Protocole d'accord de fin de négociations

L'UNCAM et les syndicats représentatifs des médecins libéraux (Confédération des Syndicats Médicaux Français, Syndicat des médecins libéraux, MG France, Le Bloc, Fédération des Médecins de France) se sont réunis le 20 juillet 2011 et se sont mis d'accord sur les termes du projet de convention médicale ci-joint, définissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins généralistes et spécialistes libéraux.

Les signataires du présent protocole s'engagent à présenter le texte conventionnel et ses annexes à leurs instances respectives afin de procéder dans les plus brefs délais à la signature de la convention.

S'agissant du secteur optionnel, les signataires du présent protocole prennent acte de la déclaration d'intention de l'UNOCAM, qui a confirmé son souhait de voir aboutir au plus tôt les négociations relatives à la mise en place de ce secteur, conformément à l'engagement pris dans l'accord tripartite du 15 octobre 2009.

Les parties signataires souhaitent que l'avenant permettant la mise en place effective du secteur optionnel intervienne avant le 30 septembre 2011.

Fait à Paris, le 21 juillet 2011

Pour l'UNCAM,
Monsieur Frédéric van ROEKEGHEM, Directeur Général,

Au titre des spécialistes
La Confédération des Syndicats Médicaux Français,
Monsieur Michel CHASSANG, Président,

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

Au titre des généralistes
La Confédération des Syndicats Médicaux Français,
Monsieur Michel CHASSANG, Président,

Médecin Généraliste de France,
Monsieur Claude LEICHER, Président,

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

Projet de texte conventionnel

Version du 20 juillet 2011

Préambule

Afin de préserver le caractère universel, obligatoire et solidaire de l'Assurance Maladie, l'UNCAM et les syndicats représentatifs des médecins libéraux entendent contribuer conjointement à l'égalité d'accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire et à l'accroissement de l'efficience du système de soins.

Pour réaliser cet objectif, les parties signataires souhaitent mettre en place un nouveau partenariat et restaurer la confiance des médecins dans l'avenir de la médecine libérale. La nouvelle convention médicale s'attache à moderniser l'activité libérale, conforter la qualité des pratiques et valoriser l'activité du médecin dans la prise en charge globale du patient, de la patientèle et plus généralement au profit de la santé publique.

L'UNCAM et les syndicats signataires constatent que le paiement à l'acte reste le socle de la rémunération de la médecine libérale. Toutefois, elles s'accordent sur la nécessité de mettre en œuvre de nouveaux modes de rémunération complémentaires valorisant l'engagement des médecins sur des objectifs de santé publique relatifs à la prévention, au suivi des patients chroniques, à l'efficience et à l'organisation du cabinet pour répondre aux besoins de santé de l'ensemble des assurés sociaux. Cette réforme apporte une reconnaissance nouvelle de l'implication des médecins libéraux dans l'amélioration de la qualité des soins.

Les parties conventionnelles s'accordent sur la mise en œuvre de mesures visant à renforcer l'accès aux soins sur tout le territoire, favoriser la coordination des soins entre les différents professionnels de santé intervenant dans la prise en charge, valoriser les fonctions des médecins traitants et des médecins correspondants, ainsi que la qualité des pratiques médicales et l'efficience, simplifier les échanges entre les médecins et l'assurance maladie.

Renforcer l'accès aux soins

Le renforcement de l'accès aux soins doit être la première des priorités de la convention médicale. En premier lieu, les parties conventionnelles souhaitent renforcer les mesures mises en place en faveur de l'amélioration de la répartition de l'offre de soins et conforter la dispense d'avance de frais pour les patients qui en ont le plus besoin. En second lieu, la convention met en place un nouveau secteur d'exercice de manière à réduire le reste à charge pour les soins de chirurgie, d'obstétrique et d'anesthésie.

Développer la coordination des soins

Les signataires de la convention considèrent que la coordination des soins entre les professionnels de santé est un facteur essentiel d'amélioration de la prise en charge des patients et de l'efficience des soins. Dans ce cadre, elles s'accordent sur le fait que le parcours de soins coordonnés grâce au médecin traitant de premier recours est un dispositif qui favorise la coordination des différents intervenants et doit être maintenu. Parallèlement, les parties signataires souhaitent favoriser le développement des modes d'exercice pluriprofessionnel et l'accompagnement des patients.

Valoriser la qualité et l'efficience des pratiques médicales

L'UNCAM et les syndicats signataires affirment leur volonté de mettre en place les outils nécessaires à l'amélioration des pratiques médicales et de leur efficience, notamment l'informatisation des cabinets médicaux, de manière à favoriser la tenue du dossier médical, les échanges dématérialisés entre professionnels et l'élaboration du volet de synthèse par le médecin traitant.

Les signataires réaffirment également leur engagement dans la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, qui s'inscrit dans un double objectif d'amélioration des pratiques et d'optimisation des dépenses.

Les parties signataires conviennent de la nécessité de faire évoluer la rémunération des médecins de manière à valoriser l'activité du médecin et notamment du médecin traitant dans toute la dimension de son exercice médical centré sur le service rendu au patient, à la patientèle et à la santé publique par la mise en place d'une rémunération en fonction de l'atteinte d'objectifs de santé publique.

Ces objectifs sont relatifs à l'organisation des cabinets de l'ensemble des médecins libéraux, à la prévention, aux pratiques cliniques et à l'efficience des prescriptions.

Cette rémunération reconnaît de plus, sur une base forfaitaire, la mission de synthèse du dossier médical du patient assurée par le médecin traitant.

Pour faciliter les échanges entre professionnels de santé et la qualité des soins, des objectifs relatifs à l'équipement informatique des cabinets sont également définis.

Parallèlement, les parties conventionnelles affirment l'importance de l'ensemble des spécialités médicales dans la santé publique et entendent revaloriser certains actes cliniques pour lesquels l'utilité est particulièrement avérée au regard de la situation médicale des patients.

Moderniser et améliorer les échanges

Les signataires de la convention s'engagent dans une démarche de modernisation des relations entre les médecins et l'assurance maladie. La convention vise de plus à améliorer le cadre d'exercice des professionnels et à maîtriser les coûts de gestion du système de soins en développant de nouveaux services en ligne et en s'engageant dans une démarche visant à la dématérialisation des échanges et notamment des prescriptions, dans des conditions techniques compatibles avec les contraintes de l'exercice des professionnels.

Afin de ne pas accroître le travail administratif des médecins, notamment les doubles saisies, cette modernisation privilégie des dispositifs couplés aux logiciels médicaux.

Conforter le contrat conventionnel

Le contrat conventionnel comporte pour les médecins et les caisses d'assurance maladie des engagements réciproques.

Le régime ASV, en garantissant aux médecins de secteur 1, en contrepartie de leur engagement de respect des tarifs opposables, un complément de retraite substantiel, est un des socles fondamentaux de la convention médicale.

A ce titre, les représentants syndicaux des médecins et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie réaffirment leur attachement au régime ASV des médecins et à sa pérennisation.

Le Champ d’application de la convention

La présente convention s’applique :

- d'une part aux médecins exerçant à titre libéral, inscrits au tableau de l’ordre national et qui ont fait le choix d'exercer sous le régime conventionnel, pour les soins dispensés sur leur lieu d'exercice professionnel ou au domicile du patient lorsque celui est dans l’incapacité de se déplacer.

- d'autre part aux organismes de tous les régimes d’assurance maladie obligatoire

Elle entre en vigueur le lendemain de la publication de son arrêté d’approbation.

Les médecins placés sous le régime de la présente convention s’engagent à en respecter toutes les dispositions ainsi que les textes régissant l'exercice de la profession. Ces engagements s'imposent également aux médecins qui exercent avec ou à la place d'un médecin conventionné dans le cadre notamment d'un remplacement ou d'une collaboration salariée. Dans ces cas, le médecin conventionné informe les intéressés des obligations qui leur incombent de respecter les dispositions conventionnelles.

Pour leur part, les caisses d’assurance maladie s’engagent à respecter la mise en œuvre des dispositions prévues par le présent accord, en particulier dans la mise à disposition des dispositifs informatiques ou d’organisation adaptés.

Pour leur activité libérale, les praticiens temps plein hospitaliers sont régis par la présente convention.

Les partenaires conventionnels conviennent d’étudier dans le cadre d’un groupe de travail la possibilité de conventionner les structures juridiques dotées de la personnalité morale.

Dans cette attente, chaque membre de la structure juridique adhère ou non individuellement à la convention, mais de manière identique.

Titre 1. Conforter l'accès aux soins

Les parties signataires estiment que l'amélioration de l'accès aux soins doit être la première des priorités de la convention médicale.

L'existence d'un régime d'assurance maladie obligatoire à couverture large et d'une offre adaptée de professionnels délivrant des soins de qualité est un déterminant majeur de l'accès aux soins pour l'ensemble des assurés.

La démographie médicale et la tendance au regroupement des professionnels induisent une modification structurelle de l'implantation de l'offre de soins. Ces évolutions doivent être prises en compte et la convention médicale doit apporter des réponses adaptées et évolutives pour garantir, en coordination avec les pouvoirs publics, l'accessibilité, la continuité et la permanence des soins sur l'ensemble du territoire national.

Indépendamment de l'accessibilité géographique à des soins de qualité, l'accessibilité financière est une préoccupation partagée par les parties conventionnelles. Les parties entendent promouvoir à cet effet la dispense d'avance des frais pour les assurés qui en ont le plus besoin, pour les soins les plus coûteux et pour les actes réalisés dans le cadre de la permanence des soins.

Au-delà du tiers payant, l'accessibilité financière aux soins est déterminée par le reste à charge que les assurés supportent au-delà du remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

L'accroissement des honoraires au-delà des tarifs opposables, facturés par les praticiens du secteur à honoraires différents (« secteur II »), impose des réponses structurelles de manière à garantir l'accès aux soins dans le cadre d'une médecine libérale mais aussi sociale.

Les parties conventionnelles conviennent donc de mettre en place, dans cet objectif, un nouveau secteur optionnel par avenant pour une période de trois ans.

Sous-Titre 1. Améliorer la répartition de l'offre de soins sur le territoire

La répartition inégalitaire des professionnels de santé sur le territoire pose d'ores et déjà des problèmes d'accès aux soins, dans les zones très sous dotées voire sous dotées. Elle se traduit, pour les médecins installés dans ces zones, par une forte activité et une sollicitation importante pour assurer la continuité et permanence des soins.

Les partenaires conventionnels souhaitent réaffirmer leur volonté de mettre en place une politique structurante visant à privilégier l'implantation des médecins libéraux dans ces zones et à favoriser le maintien de l'activité des médecins qui y sont d'ores et déjà installés.

Cet engagement s'est traduit par la signature de l'avenant 20 à la Convention Médicale de 2005. Au regard des résultats obtenus et compte tenu des futures zones de mise en œuvre des mesures incitatives qui vont être définies dans les schémas régionaux d'organisation des soins, les partenaires conventionnels souhaitent faire évoluer cet engagement en adoptant de nouvelles mesures destinées à favoriser l'installation, l'exercice et le remplacement dans les zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits.

En premier lieu, dans l'attente de l'adoption des nouveaux schémas régionaux d'organisation des soins, les dispositions de l'avenant 20 à la convention de 2005 sont reconduites sur la base du zonage réalisé par les missions régionales de santé en 2005 (cf. annexe III).

Dès l'arrêté, par le directeur général de l'ARS, des zones mentionnées au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique *relatives aux mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé,* une nouvelle option démographie, définie à l'article 1 de la présente convention et destinée aux médecins exerçant de façon regroupée ou dans le cadre de pôles de santé, est mise en place.

Enfin, ils décident de proposer dès la publication des zones sus-mentionnées aux professionnels exerçant dans des zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins médicaux est particulièrement élevé au sens de l'article L. 1434-8 du code de la santé publique et qui souhaitent consacrer une partie de leur temps médical pour prêter main-forte à leurs confrères exerçant en zones sous-dotées d'opter pour un cadre innovant : l'option santé solidarité territoriale.

Par ailleurs, les partenaires conventionnels s'engagent à élaborer, dans le cadre d'avenants à la présente convention, des contrats types ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins tels que prévus à l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

Article 1. Mesures en faveur de l'amélioration de la répartition des professionnels de santé sur le territoire

Article 1.1. Objet et champ de l'option démographie

Médecins concernés

L'option est proposée aux médecins libéraux conventionnés exerçant au sein d'un groupe ou d'un pôle de santé, dans le secteur à honoraires opposables ou dans le secteur à honoraires différents et ayant adhéré à l'option de coordination telle que définis à l'Article 36 de la convention nationale, ou acceptant d'appliquer exclusivement les tarifs opposables pour les patients situés en zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits, s'installant ou installés dans ces zones définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique

Conditions générales d'adhésion et engagements du médecin

En adhérant à l'option, le praticien s'engage à ne pas cesser son activité, hors circonstances exceptionnelles validées par la CPR, ni à changer son lieu d'exercice pendant une durée de trois années consécutives à compter de la date d'adhésion. Les modalités d'adhésion de même que les conditions de résiliation notamment pour cause indépendante de la volonté du médecin sont définies en annexe IV.

Condition d'exercice en groupe ou en pôle de santé :

Pour bénéficier de l'option, les médecins doivent exercer au sein d'un groupe formé entre médecins ou d'un groupe pluridisciplinaire, quelle que soit sa forme juridique, ou dans le cadre d'un pôle de santé tel que défini à l'article L. 6323-4 du code de la santé publique. Ils transmettent

à leur caisse de rattachement les documents attestant de leur participation à un groupe ou pôle de santé.

Les médecins ayant un exercice isolé et qui ne participent pas à un pôle de santé ne sont pas éligibles à cette option.

Condition d'activité

Pour adhérer, le médecin doit justifier d'une activité réalisée aux 2/3 auprès de patients résidant dans la zone concernée et être installé dans la dite zone ou à proximité immédiate.

Engagement sur la continuité et la permanence des soins

En contrepartie des aides qui lui sont allouées, et dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins pour la population de la zone, le professionnel adhérent s'engage à :

- faire appel à des remplaçants ou s'organiser avec un autre praticien du groupe ou du pôle de santé, pour répondre aux besoins de soins de la patientèle ;

- permettre la réalisation de vacations, au sein du cabinet, de médecins spécialistes ou d'auxiliaires médicaux ;

- participer à la permanence des soins dans le cadre de l'organisation régionale, conformément aux textes réglementaires.

Article 1.2. Avantages conférés par l'adhésion à l'option

Les médecins adhérant à l'option démographie bénéficient en contrepartie d'une aide à l'investissement et d'une aide à l'activité, dans les conditions définies en annexe IV à la présente convention.

Article 2. Mesures relatives à l'apport complémentaire de temps médical dans les zones sous dotées en offre de soins

L'une des principales contraintes signalées par les professionnels de santé exerçant en zones rurales, de montagne ou urbaines déficitaires en offre de soins est, outre la permanence et la continuité des soins, la difficulté de se faire remplacer.

L'un des objectifs de l'option démographie susmentionnée consiste à permettre aux praticiens concernés de dégager des moyens complémentaires en locaux ou en honoraires pour favoriser l'intervention de leurs remplaçants.

Une autre possibilité vise à encourager les médecins installés dans les zones sur-dotées, à proximité de zones sous-dotées, à dégager une partie de leur temps médical pour prêter main forte à leurs confrères.

Les partenaires conventionnels conviennent donc de mettre en place l'option santé solidarité.

Article 2.1. Objet et champ de l'option santé solidarité territoriale

Les partenaires conventionnels, conscients de la nécessité d'intervenir dans les zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits, conviennent d'inciter les médecins à la solidarité géographique par la mise en place d'une nouvelle option conventionnelle.

A cet effet, ils s'accordent pour adopter un nouveau dispositif dans la continuité de l'option visée à l'Article 1 en proposant au médecin volontaire de souscrire à une nouvelle option conventionnelle sur la base du formulaire joint en annexe VIII.

Médecins concernés

L'option est proposée aux médecins libéraux conventionnés exerçant dans le secteur à honoraires opposables ou dans le secteur à honoraires différents et ayant adhéré à l'option de coordination telle que définie à l'Article 36 de la convention nationale, ou acceptant d'appliquer exclusivement les tarifs opposables dans le cadre de cette activité spécifique et n'exerçant pas dans une zone où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits et souhaitant y assurer des consultations.

Conditions générales d'adhésion et engagements du médecin

En adhérant à l'option le médecin s'engage à exercer au minimum 28 jours par an dans une des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits. La durée de l'engagement du médecin à cette option est de 3 ans à compter de sa date d'adhésion.

Les modalités d'adhésion de même que les conditions de résiliation notamment pour cause indépendante de la volonté du médecin sont définies en annexe VII.

Article 2.2. : Avantages conférés par l'adhésion à l'option

Les médecins adhérant à la présente option bénéficient d'une rémunération complémentaire et d'une prise en charge des frais de déplacement définies en annexe VII de la présente convention.

