ❑ **Expérimentation de prise en charge globale de prévention :**
 - Forfait de prévention comprenant des actes et des recommandations.
 - Mise en place d'un **groupe de travail**

- ❑ **Parcours de prévention incitatif**
 - Mise en place d'un **groupe de travail**
 - Réflexion sur la *nécessaire mise en place d'incitations nouvelles pour que les patients s'inscrivent dans un suivi régulier de leur santé bucco-dentaire*

Les priorités de la nouvelle convention dentaire

1. Améliorer l'accès financier aux soins :

- rééquilibrer l'activité entre soins prothétiques et soins conservateurs
- privilégier la préservation des tissus dentaires
- réduire le reste à charge des assurés

2. Renforcer la prévention et améliorer la prise en charge des patients en situation spécifique (jeunes, CMUc, ACS, personnes handicapées, maladies chroniques)

- extension de l'EBD
- prise en charge de nouveaux actes

3. Favoriser l'accès aux soins

- répartition territoriale
- permanence des soins
- tiers payant

1. Le contrat d'aide à l'installation des chirurgiens-dentistes (CAICD) dans des zones très sous-dotées

Durée : 5 ans

Objet : aider les chirurgiens-dentistes à faire face aux frais d'investissement générés par le début d'activité

Engagement AM : aide forfaitaire significativement accrue d'un montant de 25 000 euros*

Engagement PS : s'installer en zone très sous-dotée et exercer à titre principal ; remplir les conditions permettant de percevoir le forfait de modernisation et d'informatisation du cabinet professionnel

2. Le contrat d'aide au maintien des chirurgiens-dentistes (CAMCD) dans des zones très sous-dotées

Durée : 3 ans

Objet : limiter les contraintes financières, aider à l'investissement des chirurgiens-dentistes

Engagement AM : aide forfaitaire d'un montant de 3 000 euros**/an

Engagement PS : exercer à titre principal en zone très sous-dotée ; remplir les conditions permettant de percevoir le forfait de modernisation et d'informatisation du cabinet professionnel

*Majoration possible par l'ARS à hauteur de 20 % dans les zones particulièrement déficitaires

**Condition de participation à la PDS

- Inscription nominative sur le tableau départemental de garde
- 75 € par demi-journée d'astreinte le dimanche et les jours fériés
- 30 € de majoration spécifique de permanence des soins pour les actes cliniques et techniques **par patient et par jour** (MCD)
- Les majorations de nuit, de dimanche et jours fériés ne sont pas cumulables avec la majoration MCD

Le patient règle directement au chirurgien-dentiste ses honoraires
Sauf CMU, ACS, AME, AT, ALD, pension militaire, EBD ou ...

- Convention de 2006 : *dans des cas exceptionnels* justifiés par une situation sociale particulière, l'assuré peut être dispensé d'avancer la part des dépenses prises en charge ...
- Convention de 2018 : le chirurgien-dentiste *peut pratiquer* le tiers payant au-delà des patients ne relevant pas des cas ci-dessus (CMU, ACS ...)

- ❑ Respecter toutes les dispositions de la convention ainsi que celles des textes régissant l'exercice de la profession
- ❑ Participer à l'action de prévention
- ❑ Maintenir son activité dans des limites telles que les patients bénéficient de soins suivis, consciencieux, éclairés, attentifs et prudents, conformes aux données acquises de la science
- ❑ Porter ligne par ligne, lors de chaque acte, sur la feuille de soins les indications prescrites par la réglementation
- ❑ Mentionner au jour le jour la prestation des actes
- ❑ Respecter les dispositions et les cotations de la NGAP et de la CCAM
- ❑ Inscrire sur la feuille de soins l'intégralité du montant des honoraires perçus au titre des actes remboursables



Ce qui ne change pas : les grands principes

- ❑ Les tarifs d'honoraires des soins prothétiques et orthodontiques peuvent faire l'objet d'une entente directe avec le patient (ED)

Nouveauté : le chirurgien-dentiste est tenu de respecter les honoraires limites de facturations

- ❑ Avant l'élaboration d'un traitement pouvant faire l'objet d'une entente directe, le chirurgien-dentiste doit remettre à l'assuré un devis descriptif écrit
- ❑ Lorsque le chirurgien-dentiste réalise des actes ou des prestations non remboursables par l'assurance maladie, il n'établit pas de feuille de soins ni d'autre support en tenant lieu

- Pour toute question réglementaire (convention, CCAM ...) ou technique :

ccam-abd061.elsm-nice@assurance-maladie.fr