Article 3. Suivi et évaluation de la mise en place de l'option démographie et de l'Option Santé Solidarité Territoriale

Les parties signataires conviennent de suivre l'application de ces deux options pendant toute leur durée dans le cadre des instances paritaires. Elles souhaitent en évaluer la portée en termes de maintien et d'amélioration de l'offre de soins dans les zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits par l'élaboration de bilans annuels.

Elles conviennent de mettre en place un groupe de travail pour mesurer l'effet des aides dans les zones périurbaines sensibles, notamment sur le recours au médecin traitant et au médecin correspondant, et envisager les mesures nécessaires.

Au regard des résultats de ces évaluations annuelles, un bilan général sera réalisé au second semestre 2013. Celui-ci permettra aux partenaires conventionnels de décider d'éventuelles mesures d'ajustement du dispositif, si les effets des deux options s'avéraient insuffisants. Ces mesures de régulation complémentaires pourront, le cas échéant, concerner les zones médicalement très surdotées.

Sous-Titre 2. Garantir la Permanence des soins

L'accès aux soins doit aussi être garanti aux assurés indépendamment des heures ouvrables ou lors des jours non travaillés, à la fois en ville mais aussi en établissement de santé, pour les besoins de soins définis par les pouvoirs publics dans le cadre de la permanence des soins organisée règlementairement au plan régional.

Article 4. La transition vers le nouveau dispositif de permanence des soins

Suite à la parution de la Loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009, la compétence d'organisation de la permanence des soins a été transférée vers les agences régionales de santé (ARS).

Dans l'attente de l'entrée en vigueur des nouveaux dispositifs issus de la loi HPST, les dispositions conventionnelles relatives à l'organisation et au financement de la permanence des soins issues de la convention médicale de 2005 sont reconduites dans les conditions définies aux annexes X et XI.

Dés la publication par les directeurs généraux des agences régionales de santé des cahiers des charges de la permanence des soins ambulatoires et des textes afférents à la permanence des soins en établissements de santé privés, les nouveaux dispositifs sont mis en œuvre. Ainsi, les dispositions correspondantes définies aux annexes X et XI cessent de produire leurs effets.

Dans le cadre du futur dispositif, les caisses continuent d'assurer le paiement des forfaits de régulation et d'astreintes dont le montant est déterminé dans les cahiers des charges régionaux visés supra pour la permanence des soins ambulatoire et le paiement des forfaits de garde et d'astreinte définis réglementairement pour la permanence des soins en établissements de santé privés, ainsi que le paiement des actes nomenclaturés effectués.

Article 4.1. Les majorations d'actes spécifiques

Les partenaires conventionnels définissent les majorations d'actes spécifiques applicables aux actes réalisés par les médecins libéraux dans le cadre du dispositif régulé de permanence des soins ambulatoires.

Ainsi, lorsque le médecin mentionné sur le tableau de permanence ou appartenant à une association de permanence des soins et, inscrit sur le tableau tenu par l'Agence Régionale de Santé, intervient à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appel de l'association de permanence des soins, il bénéficie de majorations spécifiques.

Le montant de ces majorations est distinct selon que le médecin de permanence reçoit le patient à son cabinet ou qu'il effectue une visite à domicile justifiée. Le montant de ces majorations est défini à l'annexe XII..

Les assurés bénéficient, à l'occasion des actes réalisés dans le cadre de la permanence des soins régulée, d'une dispense d'avance des frais dans les conditions définies à l'Article 7.

Sous-Titre 3. Développer la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux

Pour les assurés dont les revenus sont les plus modestes ou pour ceux qui sont confrontés, du fait de leur état de santé, à des dépenses de soins importantes, éviter de faire l'avance des frais de santé, même pour un délai qui a été fortement réduit grâce au déploiement de la carte d'assurance maladie dite carte Vitale, favorise l'accès aux soins.

C'est pourquoi les parties conventionnelles entendent promouvoir à cet effet le tiers payant social pour les assurés qui en ont le plus besoin, pour les soins les plus coûteux et pour les actes réalisés dans le cadre de la permanence des soins.

La présente convention conforte donc cette possibilité, au-delà des cas particuliers pour lesquels le législateur a rendu obligatoire le régime du tiers payant (couverture médicale universelle complémentaire, accidents du travail, etc.).

Le tiers payant est de droit pour les bénéficiaires de la couverture médicale universelle complémentaire. Le montant restant à charge du fait de la modulation du ticket modérateur du fait du non respect du parcours de soins ne peut être retenu sur les honoraires du professionnel qui respecte les tarifs opposables.

Au-delà des cas particuliers définis ci-après, et notamment du tiers payant social au profit des bénéficiaires de l'ACS, les parties conventionnelles conviennent de permettre ponctuellement, pour les patients qui le nécessiteraient, la dispense d'avance de frais selon l'appréciation du médecin traitant.

Article 5. Le Tiers Payant Social pour les bénéficiaires de l'ACS

Les personnes et leurs ayants droit exonérés ou non du ticket modérateur, pouvant prétendre au dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) défini à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale sont dispensés de l'avance des frais pour les soins réalisés dans le cadre

du parcours de soins coordonné par le médecin traitant, le ou les médecins correspondants et les médecins en accès spécifique.

Cette procédure dite de « tiers payant social » contribue à l'amélioration de l'accès aux soins et à la lutte contre les inégalités en permettant aux assurés qui rencontrent des difficultés financières de bénéficier de la dispense d'avance de frais.

Les assurés bénéficiaires de ce dispositif d'aide se voient remettre par l'organisme d'assurance maladie dont ils dépendent une attestation de tiers payant social.

La dispense d'avance des frais est donc accordée systématiquement par le médecin, dans le cadre du parcours de soins, aux bénéficiaires de l'ACS soit sur présentation de l'attestation de tiers payant social, soit sur la base de l'information mise à disposition via les téléservices de l'assurance maladie.

Cette dispense d'avance de frais est réalisée sur la part des remboursements correspondant à la prise en charge des régimes d'assurance maladie obligatoire.

Les partenaires conventionnels constatent qu'actuellement dans 74 % des cas, les assurés bénéficiaires de l'ACS se voient offrir la dispense d'avance des frais par leur médecin traitant. L'assurance maladie s'engage à informer l'ensemble des médecins, et tout particulièrement les médecins traitants, des droits à la dispense d'avance des frais pour les bénéficiaires de l'ACS.

Les commissions paritaires locales sont tenues régulièrement informées de la progression du taux de tiers payant.

Article 6. Le tiers payant pour certains actes et coefficients visés

Les médecins amenés à facturer les actes suivants particulièrement coûteux pratiquent la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux.

La dispense d'avance des frais s'applique aux actes de spécialités dont le coefficient ou le tarif est égal ou supérieur à celui visé à l'article R. 322-8 du code de la sécurité sociale.

Cette exigence de seuil est supprimée pour les malades exonérés du ticket modérateur ou assimilés.

Article 7. Le tiers payant dans le cadre de la permanence des soins

Dans le cadre d'une intervention du médecin d'astreinte suite à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appel de l'association de permanence des soins, le patient bénéficie de plein droit d'une dispense d'avance de frais.

Cette dispense d'avance de frais est réalisée sur la part des remboursements correspondant à la prise en charge des régimes d'assurance maladie obligatoire.

Article 8. La dispense d'avance des frais pour les patients ayant choisi le médecin référent comme médecin traitant

Les assurés qui avaient choisi leur médecin référent comme médecin traitant et leurs ayants droit, continuent de bénéficier de la dispense d'avance des frais.

Article 9. Accords locaux spécifiques sur la dispense d'avance des frais

Des accords locaux peuvent être conclus entre les caisses et les organisations syndicales signataires de la convention pour ouvrir la procédure de dispense d'avance des frais à des cas non inscrits dans la convention et pour lesquels la mise en place d'une telle mesure pourrait être un facteur d'amélioration significative de l'accès aux soins.

Les projets d'accords sont examinés en commission paritaire locale et sont ensuite soumis pour avis conforme à la commission paritaire nationale.

Article 10. Expérimentations

La procédure de dispense d'avance des frais et le respect des tarifs définis dans la présente convention s'appliquent au bénéfice des assurés sociaux qui entrent dans le cadre des expérimentations agréées définies à l'article L. 162-31 du code de la sécurité sociale, lorsque celles-ci le prévoient et dans les conditions qu'elles déterminent.

Article 11. La dispense d'avance des frais pour la délivrance des médicaments et certains dispositifs médicaux effectuée par les médecins propharmaciens

Afin de pallier l'absence d'officine dans certaines communes, l'article L. 4211-3 du code de la santé publique précise que les médecins qualifiés de propharmaciens peuvent être autorisés par l'agence régionale de santé à délivrer aux personnes auxquelles ils donnent leurs soins, les médicaments et certains dispositifs médicaux, dont la liste est fixée par arrêté, nécessaires à la poursuite du traitement qu'ils ont prescrit.

Les médecins ainsi habilités et régis par la présente convention peuvent adhérer à des conventions locales leur permettant de pratiquer la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux pour la seule part des remboursements correspondant à la prise en charge des régimes d'assurance maladie obligatoire signataires.

Ces conventions locales sont conformes à une convention type approuvée en conseil d'administration de la CNAMTS le 28 novembre 2000.

Sous-Titre 4. Maîtriser les dépassements d'honoraires pour un meilleur accès aux soins

Pour les soins spécialisés, l'existence d'importants dépassements d'honoraires dans certaines spécialités et dans certaines zones du territoire réduit l'accès aux soins, notamment pour les patients dont les revenus sont les plus modestes et ceux qui ne disposent pas d'une couverture complémentaire prenant en charge ces dépassements ou de manière très limitée.

Pour ces patients, l'augmentation du nombre de praticiens de secteur II dans certaines spécialités pose d'indéniables difficultés d'accès aux soins, compte tenu de l'importance des restes à charge.

La maîtrise et la lisibilité des tarifs, ainsi que la prise en charge coordonnée des soins par l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire apparaissent nécessaires pour garantir un meilleur accès aux soins.

L'option de coordination mise en œuvre dans la convention de 2005 pour maîtriser les tarifs des médecins généralistes et spécialistes autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires d'un droit permanent à dépassement a constitué une première étape. Elle doit être pérennisée et complétée par un dispositif négocié dans un cadre tripartite.

Conformément aux dispositions de l'article 53 de la loi HPST un protocole d'accord tripartite entre les syndicats représentatifs pour la convention de 2005, l'UNCAM et l'UNOCAM a été conclu le 15 octobre 2009 sur un nouveau secteur dit secteur optionnel.

Les partenaires conventionnels s'accordent pour mettre en place ce nouveau secteur visant à améliorer l'accès à des soins de qualité par la diminution du reste à charge et la maîtrise des tarifs. Sont concernées les spécialités exercées principalement sur les plateaux techniques lourds, à savoir la chirurgie, l'anesthésie réanimation et la gynécologie obstétrique.

Les modalités de mise en œuvre de ce secteur optionnel sont définies au titre 4 sous-titre 4 de la convention. L'option de coordination est parallèlement maintenue dans les conditions définies à l'Article 36 pour les spécialités non visées par le secteur optionnel dans l'hypothèse où il serait mis en place.

Sous-Titre 5. Eviter les refus de soins

Tout assuré rencontrant des difficultés dans l'accès aux soins a la possibilité de saisir un conciliateur chargé d'examiner sa demande conformément à l'article L. 162-15-4 du code de la sécurité sociale. Ce conciliateur peut être amené à intervenir notamment quand le patient est confronté à l'impossibilité de choisir un médecin traitant ou encore se voit imposer un délai important d'obtention de rendez-vous d'un médecin correspondant. Il a également un rôle majeur pour examiner les refus de soins dont peuvent être victimes certains patients.

A ce titre, la Haute autorité de lutte contre les discriminations a rappelé que les refus de soins tant pour les bénéficiaires de la CMU que pour ceux de l'AME constituent une discrimination au sens de la loi ainsi qu'une violation des principes déontologiques.

Depuis 2008, de nouvelles procédures ont été mises en place par l'assurance maladie afin de mieux prendre en charge les plaintes formulées par les assurés sociaux s'estimant victimes d'un refus de soins. Ces plaintes sont traitées par les conciliateurs intervenant dans chaque caisse.

En outre, l'article L. 162-1-19 du code de la sécurité sociale issu de la loi HPST pose le principe d'une obligation pour les organismes locaux d'assurance maladie et les services médicaux de signaler à l'ordre compétent les informations concernant l'activité d'un professionnel de santé susceptibles de constituer un manquement à la déontologie. La CPL est informée de ces signalements.

Les partenaires conventionnels réaffirment leur volonté d'agir conjointement contre les refus de soins de la part de certains médecins. Dans ce cadre, ils examinent les plaintes formulées auprès des caisses par les patients et les actions entreprises au sein de la commission paritaire locale (CPL). Cet examen au sein de l'instance paritaire permet d'examiner les raisons de ces refus de soins par les professionnels de santé et les mesures envisageables pour améliorer l'accès aux soins et favoriser la compréhension réciproque et le respect des droits et des devoirs de chacune des parties.

Titre 2. Développer la coordination des soins

Les parties signataires affirment leur volonté de favoriser une meilleure coordination des soins entre les professionnels de santé et le développement des modes d'organisation plus collectifs indispensables à l'amélioration de la prise en charge des patients et à l'efficience des soins.

Elles réaffirment la nécessité, tout particulièrement pour les patients souffrant de pathologies chroniques, de favoriser le parcours de soins coordonnés entre les professionnels de santé dans la prise en charge globale des patients. Cette organisation structurée en fonction des besoins des patients est gage d'une amélioration de la qualité des soins et d'une meilleure efficience. Les patients se voient responsabilisés dans leur recours aux soins dans le respect du libre choix. Elles conviennent donc de pérenniser le dispositif du parcours de soins.

En outre, elles estiment nécessaire d'engager une dynamique sur le développement de parcours de soins plus efficients adaptés aux besoins médicaux et socio économiques des patients, ainsi que le partage d'informations médicales structurées et pertinentes.

Sous-Titre 1. Le parcours de soins

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a consacré le rôle du médecin traitant dans l'offre de soins de premier recours. Ses missions couvrent à la fois le diagnostic, le traitement, la prévention, le dépistage, mais également l'orientation des patients, selon leurs besoins, dans le système de soins, la coordination des soins et la centralisation des informations émanant des professionnels intervenant dans le cadre du parcours de soins.

Article 12. Le Médecin traitant

Le médecin traitant favorise la coordination avec les autres professionnels et services participant aux soins de ses patients. Son intervention contribue à la continuité ainsi qu'à la qualité des soins et des services apportés à la population.

Par ses fonctions de conseil et d'orientation, le médecin traitant participe activement à la bonne utilisation du système de soins par ses patients avec le souci de délivrer des soins de qualité à la collectivité, à des coûts maîtrisés.

Article 12.1. Les missions du médecin traitant

Le médecin traitant :

- assure le premier niveau de recours aux soins ;

- contribue à l'offre de soins ambulatoire ;

- participe à la prévention, au dépistage, au diagnostic, au traitement et au suivi des maladies ainsi qu'à l'éducation pour la santé de ses patients ;

- oriente le patient dans le parcours de soins coordonnés ;

- informe tout médecin correspondant des délais souhaitables de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient ;

- rédige le protocole en tenant compte de la proposition du ou des médecins correspondants participant à la prise en charge du malade ;

- favorise la coordination par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants et veille à l'intégration de ces synthèses dans un dossier médical personnel ;

- apporte au malade toutes les informations permettant d'assurer une permanence d'accès aux soins aux heures de fermeture du cabinet.

Article 12.2. Les modalités de choix du médecin traitant

Conformément aux dispositions des articles L. 162-5-3 et D. 162-1-6 et suivants du code de la sécurité sociale, le médecin traitant peut être un médecin généraliste ou un spécialiste quelle que soit sa spécialité.

Chaque assuré de 16 ans ou plus est invité à choisir un médecin traitant. Ce choix de médecin traitant se formalise par l'établissement d'un document "Déclaration de choix du médecin traitant", cosigné par l'assuré et le médecin.

La transmission s'effectue soit par voie électronique via les téléservices soit par envoi papier par l'assuré.

L'assuré peut changer à tout moment de médecin traitant.

Article 12.3. Les modalités particulières

Les partenaires conventionnels affirment leur attachement à l'application des mesures prévues aux articles L. 162-4 et D 162-1-8 du code de la sécurité sociale précisant que la majoration prévue au 5° de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable pour cinq ans aux consultations assurées ou prescrites par un médecin généraliste installé pour la première fois en exercice libéral ou par un médecin qui s'installe dans une zone définie par les agences régionales de santé.

Lorsque le médecin traitant est indisponible, des modalités particulières s'appliquent notamment :

En matière de remplacement :

Lorsque le médecin traitant est indisponible, le médecin qui assure pour la continuité des soins la prise en charge du patient est considéré comme médecin traitant pour l'application du parcours de soins.

En matière d'exercice en groupe :

Conformément aux dispositions de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, tous les médecins de même spécialité exerçant au sein d'un cabinet médical peuvent être désignés indifféremment comme médecin traitant pour la patientèle du cabinet.

Article 12.4. La valorisation du rôle de médecin traitant

Les parties signataires conviennent de la nécessité de valoriser la fonction de médecin traitant dans toute la dimension de son exercice médical centré sur le service rendu au patient, à la patientèle et à la santé publique.

C'est pourquoi ils décident de faire évoluer la rémunération des médecins traitants de manière à mieux valoriser les missions spécifiques de ce dernier dans le domaine de la prévention, du suivi en population des pathologies chroniques et, plus généralement, de la santé publique.

La mission de suivi et la coordination des soins des patients souffrant d'affection de longue durée s'était traduite, dans le cadre de la convention du 12 février 2005, par la mise en place d'une rémunération complémentaire au paiement à l'acte.

La présente convention permet, au-delà, de valoriser l'engagement des médecins traitants dans la coordination des soins, la prévention des pathologies chroniques et leur suivi, ainsi que de favoriser l'efficience des prescriptions.

Elle favorise l'informatisation des cabinets et valorise la synthèse du dossier médical par le médecin traitant.

Article 12.4.1 Synthèse du dossier médical

Le médecin traitant s'assure de la coordination dans la prise en charge avec les autres professionnels de santé de ses patients. Dans ce cadre, il tient à jour, pour chacun des patients qui l'ont choisi, le dossier médical qu'il enrichit, en tant que de besoin, des données cliniques et paracliniques (examen de biologie, radiologie, etc.).

Il est en mesure à partir de ce dossier d'établir une fiche de synthèse médicale reprenant le projet thérapeutique incluant le calendrier de suivi et les échanges avec les autres professionnels de santé pour avis ou suivi coordonné.

Cette fonction du médecin traitant fait l'objet d'une rémunération forfaitaire proportionnelle au nombre de patients qui ont choisi le médecin comme médecin traitant, dans les conditions qui sont précisées à l'article 26.

Article 12.4.2 Missions de santé publique

Le rôle spécifique du médecin traitant dans le domaine de la santé publique fait l'objet d'une valorisation plus globale dans le cadre de la mise en place du nouveau mode rémunération lié au

nombre des patients ayant choisi ce professionnel comme médecin traitant et à l'atteinte d'objectifs de santé publique.

Ce nouveau mode est décliné au Titre 3 de la présente convention.

Il a pour objectif de valoriser l'atteinte d'objectifs de santé publique sur l'ensemble de la patientèle des médecins traitants, notamment dans le domaine des vaccinations recommandées par les autorités sanitaires, des dépistages des cancers, de la prévention et de la prise en charge des pathologies cardiovasculaires, ainsi que de l'optimisation des prescriptions.

Article 12.4.3 Programmes d'accompagnement des patients souffrant de pathologies chroniques

Le médecin traitant est un acteur clé du développement des programmes d'accompagnement des patients souffrant de pathologies chroniques.

A ce titre, il est associé dès l'entrée des patients qui le souhaitent dans ces programmes et favorise l'adaptation des programmes par l'intermédiaire du questionnaire médical qu'il remet au médecin conseil de l'assurance maladie.

Il est tenu régulièrement informé des actions engagées dans le cadre des programmes d'accompagnement visés à l'article 18 et assure le suivi des informations transmises dans ce cadre. Il participe à l'évaluation périodique des programmes.

Il perçoit, pour les fonctions exercées au titre du présent article, une rémunération forfaitaire pour les patients concernés, dans les conditions définies à l'article 18.

Article 12.4.4 Suivi des patients souffrant d'affections de longue durée

Le médecin traitant rédige pour son patient et conjointement avec le médecin conseil le protocole de soins initial pour permettre la demande d'ouverture du droit conformément aux dispositions de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale. Le médecin traitant prend en considération dans ce cadre, l'état de santé du patient et les données acquises de la science, notamment les avancées thérapeutiques, et il s'appuie, le cas échéant, sur les recommandations établies par la Haute Autorité de Santé. A tout moment, le médecin traitant peut, sur son initiative, actualiser ce protocole de soins en raison de l'évolution de l'état du malade ou des avancées thérapeutiques.

Le médecin traitant régi par la présente convention bénéficie donc d'une rémunération spécifique pour ceux de ses patients en ALD qui l'ont choisi comme médecin traitant dans les conditions définies à l'annexe XIII de la présente convention.

Article 13. Le Médecin correspondant

Intervenant en coordination avec le médecin traitant, le médecin correspondant garantit le niveau de second recours aux soins et l'accès aux soins les plus spécialisés.

Article 13.1. Les missions du médecin correspondant

Le médecin correspondant a notamment pour mission de :

- répondre aux sollicitations du médecin traitant et recevoir les patients adressés dans des délais compatibles avec leur état de santé, sans discrimination dans la prise de rendez-vous ; il s'engage à tenir compte des informations médicales relatives au délai de prise en charge transmises par le médecin traitant en application de l'article 12.1.
- contribuer, dans son champ de compétence, à la protocolisation des soins pour les malades en affections de longue durée en relation avec le médecin traitant ;
- tenir informé, avec l'accord du patient, le médecin traitant de ses constatations et lui transmettre, dans les délais raisonnables, nécessaires à la continuité des soins et compatibles avec la situation médicale du patient, tous éléments objectifs se rapportant aux séquences de soins sur lesquelles il intervient : résultats d'examens complémentaires, comptes rendus opératoires, comptes rendus d'hospitalisation, constatations, conclusions et éventuelles prescriptions.

Article 13.2. La valorisation du rôle de médecin correspondant

Avis ponctuel de consultant

Conformément à l'article 18 des dispositions générales de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), l'avis ponctuel de consultant est un avis donné par un médecin spécialiste à la demande explicite du médecin traitant.

Le médecin correspondant, sollicité pour cet avis ponctuel de consultant, adresse au médecin traitant ses conclusions et propositions thérapeutiques. Il s'engage à ne pas donner au patient de soins continus et à laisser au médecin traitant la charge de surveiller l'application de ses prescriptions.

L'avis ponctuel de consultant est facturé dans les conditions définies à l'article 18 des dispositions générales de la NGAP.

Les partenaires conventionnels souhaitent que cet article soit adapté avant le 1er janvier 2012 afin que les praticiens concernés puissent, en cas de nécessité de réalisation par un autre professionnel d'examen complémentaire indispensable au diagnostic de consultant, recevoir le patient à l'occasion d'une consultation cotée CS pour réaliser la synthèse de leur avis de consultant. Par ailleurs, ils souhaitent également que la nomenclature précise les modalités de cotation de l'avis ponctuel de consultant pour les médecins spécialistes qualifiés en médecine générale.

Majoration de coordination

Lorsque le médecin correspondant, adhérant à la présente convention et appliquant les tarifs opposables, reçoit le patient pour des soins itératifs et procède à un retour d'informations au médecin traitant, il bénéficie d'une majoration de coordination applicable à la consultation.

Cette majoration de coordination est également applicable en cas de séquence de soins nécessitant un ou plusieurs intervenants, c'est-à-dire lorsque le patient est adressé par un médecin correspondant à un autre médecin spécialiste avec information au médecin traitant.

Lorsqu'à l'occasion d'une consultation auprès d'un bénéficiaire de la CMU complémentaire, le médecin correspondant, indépendamment de son secteur d'exercice, a facturé une majoration de coordination et qu'il est constaté que l'assuré n'a pas déclaré de médecin traitant, cette majoration est versée par l'organisme d'assurance maladie au praticien dans le cadre de la dispense d'avance des frais.

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, ces majorations ne peuvent être cotées que par les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables et par les praticiens ayant adhéré à l'option de coordination décrit à l'Article 36 et au secteur optionnel (dans l'hypothèse où celui-ci est mis en place).

La majoration de coordination ne peut pas se cumuler avec la facturation d'un dépassement autorisé (DA) prévu à l'Article 42.2 de la présente convention.

Les valeurs de la majoration de coordination et des majorations dédiées sont définies en annexe XIV.

Article 14. L'Accès spécifique

Article 14.1. Champ de l'accès spécifique

Les médecins relevant de certaines spécialités et pour des actes précisés (soins de première intention) peuvent être consultés sans consultation préalable du médecin traitant tout en restant dans le parcours de soins et être rémunérés comme tels.

Ces médecins veillent en conséquence à tenir informé, avec l'accord du patient, le médecin traitant de leurs constatations et lui transmettre, dans les délais raisonnables, nécessaires à la continuité des soins et compatibles avec la situation médicale du patient, les éléments objectifs utiles à la prise en charge du médecin traitant.

Article 14.2. Les conditions de l'accès spécifique du médecin spécialiste

Les gynécologues

Pour la gynécologie, les soins pouvant donner lieu à un accès spécifique sont :

- les examens cliniques gynécologiques périodiques, comprenant les actes de dépistage,

- la prescription et le suivi d'une contraception conformément aux référentiels scientifiques élaborés par la Haute Autorité,

- le suivi des grossesses,

- l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse.

Les ophtalmologues

Pour l'ophtalmologie, les soins pouvant donner lieu à un accès spécifique sont :

- les troubles de la réfraction oculaire (prescription et renouvellement de verres correcteurs),

- les actes de dépistage et de suivi du glaucome.

Les stomatologues

Pour la stomatologie, les soins pouvant donner lieu à un accès spécifique sont les soins bucco-dentaires (actes thérapeutiques et radiographiques) incluant :

- les soins de prévention bucco-dentaire,

- les soins conservateurs : obturations dentaires définitives, soins d'hygiène bucco-dentaire,

- les soins chirurgicaux : extraction dentaires, lésions osseuses restant à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) et lésions gingivales,

- les soins de prothèse dentaire,

- les traitements d'orthopédie dento-maxillo-faciale

Les autres actes dispensés par le stomatologue sont intégrés dans le parcours de soins coordonnés, lorsque le patient est adressé par son médecin traitant ou son chirurgien-dentiste et que le stomatologue procède à un retour d'informations au médecin traitant.

Les règles du parcours de soins coordonné ne s'appliquent pas aux actes de radiodiagnostic portant sur la tête et la bouche qui sont effectués par le radiologue lorsqu'ils sont demandés par le stomatologue ou le chirurgien-dentiste.

Les partenaires conventionnels conscients de l'importance des actions de prévention et d'éducation sanitaire pour l'amélioration de la santé bucco-dentaire, et afin de poursuivre une politique préventive active et nécessaire pour les jeunes, confirment la participation des médecins stomatologues au dispositif de prévention bucco-dentaire pour les patients âgées de 6 à 18 ans.

Les modalités de participation des médecins stomatologues au dispositif de prévention bucco-dentaire pour les patients âgés de 6 à 18 ans sont définies à l'annexe XV du présent texte.

Les psychiatres et neuropsychiatres

Les soins de psychiatrie prodigués par les psychiatres et neuro-psychiatres aux patients de moins de 26 ans sont en accès spécifique.

Les soins de neurologie ne relèvent pas de l'accès spécifique.

Le médecin spécialiste est tenu aux mêmes engagements en termes de coordination que le médecin correspondant. Il apprécie la nécessité de conseiller à son patient de consulter son médecin traitant.

Article 15. Le Fonctionnement du parcours de soins coordonnés

Article 15.1. Les différentes modalités du parcours de soins coordonnés

Sont définies ci-après les règles générales applicables au parcours de soins.

Médecin traitant vers médecin correspondant pour demande d'avis ponctuel

Le médecin correspondant a un rôle de consultant, selon des modalités définies à l'Article 13 du présent texte.

A ce titre, il ne donne pas de soins continus à ce patient et laisse au médecin traitant la charge de surveiller le suivi de ses prescriptions.

Médecin traitant vers médecin correspondant pour soins itératifs

Ces soins sont pratiqués selon :

- un plan de soins prédéfini en termes de contenu et de périodicité entre le médecin traitant et le médecin correspondant ;

- ou selon un protocole d'affection de longue durée.

Le patient accède aux médecins correspondants sans passage par le médecin traitant Dans ce cadre, le médecin correspondant procède régulièrement à un retour d'informations vers le médecin traitant de son patient.

Médecin traitant vers médecin correspondant avec nécessité d'une séquence de soins nécessitant un ou plusieurs intervenants :

Cette séquence de soins est réalisée en concertation avec le médecin traitant. Le patient est alors orienté vers les médecins correspondants sans passage par le médecin traitant.

Médecin traitant vers médecin correspondant généraliste :

Le médecin traitant peut conseiller une séquence de soins à son patient nécessitant l'intervention ponctuelle ou itérative (plan de soins) d'un médecin généraliste.

Article 15.2. Les cas d'urgence et d'éloignement

Le praticien adhérant à la présente convention exerçant en secteur à honoraires opposables ou ayant adhéré à l'option de coordination ou au secteur optionnel (dans l'hypothèse où il serait mis en place) et intervenant hors parcours de soins pour une urgence médicalement justifiée doit respecter les tarifs opposables. Il continue à bénéficier par ailleurs des majorations d'urgence prévues par la NGAP.

La cotation d'une majoration d'urgence, d'une majoration liée à la permanence des soins ou d'une majoration pour consultation/intervention le soir ou le week-end exclut la possibilité de coter la majoration de coordination.

En cas de consultation par un assuré éloigné de sa résidence habituelle donc de son médecin traitant désigné, le praticien régi par la présente convention et appliquant les tarifs opposables ou ayant adhéré à l'option de coordination ou au secteur optionnel (dans l'hypothèse où il serait mis en place) peut, sous réserve de procéder à un retour d'information au médecin traitant, appliquer à la consultation la majoration de coordination définie supra.

Sous-Titre 2. Un parcours de soins mieux coordonné dans le cadre d'un exercice coopératif

Les parties signataires considèrent que l'amélioration de la prise en charge des patients suppose une meilleure coordination des soins entre les professionnels intervenants.

Article 16. Accompagnement du développement des modes d'exercice pluriprofessionnel

La coordination revêt plusieurs formes selon qu'il s'agit d'une coordination au décours d'une hospitalisation ou d'une coordination au long cours autour d'un patient atteint d'une pathologie chronique, en situation de maintien à domicile ou encore en situation de perte d'autonomie.

Dans toutes ces situations, deux missions peuvent être mise en évidence. D'une part, la fonction de synthèse médicale et de prise de décision sur les orientations et les changements de prise en charge, assurée par le médecin traitant. D'autre part, l'accompagnement médico-social de la personne et des aidants familiaux, à la fois soignante et sociale, qui garantit la vigilance et la circulation de l'information, ainsi que de l'aide pour les démarches administratives. Cette dernière peut être assurée selon le type et le niveau de besoin, par différents professionnels de santé ou encore par une structure pluri professionnelle.

Dès lors, les parties signataires souhaitent accompagner la mise en place d'organisations nouvelles garantissant la cohérence des interventions des différents acteurs dans le respect du libre choix du patient.

Toutefois, préalablement à la mise en place de ces mesures, elles souhaitent attendre les résultats de l'évaluation des expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération menées sur la base de l'article 44 de la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007. Elles s'accordent également sur la nécessité de s'articuler avec les protocoles de coopération issus des articles L. 4011-1 et suivants du code de la santé publique.

Les partenaires conventionnels s'engagent à conclure un avenant à la présente convention à l'issue des expérimentations visées supra relatif à la définition d'un dispositif favorisant l'exercice pluriprofessionnel.

Article 17. Elaboration de contrats type sur l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins

Les partenaires conventionnels estiment que les contrats prévus à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique visant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins et pouvant être

conclus entre les professionnels et les agences régionales de santé peuvent constituer un vecteur pour la mise en place d'engagements sur la coordination.

Dans ce cadre et comme l'a prévu le législateur, elles s'engagent à proposer dans le cadre d'avenants à la présente convention, des contrats types nationaux sur la base desquels ces contrats régionaux seront conclus.

Sous-Titre 3. Développement de nouveau modes de prise en charge des patients

Les parties signataires constatent que le développement de nouveaux modes de prises en charge des patients est devenu une nécessité du fait de l'évolution de l'organisation des soins ambulatoires et des besoins des patients.

Elles sont conscientes de la nécessité d'améliorer la qualité de prise en charge des patients par un suivi adapté à domicile et une meilleure coordination de l'ensemble des professionnels de santé et des prises en charge autour du patient.

Elles s'accordent pour mettre en place des dispositifs, en coordination avec les différents acteurs concernés aussi bien dans le secteur ambulatoire qu'hospitalier ou médico-social, favorisant et améliorant le maintien ou le retour à domicile des patients, en particulier pour les sorties d'hospitalisation. Ces dispositifs portent notamment sur :

- les sorties d'hospitalisations sur les pathologies programmées,

- l'accompagnement et le suivi à domicile de certaines pathologies pour éviter les hospitalisations.

Elles conviennent de s'appuyer également sur les nouveaux outils disponibles dans le cadre du déploiement de la télémédecine.

La diminution des durées de séjours constatée depuis plusieurs années nécessite d'accompagner les patients à leur retour à domicile par une surveillance appropriée.

Pour assurer efficacement la continuité des soins en ville, les besoins du patient nécessitent d'être anticipés et organisés très en amont de sa sortie de l'établissement en concertation avec le médecin traitant, de manière à accroître l'efficience et la fluidité du parcours.

Dans un objectif de complémentarité des différents acteurs intervenant dans la prise en charge des patients, les partenaires conventionnels s'engagent dans la mise en œuvre d'un nouveau service d'accompagnement du retour à domicile des patients hospitalisés.

Ce service doit permettre de renforcer le suivi des patients en sortie d'hospitalisation en leur offrant un accompagnement adapté, par des professionnels libéraux, dont la coordination est favorisée par le médecin traitant, réservant ainsi les structures hospitalières aux patients les plus lourds.

Cette démarche répond à l'attente des patients de plus en plus attentifs à préserver leur autonomie et leur qualité de vie. Elle place les professionnels de ville au cœur du dispositif et leur permet de développer une activité en cohérence avec l'évolution des besoins.

Sous-Titre 4. Médecins pratiquant une expertise particulière

Les parties signataires constatent qu'un certain nombre de médecins omnipraticiens ont développé des expertises particulières induisant des modes d'exercices spécifiques.

Ils conviennent d'approfondir ensemble la connaissance de ces expertises et de ces modes d'exercice afin de mieux appréhender l'apport de ces professionnels à la prise en charge des patients.

A cet effet elles décident de la création d'une commission paritaire qui se réunira au moins deux fois par an, afin d'envisager les actions possibles pour favoriser l'intégration de ces médecins dans le parcours de soins et assurer une formation professionnelle continue adaptée.

Titre 3. Valoriser la qualité des pratiques médicales et favoriser l'efficience du système de soins

Les professionnels de santé adhérant à la convention médicale s'engagent à délivrer des soins de qualité au profit de leurs patients. La convention médicale comporte, en conséquence, des mesures tendant à valoriser l'engagement des professionnels en faveur de la qualité des soins.

La formation professionnelle et le développement professionnel continu constituent un des leviers d'amélioration de la qualité des pratiques médicales.

L'implication des praticiens, tout particulièrement des médecins traitants, dans le développement des actions et des programmes de prévention, conformément aux objectifs prévus par la loi de santé publique, contribue également à renforcer la qualité de la prise en charge.

Les parties signataires affirment leur engagement dans l'amélioration de l'efficience des soins. Dans ce cadre, ils souhaitent poursuivre et renforcer les démarches en faveur de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé initiées en 2005.

En outre, la mise en place d'un nouveau mode de rémunération des médecins en fonction de l'atteinte d'objectifs de santé publique constitue un élément majeur de valorisation de la qualité des pratiques par le développement de la prévention, le suivi des pathologies chroniques, l'efficience et des mesures en faveur de l'organisation des cabinets médicaux.

Sur ce dernier volet, les parties signataires décident d'accompagner le développement de nouveaux modes d'organisation favorisant la coordination des soins et de favoriser l'informatisation des cabinets médicaux, de manière à développer notamment les échanges sécurisés entre professionnels ainsi que le partage d'informations médicales structurées, pertinentes et sécurisées.

Sous-Titre 1. De la Formation Professionnelle Conventionnelle au Développement Professionnel Continu

Dans l'attente de la mise en œuvre du nouveau dispositif de développement professionnel continu (DPC) pour les médecins, visé à l'article 59 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, le dispositif de Formation Professionnelle Conventionnelle est maintenu dans les conditions définies à l'annexe XVI.

Les campagnes de Formation Professionnelle Conventionnelle et d'Evaluation des Pratiques Professionnelles 2011 et 2012 sont poursuivies et gérées selon les modalités précisées dans l'annexe sus- mentionnée. Dans l'attente de la parution des décrets DPC, la gestion du dispositif est assurée par les instances conventionnelles de la FPC, CPN FPC et OGC préfigurant l'OGDPC

Dans ce cadre, un accompagnement des médecins à la mise en œuvre de la rémunération en fonction d'objectifs de santé publique définie aux Article 26 et suivants de la convention est mis en place.

Sous-Titre 2. L'implication des médecins dans les campagnes de prévention

Les parties conventionnelles entendent maintenir et renforcer l'engagement des médecins traitants dans les programmes de prévention, en cohérence avec la politique nationale de santé (loi de santé publique, plans de santé publique) afin que les assurés sociaux puissent bénéficier d'actions de prévention tout au long de la vie.

Les programmes déjà mis en œuvre sont ainsi poursuivis :

- le dépistage des cancers (sein, colorectal),

- la prévention des pathologies infectieuses aiguës (vaccination antigrippale, vaccination ROR) ;

- la prévention des complications liées aux pathologies chroniques (diabète, pathologies cardiovasculaires, pathologies respiratoires) ;

- programmes dédiés à certaines populations (dépistages néonataux dont celui de la surdité, prévention bucco-dentaire chez les enfants et les adolescents, facteurs de risque liés à la grossesse, iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées).

Les parties signataires conviennent, dans ce cadre, de décliner et d'assurer un retour d'information individuel auprès de chaque médecin traitant sur les résultats obtenus et leur pratique, afin d'améliorer l'efficience de ces actions de prévention.

Une attention particulière est apportée dans l'organisation de ces programmes de dépistage afin de veiller à la bonne implication du médecin traitant qui doit pouvoir remplir son rôle dans l'offre de soins de premier recours.

De nouveaux programmes de prévention doivent être développés pour favoriser une meilleure observance des calendriers vaccinaux et prévenir les risques liés au tabac chez la femme tout au long de la vie et particulièrement pendant la grossesse. L'action de prévention de l'obésité chez l'enfant doit être poursuivie.

L'implication du médecin dans la prévention est par ailleurs reconnue et valorisée individuellement dans le cadre de la rémunération à la performance introduite dans la présente convention.

Sous-Titre 3. Les mesures en faveur de l'accompagnement des patients

Les parties signataires de la présente convention s'engagent à favoriser le développement des programmes d'accompagnement des patients souffrant de pathologies chroniques, dans l'objectif de prévenir les aggravations et d'améliorer la qualité de vie des patients concernés. L'objectif est à terme de permettre au médecin traitant qui le souhaite de proposer aux assurés, dans le cadre d'une option conventionnelle et en relation avec les spécialités et les autres professionnels de

santé concernés, un programme d'accompagnement global pour la prise en charge des pathologies chroniques.

Article 18. Programme d'accompagnement des patients diabétiques

En France, plus de 3 millions de personnes sont diabétiques et 8 sur 10 sont prises en charge à 100% au titre d'une affection de longue durée. La prévention du diabète, de ses complications et l'amélioration de la qualité de vie des malades chroniques représentent un enjeu majeur pour l'Assurance Maladie, à la fois sur le plan médical et économique.

Ainsi, le programme Sophia destiné aux personnes atteintes du diabète est en cours d'expérimentation depuis 2008 dans 11 départements pilotes élargis à 19 départements depuis l'automne 2010. Il a été développé en partenariat avec les professionnels de santé, les sociétés savantes et les associations de patients.

L'objectif est d'accompagner les patients qui le souhaitent, en fonction de leur état de santé et en appui du médecin traitant, pour les aider à mieux vivre avec la maladie et en prévenir les complications.

Intégré dans le plan ministériel d'amélioration de la qualité de vie des malades chroniques, le service de l'Assurance Maladie va être généralisé France entière d'ici 2013 et étendu à des pathologies cardiovasculaires et respiratoires. La démarche d'accompagnement est vouée à évoluer pour passer d'un accompagnement des patients atteint d'une pathologie donnée à un accompagnement de la personne, afin de prendre en compte l'ensemble des pathologies, facteurs de risques et complications qui influent sur sa santé.

En relation avec le médecin correspondant, le médecin traitant est un acteur clé du dispositif Sophia. Le programme Sophia s'inscrit dans le prolongement des conseils et des recommandations prodigués par le médecin traitant. A ce titre, le médecin traitant est associé à toutes les étapes de la démarche. Il est préalablement informé de l'accompagnement Sophia prévu pour ses patients. Pour chacun d'entre eux, le médecin traitant renseigne un questionnaire relatif à l'état de santé de ses patients avec l'accord de ces derniers. Ces informations contribuent à l'évaluation de l'efficacité du service. Leur confidentialité ainsi que le respect du secret médical sont garantis par l'Assurance Maladie.

Il relaie auprès de ses patients éligibles au service la présentation des bénéfices de l'accompagnement et des modalités de l'adhésion.

La rémunération du médecin traitant est forfaitaire et annuelle pour l'envoi du questionnaire médical (QM) après l'inscription d'un de ses patients au service Sophia à hauteur d'une consultation (C). Lorsque le renouvellement du QM est sollicité par l'Assurance Maladie, la rémunération est également d'une C par QM envoyé. Elle s'applique de plus aux éventuels questionnaires d'évaluation du programme.

Seuls les questionnaires médicaux totalement et valablement complétés et signés du patient donnent lieu à rémunération dans le programme Sophia.

Article 19. Extension des programmes d'accompagnement à d'autres pathologies (cardiovasculaire, BPCO)

Afin de renforcer la qualité de prise en charge des pathologies lourdes, les parties signataires souhaitent renforcer la participation active des médecins aux programmes initiés par les différents régimes d'assurance maladie sur l'accompagnement des personnes souffrant de pathologies chroniques, notamment de pathologies cardiovasculaires ou neurovasculaires (facteurs de risque cardio-vasculaires, insuffisance cardiaque, AVC), ainsi que de pathologies respiratoires (asthme et broncho-pneumopathie obstructive).

Sous-Titre 4. La maîtrise médicalisée des dépenses de santé

Les signataires réaffirment en premier lieu leur engagement dans la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, qui s'inscrit dans un double objectif d'amélioration des pratiques et d'optimisation des dépenses.

Article 20. Les objectifs des actions de maîtrise médicalisée

Les partenaires conventionnels conviennent d'arrêter des actions de maîtrise médicalisée en lien notamment avec les engagements sur objectifs de santé publique définis dans le cadre du nouveau mode de rémunération exposé au titre III de la présente convention.

Le développement de ces actions s'effectue autour des objectifs suivants :

- développer l'information des praticiens et des patients sur les règles de prise en charge collective, dès lors qu'elles touchent au taux de remboursement de certaines prestations ou à la fréquence de réalisation de certains actes ;

- parvenir à une inflexion significative des dépenses de remboursement de certains produits de santé et prestations, dans le cadre de l'objectif global d'économie fixé par la loi de financement de la sécurité sociale.

En s'appuyant notamment sur les outils suivants :

- les protocoles et référentiels publiés par la Haute Autorité de Santé,

- les référentiels de pratique médicale et encadrant la prise en charge élaborés par l'assurance maladie dans le cadre de l'article L. 161-39 du code de la sécurité sociale.

Sur chacun des thèmes retenus, les engagements conventionnels répondent aux objectifs suivants :

- réduire des écarts de consommation de soins et de prestations non expliqués par l'état sanitaire des populations observées. Après correction des variations liées notamment aux caractéristiques des populations ou de l'offre, les engagements peuvent porter sur la réduction de disparités régionales inexpliquées. Ils peuvent porter également sur la réduction de surconsommations au regard de constats dans des pays comparables.

- optimiser des pratiques de diagnostic ou de soins, notamment par le respect de recommandations et/ou de stratégies moins onéreuses à efficacité comparable.

- renforcer le respect des dispositions législatives et réglementaires relatives aux conditions de prise en charge des actes et prescriptions (indications remboursables, conditions de réalisation, relation avec ALD,...).

Article 21. Les modalités de fixation des objectifs

Les parties s'engagent sur des objectifs quantifiés annuels ou pluriannuels sur la base d'indicateurs de mesure répondant aux exigences de fiabilité, de reproductibilité et traduits en termes d'économies attendues. Ils permettent ainsi de situer le champ et le montant des dépenses de soins de ville que les parties conviennent de gérer de façon concertée.

Chaque année, la CPN examine les thèmes et les objectifs de maîtrise médicalisée à fixer pour l'année suivante. Ces thèmes et objectifs font l'objet chaque année d'un avenant à la présente convention.

La définition des thèmes d'engagements de maîtrise intéressant d'autres professions de santé est réalisée en concertation avec les syndicats signataires de leur convention nationale.

Article 22. Le suivi des objectifs

L'atteinte des objectifs fixés dans chacun des engagements de maîtrise médicalisée ne peut s'envisager sans une implication forte des instances conventionnelles.

Chacune dans leur domaine de compétence, les commissions conventionnelles nationales, régionales et locales sont les principaux acteurs de la mise en oeuvre et du suivi des engagements de maîtrise médicalisée.

Au niveau national :

La CPN arrête les thèmes des engagements. Pour chacun d'eux, elle détermine les objectifs à atteindre et propose les mesures d'accompagnement jugées nécessaires. Elle en assure le suivi de la mise en œuvre et des résultats obtenus.

La CPN peut également proposer des thèmes pour l'élaboration de référentiels de pratique médicale ou encadrant la prise en charge par l'assurance maladie d'un type particulier de soins tels que définis à l'article L. 161-39 du code de la sécurité sociale.

Au niveau régional :

La commission paritaire régionale (CPR) établit un diagnostic de la situation de la région au regard des objectifs à atteindre.

Elle assure le pilotage régional du suivi des engagements et propose toute mesure de nature à tenir les objectifs fixés à la région.

Elle coordonne les actions d'information et de communication vers les médecins et vers les assurés.

Elle tient informée la CPN des actions entreprises et, le cas échéant, des difficultés rencontrées dans la région.

Au niveau local :

Le niveau local constitue le niveau opérationnel de la maîtrise médicalisée.

La CPL définit un plan d'action adapté aux constats effectués pour le département.

Elle organise toute forme de communication collective envers les praticiens et les assurés.

Elle analyse de façon régulière les tableaux de bord de suivi des engagements et décide de toute mesure visant à permettre l'atteinte des objectifs fixés au département.

Elle s'appuie sur la formation « médecins » définie à Article 74.1 pour toute mesure de caractère médical.

Article 23. L'information et la promotion des objectifs auprès des médecins libéraux

Les actions de maîtrise médicalisée menées depuis 2005 auprès des médecins libéraux ont contribué à la maîtrise relative de l'évolution des dépenses de santé.

Dans le domaine du médicament, les comparaisons internationales récentes montrent que, si la France a réduit son écart en volume de prescriptions de médicaments par rapport aux autres pays européens, elle reste encore en tête de la consommation en montant moyen par habitant, notamment du fait d'une utilisation insuffisante des médicaments génériqués dans les principales classes thérapeutiques.

Les efforts déjà menés doivent donc être poursuivis. Conformément aux dispositions de l'article L. 161-39 du code de la sécurité sociale, les partenaires conventionnels peuvent également désormais s'appuyer sur des référentiels de pratique médicale élaborés par l'UNCAM et les caisses nationales chargées de la gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie dans le cadre de leur mission de gestion des risques ainsi que sur des référentiels visant à encadrer la prise en

charge par l'assurance maladie d'un type particulier de soins. Ces référentiels sont soumis à la Haute Autorité de santé.

En outre, il faut souligner que la maîtrise médicalisée figure dans les objectifs du développement professionnel continu d'un médecin, définis par l'article. L. 4133-1 du code de santé publique.

Article 24. Thèmes et objectifs de maîtrise médicalisée pour l'année 2011

Dans l'attente d'un avenant à la présente convention portant sur les thèmes et objectifs de maîtrise médicalisée pour l'année 2012, sont ici rappelés ceux retenus dans la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2011.

Antiagrégants plaquettaires.	25 M€
Antibiotiques	22 M€
Statines	50 M€
Anxio. – hypnotiques	7 M€
IPP	15 M€
IEC-Sartans	51 M€
Ostéoporotiques	11 M€
Anti-dépresseurs	10 M€
Antalgiques	30 M€
Anti-diabétiques	20 M€
Autres nouveaux thèmes (EPO, anti TNF…)	15 M€
TOTAL MEDICAMENTS	256 M€
PPC	10 M€
Masseurs kinésithérapie	50 M€
IJ	75 M€
Transports	90 M€
ALD	40 M€
Actes	30 M€
TOTAL	551 M€

Sous-Titre 5. Compléter la rémunération pour valoriser la qualité des pratiques médicales et l'efficience

Article 25. Les trois piliers de la rémunération : acte, forfait et objectifs de santé publique

Les partenaires conventionnels conviennent de la nécessité de faire évoluer les modes de rémunération afin de valoriser la qualité des pratiques et d'optimiser les dépenses de santé. La diversification des modes de rémunération des médecins constitue un objectif majeur de la présente convention médicale. Les parties signataires souhaitent évoluer vers une rémunération mixte maintenant le caractère principal du paiement des actes cliniques ou techniques mais prenant aussi en compte les missions des médecins et leurs engagements de service, ainsi que les résultats obtenus en santé publique et en termes d'efficience du système de soins.

Dans ce cadre, elles conviennent d'organiser désormais la rémunération autour de trois piliers :

- la rémunération à l'acte, principe fondateur de l'exercice libéral ; dans l'attente de la mise en place de la CCAM clinique d'ici le 31 décembre 2012, des consultations à haute valeur ajoutée de santé publique sont instituées ;

- la rémunération forfaitaire permettant de rémunérer certaines activités correspondant à l'engagement des professionnels dans des domaines comme la prise en charge ou l'accompagnement de pathologies chroniques ou la prise en compte de tâches administratives,

- la rémunération à la performance, versée en fonction de l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficience destinée à se développer pour l'ensemble des spécialités et pour l'ensemble des médecins qui le souhaitent.

La présente convention renforce les incitations à la modernisation des cabinets médicaux, à l'utilisation des télé-services et à l'optimisation de l'accueil des patients.

Elle valorise dans ce cadre l'engagement des médecins dans la télétransmission des données de facturation qui constitue un service rendu aux patients et une simplification administrative pour les assurés.

Elle permet de reconnaître la mission de synthèse de la situation médicale des patients réalisée par le médecin traitant à partir des dossiers informatisés, en diversifiant la rémunération de ces médecins traitants de façon proportionnelle au nombre des patients qui les ont choisi.

La rémunération à la performance valorise de plus l'engagement des médecins traitants dans la prévention, le suivi des pathologies chroniques et l'efficience des prescriptions.

Ces volets sont susceptibles de s'étendre aux autres spécialités concernées.

Article 26. Un nouveau partenariat en faveur de l'amélioration de la prise en charge des patients et de l'efficience des soins

La rémunération à la performance a d'ores et déjà été initiée avec les médecins traitants dans le cadre des contrats d'amélioration des pratiques individuelles conclus sur la base de l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale.

Au regard des résultats encourageants de cette expérience, les partenaires conventionnels estiment qu'il est désormais possible de généraliser ce mode de rémunération complémentaire à l'ensemble des médecins, dans un cadre désormais conventionnel.

Les médecins qui adhèrent à la présente convention s'engagent, en contrepartie, à fournir à la caisse les informations complémentaires de nature déclarative qui s'avèrent nécessaires aux organismes d'assurance maladie pour calculer le montant de la rémunération sur objectifs.

Les médecins qui ne souhaitent pas bénéficier de la rémunération complémentaire ont la possibilité de notifier ce choix par lettre recommandée avec accusé de réception à la caisse au moment de leur adhésion à la convention, dans les trois mois suivant la publication au Journal Officiel de la présente convention, ou les trois mois suivant leur installation pour les nouveaux installés.

Ensuite, à tout moment, le médecin ayant choisi initialement de ne pas bénéficier de cette rémunération complémentaire peut revenir sur ce choix en s'adressant à sa caisse.

L'ensemble des médecins libéraux est concerné par les indicateurs portant sur l'organisation du cabinet et la qualité de service (cf. Article.26.2).

Les autres indicateurs, relatifs à la pratique clinique, à la prévention, la santé publique et à l'efficience concernent dans un premier temps les médecins traitants. Afin de les mesurer, des seuils minimaux d'activité sont constitués d'un nombre minimal de patients suivis, ou d'une quantité minimale de boîtes de médicaments prescrites et remboursées. Les indicateurs pour lesquels le seuil n'est pas atteint sont neutralisés.

Certains indicateurs correspondent à des données déclaratives de résultats de mesures ou de dosages biologiques. La prise en compte de ces indicateurs pour la valorisation de l'activité est conditionnée à la capacité du médecin de tenir à jour ces données dans le dossier patient.

Pour les médecins traitants, la patientèle prise en compte pour le calcul des indicateurs est la patientèle médecin traitant (MT) de l'ensemble des régimes d'assurance maladie à la date de mise en œuvre du dispositif. Elle est réévaluée chaque année à date anniversaire du début du dispositif. Dans l'attente de la mise à disposition du calcul des indicateurs sur l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoires, les indicateurs sont calculés sur la patientèle du régime général.

Ce nouveau mode de rémunération des médecins valorisant l'activité du médecin dans la prise en charge globale du patient a vocation à s'appliquer dans un premier temps aux médecins traitants, puis à s'étendre à toutes les spécialités par avenants à la présente convention afin de prendre en compte la spécificité de pratique des différentes spécialités cliniques et techniques et d'adapter les indicateurs susceptibles d'être retenus ainsi que les modalités de calcul.

Il est donc indispensable d'engager préalablement une expertise sur la pertinence des indicateurs et leurs modalités de calcul.

Les partenaires s'engagent à conclure des avenants dans ce cadre.

Article.26.1. La valorisation de la qualité des pratiques

Les partenaires conventionnels s'entendent pour mettre en place une rémunération à la performance valorisant la qualité des pratiques.

Les différents indicateurs retenus couvrent deux grandes dimensions de la pratique médicale :

- L'organisation du cabinet et la qualité de service

- La qualité de la pratique médicale

L'organisation du cabinet et la qualité de service

Les indicateurs portant sur l'organisation du cabinet bénéficient à l'ensemble des médecins à l'exception, de l'indicateur d'élaboration et de mise à disposition d'une fiche de synthèse annuelle intégrée au dossier médical informatisé, réservé aux médecins traitants pour le suivi de leurs patients.

Pour ce dernier indicateur le nombre de points sera pondéré selon le volume de la patientèle réelle.

Les indicateurs mesurent l'utilisation des logiciels métiers professionnels pour la gestion des données du dossier médical et celle des logiciels d'aide à la prescription afin d'optimiser le suivi des patients et leur prise en charge.

La tenue d'un dossier médical actualisé pour chaque patient doit permettre de saisir les données cliniques issues de l'examen médical, des résultats d'examens paracliniques et les données thérapeutiques (traitements, allergie, contre indications). Le dossier médical est voué à évoluer vers un dossier communiquant qui pourra à terme bénéficier d'un accès partagé afin de faciliter le travail en équipe et les échanges avec les autres professionnels.

Les indicateurs mesurent l'utilisation d'équipement informatique afin de valoriser le déploiement des Technologies de l'Information et de Communication (TIC) de manière à faciliter les échanges avec l'assurance maladie via la télétransmission et les télé-services et à des fins médicales.

Les partenaires souhaitent favoriser la communication à destination des patients sur l'organisation du cabinet afin de faciliter l'accès aux soins. Dans ce cadre, ils s'engagent à transmettre à la CPAM les données nécessaires afin de mettre en ligne, sur le site d'information de l'assurance maladie, les horaires d'ouverture du cabinet, les plages de consultations avec et sans rendez-vous, et les informations sur les conditions d'accessibilité à destination des personnes présentant un handicap. L'indicateur mesure la réservation de plages d'accès sans rendez-vous pour faciliter l'accès aux soins des patients.

Par ailleurs, les médecins traitants élaborent, à partir d'un dossier informatisé actualisé, une synthèse annuelle pour chaque patient. Cette synthèse permet de planifier la prise en charge notamment des calendriers de suivi et la coordination avec les autres professionnels de santé.

La qualité de la pratique médicale

Les indicateurs mesurent l'implication des médecins dans la prévention, le suivi et la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques comme le diabète et l'hypertension artérielle et l'optimisation des prescriptions en privilégiant la prescription dans le répertoire des génériques et en préférant des molécules à efficacité comparable, moins onéreuse.

Les indicateurs sont fixés en cohérence avec la loi de santé publique et tiennent compte des avis et référentiels émis par la Haute Autorité de Santé ainsi que les recommandations internationales afin d'être adaptés aux données acquises de la science.

La révision des indicateurs peut faire l'objet d'avenants à la présente convention afin de tenir compte de l'évolution des données acquises de la science. A ce titre, d'autres indicateurs pourront être adoptés par avenants à la présente convention.

Article.26.2. Le fonctionnement du dispositif

Le dispositif repose sur le suivi des indicateurs suivants :

Les indicateurs portant sur l'organisation du cabinet et la qualité de service

	Indicateurs
Indicateurs organisation du cabinet	Mise à disposition d'un justificatif comportant un descriptif de l'équipement permettant la tenue du dossier médical informatisé et la saisie de données cliniques pour le suivi individuel et de la patientèle
	Mise à disposition d'un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié *
	Mise à disposition d'un justificatif d'équipement informatique permettant de télétransmettre et d'utiliser des téléservices
	Affichage dans le cabinet et sur le site ameli** des horaires de consultation et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients
	Elaboration à partir du dossier informatisé, et mise à disposition, d'une synthèse annuelle par le médecin traitant pour ces patients

* ou pour les médecins non prescripteurs (anatomo-cytopathologiste) d'un module de création de compte-rendu standardisé alimentant le dossier médical informatisé ou le DMP.

** dés lors que le service sur ameli sera opérationnel

Les indicateurs de qualité de la pratique médicale

CHAMPS	THEMES	INDICATEURS	OBJECTIFS CIBLES	Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur
LE SUIVI DES PATHOLOGIES CHRONIQUES	Diabète	Nombre de patients traités par antidiabétiques ayant choisi le médecin comme « médecin traitant » (MT) et bénéficiant de 3 à 4 dosages d'HbA1c dans l'année parmi l'ensemble des patients traités par antidiabétiques ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	65%	10 patients
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats de dosages d'HbA1c sont < 8,5 % parmi l'ensemble des patients traités diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	90 %	10 patients
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats de dosages d'HbA1c sont < 7,5 % parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	80 %	10 patients
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats du dosage de LDL cholestérol est < 1,5 g/l parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	90 %	10 patients
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats du dosage de LDL cholestérol est < 1,3 g/l parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	80 %	10 patients
		Nombre de patients MT traités par antidiabétiques et bénéficiant d'une consultation ou d'un examen du fond d'oeil ou d'une rétinographie dans les deux ans rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antidiabétiques	75%	10 patients
		Nombre de patients MT traités par antidiabétiques dont l'âge est > 50 ans pour les hommes et > 60 ans pour les femmes et traités par antihypertenseurs et statines parmi l'ensemble des patients MT de mêmes tranches d'âge traités par antidiabétiques et antihypertenseurs	75%	10 patients

		Nombre de patients MT diabétiques dont l'âge est > 50 ans pour les hommes et > 60 ans pour les femmes et traités par antihypertenseurs et statines et bénéficiant d'un traitement par aspirine faible dosage ou anticoagulant, rapporté à l'ensemble des patients MT diabétiques de mêmes tranches d'âge traités par antihypertenseurs et statines	65%	10 patients
	Hyper-tension artérielle	Nombre de patients MT traités par antihypertenseurs dont la pression artérielle est ≤ à 140/90 mm Hg, rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antihypertenseurs	60 %	20 patients

LA PREVENTION	Vaccination antigrippale	Nombre de patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés, rapporté à l'ensemble des patients MT de 65 ans ou plus	75%	20 patients
	Vaccination antigrippale	Nombre de patients MT âgées de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés, rapporté à l'ensemble des patients MT âgées de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne de vaccination	75 %	10 patients
	Cancer du sein	Nombre de patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein rapporté au nombre de femmes MT de 50 à 74 ans	80%	20 patients
	Vaso-dilatateurs	Nombre de patients MT âgés de plus de 65 traités, rapporté au nombre des patients MT âgés de plus de 65 ans	5 %	20 patients
	Benzo-diazépines à demi vie longue	Nombre de patients MT âgés de plus de 65 ans traités, rapporté au nombre de patients MT âgés de plus de 65 ans	3%	20 patients
	Durée de traitement par benzo-diazépines	Nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD à partir de 01/01/2012 et d'une durée supérieure à 12 semaines, rapporté au nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD sur la même période.	XX %	5 patients
	Cancer du col de l'utérus	Nombre de patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années, rapporté à l'ensemble des patientes MT de 25 à 65 ans	80 %	20 patientes
	Anti-biothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour les patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD rapporté au nombre de patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	37 %	20 patients

L'EFFICIENCE	Antibiotiques	Prescription (en nombre de boîtes) d'antibiotiques dans le répertoire des génériques / l'ensemble des antibiotiques prescrits (en nombre de boîtes)	90%	40 boites
	Inhibiteurs de la pompe à protons	Prescription (en nombre de boîtes) des IPP dans le répertoire des génériques / l'ensemble des IPP prescrits (en nombre de boîtes)	80%	35 boites
	Statines	Prescription (en nombre de boîtes) des statines dans le répertoire des génériques / l'ensemble des statines prescrites (en nombre de boîtes)	70%	30 boites
	Anti-hypertenseurs	Prescription (en nb de boîtes) des antihypertenseurs dans le répertoire des génériques / l'ensemble des antihypertenseurs prescrits (en nombre de boîtes)	65%	30 boites
	Antidépresseurs	Prescription (en nb de boîtes) des antidépresseurs dans le répertoire des génériques / l'ensemble des antidépresseurs prescrits (en nombre de boîtes)	80%	30 boites
	IEC	Prescription (en nb de boîtes) d'IEC / l'ensemble des IEC + sartans prescrits (en nombre de boîtes)	65%	50 boites
	Aspirine	Nombre de patients MT traités par aspirine à faible dosage, rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires	85%	10 patients

Les parties signataires s'accordent pour faire entrer le dispositif en vigueur au 1er janvier 2012.
Les rémunérations afférentes sont calculées par année glissante.

Article.26.3. Le contenu de la rémunération

L'ensemble du dispositif est basé sur un total de 1300 points, valorisés de la manière suivante :

Pour chaque thème d'indicateur et par indicateur le nombre de points correspond à un taux de réalisation de 100 %.

Thème	Indicateurs	Nombre de points
Indicateurs organisation du cabinet	Tenue du dossier médical informatisé avec saisie de données cliniques permettant le suivi individuel et de patientèle	75
	Utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié	50
	Informatisation permettant de télétransmettre et d'utiliser des téléservices	75
	Volet annuel de synthèse par le médecin traitant du dossier médical informatisé	150
	Affichage dans le cabinet et sur le site ameli des horaires de consultation et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients	50
	TOTAL	400

Indicateurs de suivi des pathologies chroniques	Nombre de dosages de l'HbA1c	30
	Résultats du dosage de l'HbA1c < à 8,5%	15
	Résultats du dosage de l'HbA1c < à 7,5 %	25
	Résultats du dosage de LDL < 1,5 g/l	10
	Résultats du dosage de LDL < 1,3 g/l	25
	Surveillance ophtalmologique (fond d'œil)	35
	Prévention cardiovasculaire des patients à haut risque par une statine	35
	Prévention cardiovasculaire des patients à haut risque par l'aspirine à faible dose	35
	Résultats de la mesure de la pression artérielle	40
	TOTAL	250
Indicateurs de prévention et de santé publique et prévention	Vaccination antigrippale des 65 ans et plus	20
	Vaccination antigrippale de 16 à 64 ans en ALD	20
	Dépistage du cancer du sein	35
	Vasodilatateurs	35
	Benzodiazépines à demi-vie longue	35
	Durée de la prescription des benzodiazépines	35
	Dépistage cancer du col de l'utérus	35
	Usage pertinent de l'antibiothérapie	35
	TOTAL	250
Indicateurs d'efficience	Prescriptions dans le répertoire d'Antibiotique	60
	Prescriptions dans le répertoire d'Inhibiteurs de la pompe à protons	60
	Prescriptions dans le répertoire de Statines	60
	Prescriptions dans le répertoire d'Antihypertenseurs	55
	Prescriptions dans le répertoire d'Antidépresseurs	55
	Ratio IEC/IEC + sartans	55
	Nombre de patients MT traités par aspirine à faible dosage, rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires	55
	TOTAL	400

La valeur du point est fixée à 7 €.

Afin de prendre un compte le volume de la patientèle pour les indicateurs portant sur la qualité des pratiques, le nombre de points est défini pour une patientèle moyenne de 800 patients et pondéré ensuite selon le volume de la patientèle réelle.

Ainsi, pour un médecin généraliste ayant une patientèle de 800 patients et qui obtient, pour chaque indicateur, un taux de réalisation de 100 % de l'objectif, la rémunération à la performance correspond à 1 300 points, soit une rémunération par patient de 11,4 €.

Les parties conventionnelles conviennent de soutenir la première installation en libéral en majorant la valeur du point pendant une durée de trois ans, selon des modalités définies en annexe.

Par ailleurs, elles conviennent d'examiner la possibilité d'adapter les modalités de ces rémunérations pour tenir compte des conditions d'exercice des praticiens exerçant dans les zones urbaines sensibles.

Les médecins adhérant à la présente convention mettent, en cas de besoin, les éléments justificatifs des données déclaratives à la disposition des praticiens conseils de l'assurance maladie.

Des objectifs de santé publique concernant la patientèle de moins de 16 ans (par exemple la tenue du calendrier vaccinal) pourraient être définis dans une prochaine étape.

Les parties signataires s'engagent à mettre en place par voie d'avenant une rémunération à la performance pour d'autres spécialités médicales dont l'exercice et les indicateurs le justifient notamment pour les cardiologues, les endocrinologues, les gastroentérologues et les pédiatres. Le premier avenant devrait intervenir avant le 31 décembre 2011.

Article.26.4. Les modalités de calcul de la rémunération

Le dispositif de rémunération est organisé au moyen d'un système de points attribués à chaque objectif en fonction de la réalisation ou non de l'objectif. Chaque module d'indicateurs est indépendant des autres.

Pour les indicateurs portant sur l'organisation du cabinet et la qualité de service, le nombre de points attribués est indépendant du nombre de patients, à l'exception de l'indicateur relatif au volet annuel de synthèse par le médecin traitant du dossier médical informatisé.

Pour les indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale à savoir le suivi des pathologies chroniques, la prévention et l'efficience, le nombre de points attribués est dépendant du nombre de patients. Pour les médecins généralistes, la patientèle utilisée pour le calcul des indicateurs est la patientèle médecin traitant (MT) affiliée au régime général hors sections locales mutualistes, dans l'attente de la mise à disposition des données par les autres régimes d'assurance maladie obligatoire.

Le nombre de patients entrant dans le calcul de la rémunération est comptabilisé à chaque date anniversaire. Tous les patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant sont dénombrés quel que soit leur régime d'affiliation.

Pour chaque indicateur sont définis un niveau initial, un objectif intermédiaire et un objectif cible :

- Le niveau initial du médecin est défini à partir de la situation médicale initiale du médecin au moment de l'entrée en vigueur du dispositif ou de l'adhésion du médecin à la convention lors d'une nouvelle installation (T0),

- L'objectif intermédiaire du médecin est déterminé en fonction de la distribution actuelle des médecins au regard de cet indicateur,

- L'objectif cible du médecin est déterminé selon l'indicateur, il est commun à l'ensemble des médecins.

Les modalités de calcul de la rémunération sont précisées en annexe XVII.

Article.26.5. Le suivi du dispositif

Suivi du dispositif

Les Commissions paritaires nationale, régionales et locales assurent régulièrement le suivi du dispositif de rémunération à la performance.

Elles analysent les évolutions de pratique constatées et proposent les actions susceptibles d'améliorer les pratiques dans leur ressort géographique, dans le respect des données acquises de la science.

Suivi individuel du médecin

A partir de l'entrée en vigueur du dispositif et lors de l'installation des médecins, la caisse communique à chaque médecin une analyse chiffrée de sa patientèle dans les domaines visés par les objectifs retenus. Elle lui fournit également, à terme, au moins chaque trimestre, les données nécessaires au suivi de ses indicateurs.
A tout moment, le médecin peut solliciter un rendez-vous auprès d'un praticien-conseil ou d'un représentant de la caisse pour tout élément d'information.

Article 27. Favoriser les activités cliniques dans le cadre de la politique de santé publique

Parallèlement à la mise en place de ce nouveau mode de rémunération à la performance, les parties signataires conviennent de favoriser le développement de certaines activités pour les spécialités cliniques et techniques.

La mise en œuvre des mesures prévues au présent article est conditionnée par la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article 27.1. Soutenir la priorité de santé publique en matière de prévention et de dépistage

En matière de cancers cutanés et notamment du mélanome, il est observé une augmentation régulière du taux d'incidence. Dans son rapport de 2006, la HAS évalue à 2,8 millions le nombre de sujets à risque de mélanome.

Dans ce cadre les parties signataires estiment que le développement des actions de dépistage doit être privilégié. Elles souhaitent la mise en oeuvre d'une consultation spécifique pour ce dépistage réalisé par les dermatologues valorisée à hauteur de 2C. Cette consultation s'adresserait aux patients relevant des critères définis dans le rapport de la HAS.

De plus, la biopsie cutanée est un acte diagnostique important en pratique dermatologique. Son tarif est inférieur à celui de la consultation.
Afin de développer cette pratique, d'en permettre une meilleure traçabilité, les parties signataires suggèrent de permettre le cumul dans certaines conditions de la facturation de la biopsie avec l'acte de consultation.

Enfin, le traitement de première intention des naevus, des tumeurs cliniquement suspectes de malignité ou malignes, est l'exérèse cutanée. Cette activité chirurgicale d'exérèse de lésion cutanée est très fréquente, et majoritairement réalisée en cabinet de ville sous anesthésie locale. Suite au rapport de la HAS de juillet 2007, un Forfait Sécurité Dermatologie (FSD) a été créé à la liste des actes et prestations pour valoriser l'environnement technique nécessaire à la pratique de ces actes réalisés hors hospitalisation. Les signataires proposent de revaloriser le forfait FSD à hauteur de 40 € et de l'étendre aux lésions sous-cutanées et aux kystes sans cumul possible avec le SE2.

La prévention du cancer du col de l'utérus relève de la réalisation régulière de frottis cervico-vaginaux. A ce titre et compte tenu des inégalités constatées en matière d'accès à la prévention, il apparaît important de favoriser la généralisation de son dépistage selon les recommandations de la HAS. Dans ce cadre, un frottis est pris en charge tous les trois ans.

Afin d'évaluer la diffusion de ce type de dépistage dans la population éligible et de mesurer l'atteinte des objectifs fixés dans la loi de santé publique il est nécessaire d'en assurer la traçabilité.

A cette fin, les parties signataires suggèrent que soit donnée la possibilité à l'ensemble des médecins de coter l'acte technique lorsqu'il est réalisé au décours d'une consultation afin de favoriser ce dépistage et d'assurer le suivi de cet indicateur de santé publique.

Afin de mieux prévenir les pathologies de l'enfance et d'assurer une meilleur suivi, les parties signataires estiment nécessaire d'harmoniser la valorisation de l'ensemble des consultations obligatoires devant donner lieu à l'établissement d'un certificat et qui sont prévus au 8ème jour, au cours du 9ème mois et au cours du 24ème mois par l'article R. 2132-2 du code de santé publique. Elles constatent que ces trois consultations longues et complexes correspondent à un travail médical équivalent.

A l'instar de ces trois consultations obligatoires, les parties proposent la création d'une consultation entre la sortie de maternité et le 28eme jour valorisée à hauteur de 38 € en secteur à honoraires opposables et à hauteur de 35 € en secteur à honoraires différents, comme pour les trois autres consultations donnant lieu à certificat médical. En effet, les recommandations de la HAS publiées en novembre 2005 dans « Préparation à la naissance et à la parentalité »

préconisent l'intérêt d'un examen médical pendant cette période. Les parties conventionnelles conviennent de faire un bilan de la mise en œuvre de cette mesure à la fin 2012.

Enfin, les parties signataires souhaitent que les pédiatres exerçant dans le secteur à honoraires opposables bénéficient d'une majoration spécifique complémentaire pour les enfants de 2 à 6 ans valorisée à hauteur de 3 €.

Article 27.2. Améliorer la prise en charge de certaines pathologies chroniques

Les patients atteints de maladies neuro dégénératives et tout particulièrement ceux atteints de la maladie d'Alzheimer nécessitent un suivi attentif et une évaluation périodique de leur pathologie. Une consultation réalisée au domicile du patient et en présence des aidants naturels apparaît nécessaire pour mieux appréhender la situation du patient dans son environnement habituel et mieux répondre à ses besoins et à ceux de son entourage. Les parties conviennent de la nécessité de valoriser ce rôle du médecin traitant et entendent favoriser la création d'une visite longue et complexe valorisée à hauteur de 2V et dénommée VL.

Les parties signataires conviennent d'étudier les conditions de la mise en place d'une consultation approfondie pour la médecine générale pour les patients atteints de maladies neuro dégénératives. A cet effet, un cahier des charges définissant le contenu de cette consultation sera réalisé.

Les parties conventionnelles s'engagent à faire le bilan des interventions en EHPAD et à examiner les conditions d'une prise en charge spécifique de ces visites.

S'agissant des patients diabétiques insulino-traités, les parties signataires considèrent que le rôle prépondérant de l'endocrinologue dans la prise en charge initiale des patients et lors de la première consultation en cas d'apparition de certaines complications du diabète doit être reconnu. A cet effet, elles conviennent de la nécessité d'élargir le périmètre d'application de la majoration MCE défini à l'article 15-4 des dispositions générales de la NGAP.

Les parties signataires s'engagent à favoriser le traitement de l'insuffisance rénale chronique par la dialyse péritonéale selon les recommandations de la HAS. Elles proposent la création à la liste des actes et prestations d'un acte forfaitaire qui rémunèrerait le suivi du patient par le médecin responsable de cette dialyse péritonéale.

Les parties signataires estiment souhaitable de mieux prendre en charge les pathologies psychiatriques chez l'enfant et en particulier les consultations familiales. En effet, ce type de consultations en présence de la famille nécessite un temps de consultation particulièrement long que l'enfant relève ou non d'une ALD. En conséquence elles suggèrent que les conditions de réalisation de la majoration MPF soient élargies.

Les signataires proposent également la création d'une consultation de psychiatrie cotée à hauteur de 1,5 CNPSY. Elle interviendrait dans un délai de 48h ouvrables à la demande du médecin traitant, afin de permettre une meilleure accessibilité à un psychiatre dans un délai réduit.

Enfin, les parties signataires conviennent de porter à 37 € la valeur de la lettre clé CNPSY, à 37 € la valeur de la VNPSY, à 40,70 € la valeur des lettres clés CNPSY et VNPSY des psychiatres exerçant en Guadeloupe et Martinique et à 44,40 € pour ceux exerçant en Guyane, à la Réunion et à Mayotte.

Article 27.3. Valorisation de la pratique des médecins à expertise particulière

Les parties signataires constatent que les modalités actuelles d'enregistrement auprès de l'assurance maladie des médecins ayant une compétence particulière exercée de façon exclusive ou simultanément avec une activité de médecine générale ne permettent pas d'avoir une vision précise et exhaustive de leurs pratiques.

Dans ce cadre, elles souhaitent mettre en place un groupe de travail afin de mieux appréhender les différents modes d'activité des médecins concernés et les difficultés auxquelles ils sont confrontés.

Parallèlement, les parties signataires conviennent de valoriser la médecine thermale afin d'encourager la démarche préventive et éducative initiée notamment autour des pathologies articulaires, cardiovasculaires et respiratoires. La valeur du forfait thermal (STH) est donc portée à 70 €.

Les parties signataires souhaitent que la valeur de l'acte QZRB OO1 soit portée à 18 € dés lors que ses conditions de réalisation auront été précisées dans la nomenclature.

Article 28. Adapter la rémunération des activités techniques

Article 28.1. CCAM Technique

Les partenaires conventionnels constatent que les tarifs cibles de la CCAM n'ont pas été actualisés depuis 2004. Pour tenir compte de l'évolution du coût des facteurs et des techniques, ils conviennent de la nécessité de redéfinir de nouveaux tarifs cibles.

A cet effet, dans le cadre de l'observatoire de la CCAM définie à l'annexe II, un groupe de travail sera mis en place d'ici le 31 décembre 2011 afin de définir une nouvelle méthodologie de tarification des actes au cours de l'année 2012.

Par ailleurs, les parties souhaitent que soient mises en œuvre d'ici fin 2011 les évolutions de nomenclature relatives aux actes de médecine nucléaire (tomographie à émission de positons), d'anatomo-cytopathologiques (ACP) et de médecine physique et réadaptation (MPR) et de néphrologie (dialyse péritonéale).

Enfin les parties signataires conviennent de mettre en place dans la liste des actes et prestations un modificateur spécifique pour les activités thérapeutiques en nuit profonde nécessitant une anesthésie.

Article 28.2. Tarification des forfaits techniques et appareils de remnographie

Les parties signataires souhaitent renforcer l'accès aux soins des patients en matière d'imagerie par résonance magnétique (IRM). Afin de favoriser une augmentation soutenable du parc des appareils et de prendre en compte l'évolution des technologies et des coûts associés, elles souhaitent réviser la classification des appareils IRM et des tarifs des forfaits techniques. Dans ce

cadre, elles s'engagent à conclure avant le 31 octobre 2011 un avenant arrêtant cette nouvelle classification et les tarifs associés.

Article 28.3. Valorisation des spécialités utilisant les plateaux techniques lourds

Dans le cadre de la mise en place du secteur optionnel, les parties signataires conviennent de la nécessité d'adapter la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale pour étendre le champ d'application de la majoration forfaits modulables (modificateur K).
Cette extension du champ d'application de forfaits modulables sera prise en compte dans le cadre des travaux visés à l'Article 28.1.
En outre, les parties signataires conviennent de la nécessité de revoir le niveau de cette majoration forfaits modulables à compter de l'année 2013.

Titre 4. L'exercice conventionnel

Sous-Titre 1. Les Conditions d'exercice

Conformément aux dispositions réglementaires en vigueur, les consultations médicales sont données au cabinet du praticien sauf d'une part, lorsque l'assuré est dans l'incapacité de se déplacer selon des critères soit médico-administratifs, soit sociaux et environnementaux d'autre part, lorsqu'il s'agit d'une activité de télémédecine telle que définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique. Les consultations médicales peuvent également être données dans les maisons médicales.

Les médecins placés sous le régime du présent texte s'engagent à faire bénéficier leurs malades de soins consciencieux éclairés, attentifs et prudents, conformes aux données actuelles de la science.

Conformément aux dispositions de l'article L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale les médecins observent dans tous leurs actes et prescriptions la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité du traitement.

Article 29. Enregistrement du médecin auprès de la caisse

Les médecins sont tenus de faire connaître aux caisses notamment leur notification d'inscription à l'ordre comportant notamment leur numéro RPPS (répertoire personnel des professionnels de santé), leurs différentes structures d'activité et les coordonnées de celle-ci, la date de début d'activité, le cas échéant l'agrément radio ou les informations de demande d'agrément.

Les partenaires conventionnels s'engagent à accompagner la mise en œuvre du « guichet unique » au niveau de l'Ordre organisant la nouvelle procédure d'enregistrement des professionnels sur la base d'un identifiant unique RPPS.

Article 30. Situation des médecins exerçant au sein d'une structure regroupant plusieurs praticiens

Conformément au code de déontologie, dans les cabinets regroupant plusieurs praticiens exerçant en commun, quel qu'en soit le statut juridique, l'exercice de la médecine doit rester personnel. Chaque praticien garde son indépendance professionnelle.

Les médecins adhèrent individuellement à la convention, et sauf dispositions contraires, conservent individuellement le choix et le bénéfice des options conventionnelles prévues par la présente convention.

L'ensemble des associés exerçant au sein de la société doivent se déterminer de manière identique au regard de leur volonté ou non d'exercer dans le cadre de la présente convention.

L'exercice de la médecine par un médecin salarié d'une société d'exercice ou d'un associé d'une telle société est assimilé à de l'exercice libéral. Il adhère également individuellement à la convention.

Article 31. Situation des collaborateurs salariés de praticiens libéraux conventionnés

Le médecin salarié par un praticien libéral ne peut adhérer personnellement à la convention médicale des médecins libéraux.

Il exerce sous la responsabilité du médecin conventionné et n'étant pas adhérent lui-même à la convention, il applique les tarifs opposables au sens de l'Article 34 de la présente convention, quel que soit le secteur conventionnel du médecin employeur.

Toutefois, lorsque le collaborateur salarié d'un médecin exerçant en secteur à honoraires différents détient lui-même les titres ouvrant l'accès à ce secteur, il peut appliquer les tarifs correspondant au dit secteur.

Article 32. Situation du remplaçant

Le remplaçant d'un médecin exerçant dans le cadre de la présente convention est tenu de faire connaître aux caisses son numéro d'inscription à l'ordre des médecins de son département ou/et son numéro de licence de remplacement, ainsi que son adresse personnelle et celle du cabinet professionnel dans lequel il assure son activité de remplacement.

Le médecin remplacé vérifie que le médecin remplaçant remplit bien toutes les conditions nécessaires à l'exercice du remplacement dans le cadre de la présente convention.

Il s'engage à porter à la connaissance de son remplaçant les dispositions de la présente convention et à l'informer des droits et obligations qui s'imposent à lui dans ce cadre.

Le médecin remplacé s'interdit toute activité médicale libérale rémunérée dans le cadre de la présente convention durant son remplacement à l'exception d'un exercice dans le cadre de l'option santé solidarité territoriale définie à l'Article 2.

Le remplaçant adopte la situation du remplacé au regard des droits et obligations qui découlent de la présente convention, à l'exception du droit permanent à dépassement (DP).

La caisse d'assurance maladie peut en tant que de besoin demander communication de l'attestation de remplacement.

L'activité du remplaçant est assimilée à celle du remplacé dans le cadre des suivis d'activité et de dépenses.

Article 33. Situation des adjoints et des assistants des praticiens libéraux conventionnés

Le médecin conventionné qui fait appel à un adjoint ou à un assistant dans les conditions définies aux articles R. 4127-88 et L. 4131-2 du code de la santé publique est tenu d'en informer sa caisse d'assurance maladie. Il transmet dans ce cadre une copie des autorisations nécessaires.

L'adjoint ou l'assistant exerce sous la responsabilité du médecin conventionné et n'étant pas adhérent lui-même à la convention, il ne peut appliquer que les tarifs opposables au sens de l'Article 34 de la présente convention, quel que soit le secteur conventionnel du médecin employeur.

Sous-Titre 2. Les secteurs conventionnels

Article 34. Secteur à Honoraires Opposables

Les médecins adhérant à la convention s'engagent à respecter les tarifs qui y sont fixés.

Le respect des tarifs opposables ainsi que les modalités d'utilisation des possibilités de dépassements limitativement énumérés aux paragraphes suivants s'imposent aux médecins adhérents.

Les médecins appliquent les tarifs opposables, fixés dans l'annexe I de la présente convention, sauf dans les cas énumérés ci après.

Article 34.1. Cas particulier de l'accès non coordonné

Lorsqu'ils sont consultés en dehors du parcours de soins coordonnés, et en dehors des cas d'urgence ou d'éloignement occasionnel du patient et excepté pour les soins délivrés aux patients bénéficiaires de la CMU complémentaire, les praticiens spécialistes régis par la présente convention et appliquant les tarifs opposables sont autorisés à pratiquer des dépassements.

Ces dépassements sont plafonnés, pour les actes cliniques, de manière à ce que, arrondi à l'euro supérieur, le montant facturé n'excède pas de plus de 17,5% la valeur des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés.

Ces dépassements sont plafonnés à hauteur de 17,5% pour chaque acte technique effectué, sur la base des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés.

De plus pour l'ensemble de son activité le praticien s'engage à respecter :

- pour les actes techniques, un ratio honoraires sans dépassements sur honoraires totaux égal ou supérieur à 70%, avec pour base le système national d'information inter-régimes - Assurance maladie (SNIIR-AM),

- pour les actes cliniques, un ratio honoraires sans dépassements sur honoraires totaux égal ou supérieur à 70%, avec pour base le SNIIR-AM.

Si les soins réalisés dans le parcours de soins coordonnés ne permettent pas d'atteindre le ratio de 70%, le praticien doit, en facturant des honoraires selon les tarifs opposables du parcours de soins coordonnés, respecter les limites suivantes :

- pour les actes cliniques, appliquer à la consultation la majoration forfaitaire transitoire (MPC) ainsi qu'un dépassement ne pouvant excéder le montant de la majoration de coordination prévue dans le parcours de soins coordonnés,

- pour les actes techniques, appliquer les tarifs issus des listes citées à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article 35. Autres secteurs conventionnels

Article 35.1. Secteur à honoraires différents

Les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents à la date d'entrée en vigueur de la présente convention en conserve le bénéfice.

Peuvent demander à être autorisés à pratiquer des honoraires différents les médecins qui, à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente convention, s'installent pour la première fois en exercice libéral et sont titulaires des titres énumérés ci-après, acquis dans les établissements publics ou au sein de la Faculté libre de médecine de Lille, ou de titres équivalents acquis dans les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ex établissements privés participant au service public hospitalier) ou acquis au sein de l'Union européenne et de la Confédération Helvétique :

- ancien chef de clinique des universités - assistant des hôpitaux dont le statut relève du décret n° 84-135 du 24 février 1984 ;

- ancien assistant des hôpitaux dont le statut est régi par les articles R. 6152-501 et suivants du code de la santé publique ;

- médecin ou chirurgien des hôpitaux des armées dont le titre relève du décret n°2004-538 du 14 juin 2004 ;

- praticien hospitalier nommé à titre permanent dont le statut relève des articles R. 6152-1 et suivants du code de la santé publique ;

- praticien des hôpitaux à temps partiel comptant au minimum cinq années d'exercice dans ces fonctions et dont le statut relève des articles R. 6152-201 et suivants du code de la santé publique.

S'agissant des titres acquis dans les établissements de santé privés d'intérêt collectif et ceux acquis au sein de l'Union européenne et de la Confédération helvétique, leur équivalence aux titres énumérés au paragraphe précédent est reconnue par la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'implantation du cabinet principal du médecin conformément aux décisions de la caisse nationale d'assurance maladie, après avis du Conseil National de l'Ordre des Médecins et en tant que de besoin, des services ministériels compétents.

Pour bénéficier du droit d'appliquer des honoraires différents, le médecin doit, dès la date de sa première installation en exercice libéral :

- déclarer, à la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'implantation de son cabinet principal, sa volonté de bénéficier du droit de pratiquer des honoraires différents,

- informer par écrit simultanément l'URSSAF dont il dépend de sa décision.

- indiquer dans les mêmes conditions le régime d'assurance maladie dont il souhaite relever.

En l'absence de déclaration expresse, le praticien est réputé exercer en secteur à honoraires opposables.

Le médecin autorisé à pratiquer des honoraires différents peut revenir sur son choix à tout moment et opter pour le secteur à honoraires opposables pour la durée de la convention. Dans ce cas, il en informe la caisse primaire du lieu d'implantation de son cabinet principal.

Dans le cadre de l'application des dispositions des articles L. 871-1 et R. 871-1 du code de la sécurité sociale, lorsqu'un praticien spécialiste autorisé à pratiquer des honoraires différents facture un dépassement d'honoraire à un patient le consultant en dehors du parcours de soins coordonnés et en dehors des cas d'urgence et d'éloignement, celui est réputé, correspondre à un dépassement autorisé prévu à l'Article 34.1 dans la limite du plafond fixé par ce même article.

<u>Situation de l'exercice en secteur privé par un praticien hospitalier.</u>

Par dérogation, l'exercice d'une activité libérale au sein d'un établissement de santé public pour les praticiens hospitalier n'est pas assimilé à une première installation en libéral au sens de la présente convention.

Article 35.2. Secteur droit à dépassement permanent (DP)

Les médecins titulaires du droit à dépassement permanent à la date d'entrée en vigueur de la présente convention en conservent le bénéfice.

Sous-Titre 3. Mise en œuvre de l'option de coordination

Afin de favoriser l'accès aux soins et de prendre en compte, dans le cadre du parcours de soins coordonnés, leur engagement dans la coordination des soins réalisés à tarifs maîtrisés, cette option de coordination est proposée à l'ensemble des médecins généralistes et spécialistes qui sont autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires d'un droit permanent à dépassement.

Pour les chirurgiens, gynécologues obstétriciens et anesthésistes, le bénéfice de l'option de coordination est maintenu jusqu'à l'entrée en vigueur du secteur optionnel.

Article 36. Engagements du praticien adhérant à l'option de coordination

Le praticien adhérent s'engage, pour les actes qu'il effectue pour les patients qui entrent dans le parcours de soins coordonnés, à pratiquer les tarifs suivants :

- Pour les actes cliniques : les tarifs opposables sans dépassement

- Pour les actes techniques : les tarifs opposables avec un dépassement pratiqué avec tact et mesure plafonné pour chaque acte à 20% de sa valeur.

Pour l'ensemble de son activité le praticien s'engage à respecter :

- Pour les actes cliniques, un ratio honoraires sans dépassements sur honoraires totaux égal ou supérieur à 30%, avec pour base le SNIR-PS.

- Pour les actes techniques, un ratio honoraires sans dépassements sur honoraires totaux égal ou supérieur à 30%, avec pour base le système national inter-régimes des professionnels de santé (SNIR-PS),

Ces dépassements ne sont pas applicables :

- en cas de consultation en urgence médicalement justifiée,

- lorsque le praticien reçoit un enfant de moins de 16 ans. Il bénéficie dans ce cas de la majoration forfaitaire transitoire (MPC) prévue à l'article 2bis des dispositions générales de la NGAP.

Article 37. Engagements de l'assurance maladie vis-à-vis du praticien adhérant à l'option de coordination

Les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations sociales dues par le médecin adhérant à l'option de coordination au titre de ses honoraires en application des articles L. 242-11, L. 645-2 et L. 722-4 du code de la sécurité sociale. Cette prise en charge s'effectue dans les conditions définies à l'Article 60 et à l'annexe XIX et s'applique sur la part de l'activité du praticien réalisée aux tarifs opposables effectuée dans le cadre de la présente convention.

La participation de l'assurance maladie est versée aux organismes de recouvrement, sur leur appel, par la CPAM ou la CGSS du lieu d'implantation du médecin. La CPAM ou la CGSS du lieu d'implantation du médecin établit le bilan annuel d'activité à tarif opposable par praticien ayant opté pour l'option de coordination avant le 30 juin de l'année n+1 et informe chaque médecin concerné des montants de cotisations prises en charge.

En outre, lorsqu'il reçoit un patient, en accès coordonné ou spécifique, pour des soins itératifs et procède à un retour d'information au médecin traitant, le praticien adhérent applique la majoration de coordination définie à l'annexe XIV de la présente convention.

Article 38. Modalités d'adhésion à l'option

Le médecin formalise son adhésion à l'option de coordination par le biais d'un formulaire (modèle en annexe XVIII du présent texte) qu'il adresse à la caisse du lieu d'implantation de son cabinet principal par lettre recommandée avec accusé de réception.

Sans réponse de la caisse dans le mois suivant la réception du formulaire, l'adhésion est réputée acquise pour la durée d'application de la présente convention.

Article 39. Modalités de suivi des engagements

A compter de son adhésion à l'option de coordination, le médecin reçoit chaque trimestre des documents de suivi relatifs au respect de ces différents engagements : suivi du respect des tarifs opposables et des dépassements d'honoraires dans les conditions définis à l'Article 36.

Si à l'issue d'un trimestre, une caisse constate un non respect par le médecin de l'un ou plusieurs engagements souscrits dans le cadre de l'option de coordination, elle lui adresse un courrier d'avertissement par lettre recommandée avec accusé de réception signalant d'une part, les anomalies constatées et d'autre part, le fait que si le trimestre suivant un nouveau non respect des engagements est constaté une procédure de résiliation de l'adhésion est susceptible d'être mise en œuvre dans les conditions définies à l'Article 41.

Article 40. Modalités de résiliation par le médecin

Le médecin ayant adhéré à l'option de coordination peut à tout moment revenir sur ce choix.

Dans ce cas il doit informer la CPAM ou la CGSS de son lieu d'installation, par lettre recommandée avec avis de réception. Cette résiliation est effective un mois après la réception du courrier par la caisse.

Article 41. Résiliation par la caisse en cas de non respect des engagements par le médecin

La caisse qui dans les conditions définies à l'Article 39 constate le non respect par un médecin de ses engagements deux trimestres consécutifs alors qu'elle a mis en œuvre la procédure d'avertissement visé à ce même article, adresse un courrier par lettre recommandée avec accusé de réception notifiant les anomalies constatées et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

Le médecin dispose d'un délai de deux mois à compter de la réception de ce courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse. Il peut dans ce même délai être entendu par le directeur de la caisse ou l'un de ses représentants ou par la commission paritaire locale définie à l'Article 74. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion à l'option de coordination par lettre recommandée avec accusé de réception.

A compter de la date de réception de ce courrier, il est mis fin à la participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales visée à l'Article 37. La caisse peut également engager une récupération des sommes versées au titre de l'adhésion à l'option de coordination.

Article 42. Respect des honoraires opposables et modalités de dépassements exceptionnels.

Article 42.1. Cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade non liée à un motif médical (DE).

En cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade non liée à un motif médical, le praticien peut facturer un montant supérieur au tarif opposable uniquement pour l'acte principal qu'il a effectué et non pour les frais accessoires.

Le praticien fournit au malade toutes les informations nécessaires quant à ce supplément non remboursé par l'assurance maladie et lui en indique notamment le montant et le motif.

L'indication « DE » est portée sur la feuille de soins.

Ce dépassement n'est pas cumulable avec un dépassement autorisé plafonné (DA) tel que défini au paragraphe suivant.

Article 42.2. Cas de dépassements autorisés plafonnés (DA), pour les soins non coordonnés, au sens de la présente convention

Le médecin spécialiste conventionné en secteur à honoraires opposables peut pratiquer un dépassement autorisé plafonné (DA) défini à l'Article 34.1 dans le cas où un patient le consulte sans avoir été orienté par son médecin traitant.

Il informe le malade du montant du dépassement autorisé non remboursé par l'Assurance Maladie et lui en explique le motif.

Ce dépassement ne peut se cumuler avec un dépassement pour exigence particulière du patient (DE) tel que défini au paragraphe précédent.

Article 42.3. Application de dépassements maîtrisés (DM) sur les tarifs opposables des seuls actes techniques

Les médecins adhérant à l'option de coordination décrite à l'Article 36 de la présente convention et autorisés à pratiquer des honoraires différents au sens des précédents paragraphes ont la possibilité de pratiquer des dépassements maîtrisés (DM) sur les tarifs opposables des seuls actes techniques.

Article 42.4. Application de dépassements maîtrisés (DM) dans le cadre de l'application du secteur optionnel

Les médecins qui adhèreront au secteur optionnel dans l'hypothèse où il serait mis en place auront la possibilité de pratiquer des dépassements maîtrisés (DM) sur une partie de leurs actes.

Dans toutes les situations précédentes, le médecin fixe ses honoraires avec tact et mesure, conformément aux obligations qui résultent du code de déontologie.

Sous-Titre 4. Projet secteur Optionnel

Les parties signataires se sont mises d'accord sur les paramètres suivants relatifs à un secteur optionnel.

Conformément aux dispositions du titre I de la présente convention et dans un souci de faciliter l'accès aux soins des assurés sociaux par un encadrement des dépassements d'honoraires, un nouveau secteur d'exercice dit secteur optionnel sera créé pour les professionnels des spécialités de chirurgie, anesthésie-réanimation et gynécologie obstétrique ayant une activité technique prépondérante ou remplissant le nombre d'actes sous l'appellation « acte de chirurgie », « acte d'anesthésie » ou acte d'obstétrique » visé à l'article R. 4031-27 du code de la santé publique.

Conditions d'adhésion au secteur optionnel

Pourront adhérer au secteur optionnel les médecins définis au paragraphe précédent :

- les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents à la date d'entrée en vigueur de la présente convention ;
- les médecins titulaires du droit à dépassement permanent à la date d'entrée en vigueur de la présente convention ;
- les médecins titulaires des titres visés à l' article 35.1 permettant d'accéder au secteur à honoraires différents et qui s'installent pour la première fois en exercice libéral
- les médecins titulaires médecins titulaires des titres visés à l'article 35.1 permettant d'accéder au secteur à honoraires différents.

Engagements du praticien adhérent au secteur optionnel

Le médecin qui adhérera au secteur optionnel s'engagera :
- à réaliser au moins 30% de ses actes au tarif opposable, ce qui inclura, d'une part, les cas où le médecin est soumis à l'obligation d'appliquer les honoraires opposables dans les situations d'urgence médicale et, d'autre part, les soins délivrés aux assurés sociaux en situation de précarité. Cette proportion sera évaluée en comparant la part des honoraires des actes réalisés au tarif opposable à l'ensemble des honoraires opposables des actes inscrits à la nomenclature réalisés par le praticien,
- à facturer les autres actes uniquement avec des compléments d'honoraires inférieurs ou égaux à 50 % de la base de remboursement de l'acte y compris les modificateurs (notamment les modificateurs J et K) les suppléments conventionnels sans qu'aucun autre supplément ni dépassement ne soit exigible,
- à remettre au patient une information détaillée préalable à l'intervention, faisant apparaître le coût du séjour, des actes, les bases de remboursement et les compléments de rémunération demandés pour les honoraires des consultations et des actes techniques - y compris pré et post opératoires ; les partenaires conventionnels conviendront d'établir des documents destinés à formaliser cette démarche approfondie de transparence des tarifs,
- à réaliser un volume annuel d'actes suffisant, permettant d'assurer un niveau raisonnable de sécurité des soins. Ce volume d'actes sera fixé par spécialité est validé par la Haute Autorité de Santé et les collèges des spécialités médicales concernée,
- à mettre en œuvre lorsqu'ils seront définis par la Haute Autorité de Santé les référentiels et les outils de suivi sur la pertinence des indications et la qualité des actes.

Transparence sur la qualité et les pratiques professionnelles

Référentiels sur la pertinence des indications et la qualité des actes

Dès l'ouverture du secteur optionnel, des « référentiels de pertinence » seront demandés à la Haute Autorité de Santé pour deux actes fréquents et à volume important pour chacune des spécialités ou sous spécialités concernées, arrêtés par les partenaires conventionnels. Ces référentiels auront pour objet de déterminer à la fois la pertinence des indications et la qualité des actes. Chaque année, les partenaires conventionnels s'engageront à solliciter de nouveaux référentiels.

Un suivi des performances sera réalisé sur la base d'indicateurs et d'objectifs validés par la Haute Autorité de Santé. Les modalités de suivi des « référentiels de pertinence » seront définies dans ces référentiels.

Engagement sur le volume d'actes

Dans l'année suivant l'ouverture du secteur optionnel, les partenaires conventionnels s'engageront à définir avec la validation de la Haute Autorité de Santé, le volume annuel d'actes suffisant par spécialité permettant d'assurer un niveau raisonnable de sécurité des soins.

Parallèlement, ils s'engageront à entreprendre un travail technique visant à mettre à disposition des assurés sociaux des informations sur le nombre d'actes réalisés par praticien chaque année. Les actes traçants par spécialité et sous spécialités retenus pour cette information seront arrêtés et actualisés conjointement.

Cette information aux assurés sera diffusée par les caisses d'assurance maladie dans le cadre de leur mission générale d'information définie à l'article L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale via notamment l'outil Ameli-direct.

Engagement sur l'accréditation

Les médecins qui adhéreront au secteur optionnel devront s'engager dans une démarche d'accréditation telle que définie à l'article L. 4135-1 du code de la santé publique. En effet, cette démarche s'inscrit pleinement dans le cadre de la transparence de la qualité et des pratiques professionnelles que les parties signataires souhaitent développer notamment au travers des procédures spécifiques d'analyse et de réduction des risques visant des bénéfices individuels et collectifs dans la prise en charge des patients que doivent mettre en œuvre les médecins engagés dans l'accréditation.

Engagements de l'assurance maladie vis-à-vis du praticien adhérent au secteur optionnel

Les caisses d'assurance maladie participeront au financement des cotisations sociales dues par le médecin adhérent au secteur optionnel au titre de ses honoraires en application des articles L. 242-11, L. 645-2 et L. 722-4 du code de la sécurité sociale. Cette prise en charge pourra s'effectuer dans les conditions définies à l'Article 73 et à l'annexe XIX et pourra s'appliquer sur l'ensemble des honoraires sans dépassements.
La participation de l'assurance maladie sera versée aux organismes de recouvrement, sur leur appel, par la CPAM ou la CGSS du lieu d'implantation du médecin. La CPAM ou la CGSS du lieu d'implantation du médecin établira le bilan annuel d'activité à tarif opposable par praticien ayant opté pour le secteur optionnel avant le 30 juin de l'année n+1 et devra informer chaque médecin concerné des montants de cotisations prises en charge.

Les soins réalisés par les médecins qui adhéreront au secteur optionnel bénéficieront des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables.

Modalités d'adhésion et entrée en vigueur du secteur optionnel

Lors de l'entrée en vigueur de l'avenant définissant le secteur optionnel,, les médecins entrant dans le champ du secteur optionnel seront invités à se prononcer sur leur volonté ou non d'adhérer audit secteur. Ils disposeront d'un délai de 6 mois à compter de l'entrée en vigueur de l'avenant pour opérer ce choix.

Le médecin déclarera son souhait d'adhérer à cette option auprès de sa CPAM ou CGSS de son lieu d'installation par le biais d'un formulaire type dont le modèle prévisionnel figure en annexe XX.

Ce formulaire précisera que la mise en œuvre du secteur optionnel et l'enregistrement de l'adhésion du médecin ne seront effectifs que s'il est constaté au niveau national par les partenaires conventionnels, à l'issue d'une période de 6 mois, que les praticiens issus du secteur à honoraires différents ou remplissant les conditions pour s'installer dans ce secteur sont majoritaires au sein des médecins ayant exprimé leur souhait d'adhérer au secteur optionnel.

Dans l'affirmative, l'adhésion au secteur optionnel devra être notifiée par la CPAM ou CGSS d'installation à chaque médecin ayant formulé son souhait d'adhérer au secteur optionnel avec mention d'une date d'entrée en vigueur.

Dans le cas contraire, si les conditions exposées ci-dessus pour mettre en oeuvre le secteur optionnel ne sont pas réunies, chaque médecin ayant exprimé sa volonté d'adhérer au secteur optionnel sera informé que ce dernier ne peut finalement pas être mis en place.

A compter de la date d'entrée en vigueur effective du secteur optionnel arrêtée dans les conditions définies aux alinéas précédents, un médecin répondant aux conditions d'entrée dans le secteur optionnel pourra adhérer à tout moment au secteur optionnel par le biais du formulaire type.

Modalités de suivi des engagements

A compter de son adhésion au secteur optionnel, le médecin recevra chaque trimestre des documents de suivi relatifs au respect de ces différents engagements : suivi du respect des tarifs opposables et des dépassements d'honoraires, respect des engagements sur la transparence tarifaire, les volumes d'actes et le respect des référentiels sur la pertinence et les indications des actes dès lors qu'ils sont mis en place.

Si à l'issue d'un trimestre, une caisse qui constatera un non respect par le médecin de l'un ou plusieurs engagements souscrits dans le cadre du secteur optionnel, lui adressera un courrier d'avertissement par lettre recommandée avec accusé de réception signalant d'une part, les anomalies constatées et d'autre part, le fait que si le trimestre suivant un nouveau non respect des engagements est constaté une procédure de résiliation de l'adhésion est susceptible d'être mise en œuvre dans les conditions définies à ci-après .

Modalités de résiliation par le médecin

Le médecin ayant adhéré au secteur optionnel pourra à tout moment revenir sur ce choix.

Dans ce cas il devra informer la CPAM ou la CGSS de son lieu d'installation, par lettre recommandée avec avis de réception. Cette résiliation sera effective un mois après la réception du courrier par la caisse.). Le médecin regagnera alors à cette date son secteur conventionnel d'origine ou celui pour lequel il aurait pu opter lors de son installation dans le secteur optionnel.
Un médecin pouvant adhérer au secteur optionnel dès sa première installation en libéral, il pourra, dans le cas où il souhaite résilier son adhésion à cette option, rejoindre le secteur à honoraires différents auquel ses titres lui donne accès.

Résiliation par la caisse en cas de non respect des engagements par le médecin

La caisse qui dans les conditions définies précédemment constatera le non respect par un médecin de ses engagements deux trimestres consécutifs alors qu'elle a mis en œuvre la procédure d'avertissement adressera un courrier par lettre recommandée avec accusé de réception notifiant les anomalies constatées et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

Le médecin disposera d'un délai de deux mois à compter de la réception de ce courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse. Il pourra dans ce même délai être entendu par le directeur de la caisse ou l'un de ses représentants ou par la commission paritaire locale définie à l' Article 74, avec une possibilité d'appel en CPN. A l'issue de ce délai, la caisse pourra notifier au médecin la fin de son adhésion au secteur optionnel par lettre recommandée avec accusé de réception.

A compter de la date de réception de ce courrier, il sera remis fin à la participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales. La caisse pourra également engager une récupération des sommes versées au titre de l'adhésion au secteur optionnel.

Le médecin regagnera alors à cette date son secteur conventionnel d'origine ou celui pour lequel il aurait pu opter lors de son installation dans le secteur optionnel.

Un médecin pouvant adhérer au secteur optionnel dès sa première installation en libéral, il pourra, dans le cas où il souhaite résilier son adhésion à cette option, rejoindre le secteur à honoraires différents auquel ses titres lui donne accès.

Objectifs fixés sur l'encadrement des dépenses

L'objectif des parties signataires est que l'attractivité du secteur optionnel permette d'entraîner à terme l'adhésion d'une grande majorité de praticiens appartenant au secteur à honoraires différents.

Ainsi, les partenaires conventionnels se fixent pour objectif d'atteindre à l'issue des 3 ans de durée de l'option une offre à tarif opposable et maîtrisé à hauteur de:
- 80 % pour l'anesthésie
- 55 % pour la chirurgie
- taux à compléter pour l'obstétrique

Dans ce même délai, les partenaires conventionnels souhaitent que la grande majorité de la population couverte par les organismes complémentaires puisse bénéficier de la prise en charge des compléments d'honoraires dans le cadre du secteur optionnel.

Durée de l'option au secteur optionnel

Le secteur optionnel sera mis en place pour une durée de 3 ans à compter de la date d'entrée en vigueur effective définie précédemment.
La reconduction de ce secteur sera décidée par les partenaires conventionnels au regard du bilan réalisé notamment sur les critères suivants : nombre d'adhésions au secteur optionnel par région et par établissement, évolution du nombre de praticiens en secteur à honoraires différents par région et par établissement, respect des professionnels de leurs engagements tarifaires et sur la qualité des actes, prise en charge des compléments d'honoraires maîtrisés dans les offres des organismes d'assurance maladie complémentaire.
La pérennisation de ce secteur et une extension ne pourront être envisagées que si ce bilan établit le succès du dispositif.

Suivi et bilan de l'option

A chaque date anniversaire de l'entrée en vigueur effective du secteur optionnel, les partenaires conventionnels dresseront un bilan de la mise en œuvre de ce secteur. Au regard des résultats constatés, ils prendront le cas, échéant, toute mesure nécessaire à l'atteinte des objectifs fixés.

Les parties signataires conviennent de transmettre à l'UNOCAM le projet figurant dans le présent sous-titre, aux fins de promouvoir les modalités d'intervention suivantes pour elle-même et ses membres:

- inciter les organismes d'assurance maladie complémentaires à prendre en charge ce nouveau secteur auprès de leurs assurés et adhérents et, sans préjudice de leur liberté contractuelle, de s'assurer dans les offres de prise en charge préférentielle des compléments d'honoraires maîtrisés demandés par les professionnels dans ce cadre.

- A compter de l'entrée en vigueur effective du secteur optionnel, diffuser et mettre à jour la liste des organismes complémentaires offrant une prise en charge des compléments d'honoraires du secteur optionnel.

-inciter les organismes complémentaires à mettre à disposition de leurs adhérents et assurés d'une part, la liste des praticiens qui auront fait le choix du secteur optionnel et d'autre part, les engagements sur les tarifs et la qualité des pratiques professionnelles et suivants pris par ces praticiens.

La mise en place effective de ce nouveau secteur optionnel interviendra grâce à un avenant spécifique.

Titre 5. Moderniser et simplifier les conditions d'exercice

Les partenaires conventionnels constatent que les évolutions démographiques dans les années futures et la nécessité de maîtriser les coûts de gestion du système de soins nécessitent de rechercher toutes les mesures de simplification, notamment administrative, susceptible d'alléger le temps de travail non médical des médecins, de diminuer les coûts de gestion et de simplifier la prise en charge des assurés.

Dans ce cadre, elles conviennent de faciliter les échanges entre l'assurance maladie et les médecins libéraux :

- en accompagnant les médecins dans leur pratique professionnelle grâce à la mise en place de correspondants dédiés dans les caisses,

- en généralisant la facturation électronique,

- en dématérialisant les prescriptions,

- en favorisant le développement des échanges électroniques via la généralisation des téléservices et la dématérialisation de l'ensemble des documents papier.

Sous-Titre 1. Moderniser les relations entre les médecins et les caisses

Article 43. Des échanges personnalisés avec des correspondants identifiés

La simplification administrative facteur de gain de temps pour les médecins dans leur exercice quotidien, réside notamment dans l'amélioration des relations directes qu'ils entretiennent avec leur caisse de rattachement. Dans ce cadre, l'assurance maladie obligatoire s'engage à mettre en place, dans chaque régime, une offre optimisée de la relation téléphonique, en proposant un numéro d'appel dédié aux professionnels et non surtaxé. Ce service est coordonné notamment avec le service médical.

La relation téléphonique est organisée de telle sorte que sauf cas particuliers, les demandes ayant trait à la situation et aux droits des patients, les paiements, les rejets et les commandes d'imprimés fassent l'objet d'une réponse sans renvoi à un second niveau d'expertise. Les sujets relatifs à l'application de la convention, l'orientation vers le service médical et l'assistance technique à l'usage des téléservices peuvent justifier l'intervention d'un second niveau d'expertise avec réponse immédiate ou différée.

Par ailleurs, l'Assurance maladie s'engage à développer, dans le cadre du portail «Espace pro», des canaux d'échanges sécurisés pour les informations à caractère confidentiel entre les médecins traitants et les praticiens conseils.

De leur côté, les médecins adhérant à la présente convention qui souhaitent bénéficier de ces modalités d'échanges privilégiés communiquent leurs coordonnées téléphoniques et, quand ils en ont, leurs coordonnées électroniques professionnelles à l'assurance maladie pour faciliter la communication d'informations.

Article 44. Un accompagnement des médecins dans leur pratique

Les parties signataires reconnaissent l'intérêt des programmes d'échanges et d'accompagnement mis en place auprès des professionnels de santé. Toutefois, elles conviennent de la nécessité de mettre en place une démarche visant à en rénover le contenu et les modalités d'organisation pour mieux s'adapter à la pratique quotidienne des médecins.

Les programmes d'accompagnement sont soumis à la concertation au sein de la commission paritaire nationale.

Article 44.1. Les échanges confraternels entre les médecins et les praticiens conseils et les échanges avec les délégués de l'assurance maladie

L'assurance maladie s'engage à améliorer l'organisation de ces échanges.

L'objectif est de programmer en début d'année, en concertation avec le médecin, les rencontres avec l'assurance maladie à son cabinet, sous la forme d'un échange confraternel avec un praticien conseil ou d'une visite d'un délégué de l'assurance maladie. Cette programmation permettra de prendre en compte au mieux les contraintes d'organisation et d'emploi du temps du médecin. En outre, le médecin ayant une visibilité sur l'ensemble des rencontres prévues au cours de l'année, est mieux à même de les préparer notamment au regard des questions qu'ils souhaitent formuler à ces interlocuteurs.

L'assurance maladie s'engage également à optimiser le suivi sur les thèmes abordés au fil des visites (actualisation des informations, etc.).

Article 44.2. Les Conseillers informatique service

Chaque caisse dispose désormais de conseillers informatiques services chargés d'accompagner les professionnels de santé et notamment les médecins dans leur informatisation et dans l'utilisation des différents services proposés par l'assurance maladie dans le cadre de la dématérialisation des échanges.

Les conseillers informatiques services sont à la disposition des médecins pour les aider au moment de la mise en place de l'informatisation du cabinet et ensuite pour leur apporter tous les conseils souhaités notamment sur l'utilisation des outils de facturation et des téléservices intégrés ou non à leur logiciel métier. Ils apportent également une information privilégiée sur l'ensemble des téléservices proposés par l'assurance maladie.

Article 45. Une simplification des échanges

Les parties signataires considèrent que les mesures ayant pour objet de simplifier les échanges entre les médecins et l'assurance maladie relatives à la gestion administrative des différents droits et prestations au bénéfice des assurés sociaux contribuent à l'optimisation de la pratique des médecins et à une réduction des coûts de gestion à la charge de la collectivité.

L'objectif est de mettre à disposition des médecins des services accessibles au travers des logiciels utilisés dans leur pratique quotidienne, ce qui évite les doubles saisies et permet de disposer des données à jour nécessaires à l'alimentation de leurs dossiers médicaux.

Dans l'attente de la mise en service de cette fonctionnalité, l'assurance maladie met à la disposition des professionnels des téléservices, via le portail de l'assurance maladie. L'assurance maladie reconnaît que la mise à disposition des téléservices doit être réalisée en mode navigateur ou intégré au logiciel; elle inscrit donc dans ses contraintes de développement technique cette double modalité d'offre de services et s'engage à mettre en œuvre les moyens pour y répondre simultanément.

De manière générale, les parties signataires veillent à la mise à disposition d'outils d'une ergonomie adaptée et d'utilisation rapide, prenant en compte les contraintes de la pratique du médecin en terme notamment de santé publique, de prise en charge et de suivi du patient, dans le cadre global de l'organisation de son cabinet.

A ce titre, les partenaires conventionnels s'engagent à travailler de manière concertée notamment dans le cadre du comité technique paritaire permanent chargé des simplifications administratives définies à l'Article 72 pour améliorer et développer des services mis à disposition des médecins en favorisant dans la mesure du possible, les phases d'expérimentation préalables à leur utilisation. Cette concertation se poursuit dans tout le processus de déploiement et de généralisation des services offerts.

Article 45.1. Le développement des téléservices

Les téléservices suivants sont désormais disponibles :

<u>La gestion des protocoles de soins électroniques (PSE)</u>

Le service permet d'effectuer une demande de prise en charge de l'ALD grâce à la rédaction assistée du protocole de soins sur un support électronique. Il s'agit d'un service complet de la rédaction jusqu'à la visualisation de l'avis du médecin conseil et la fourniture du volet patient. Ce service comporte une aide intégrée et permet un échange entre le médecin traitant et le médecin conseil.

La gestion des arrêts de travail dématérialisés

Ce service permet de faire parvenir sans délai un avis d'arrêt de travail dématérialisé aux services concernés de l'assurance maladie et de produire le volet destiné à l'assuré.

La déclaration du médecin traitant en ligne

Ce service permet d'effectuer une déclaration « médecin traitant » dématérialisée transmise en temps réel aux services de l'assurance maladie.

Les services bientôt accessibles

Les services relatifs à la gestion des avis d'arrêt de travail pour les accidents de travail et les maladies professionnelles et des protocoles de soins électroniques inter régimes seront disponibles fin 2011.

Les parties signataires estiment que le recours aux téléservices permet au médecin de mieux optimiser la gestion de son temps au profit de la qualité de la pratique médicale et s'inscrit dans une démarche globale de meilleure organisation de la gestion du cabinet. Les engagements du médecin dans l'organisation du cabinet notamment via le recours aux téléservices s'inscrivent naturellement dans le nouveau mode de rémunération sur objectifs définis à l'Article 26 de la présente convention.

Article 45.2. La simplification des formulaires

Alors que la dématérialisation devient un objectif majeur des partenaires conventionnels, les formulaires papier restant, continuent d'être harmonisés dans leur présentation, simplifiés dans leur contenu et supprimés lorsque leur utilisation s'avère inutile. Dans ce cadre, les partenaires conventionnels s'engagent à mener une réflexion commune visant à supprimer certains accords préalables dont l'existence n'apparaît plus pertinente.

Cette démarche de simplification est menée dans le cadre des travaux du CTPPN défini à l'Article 72.

Sous-Titre 2. Modalités des échanges électroniques relatifs à la facturation à l'assurance maladie

Les parties signataires s'accordent sur l'existence de deux modes de facturation électronique, la FSE opérationnelle à ce jour et la facturation dite « en ligne » ou « temps réel » encore en devenir.

Article 46. Favoriser la mise en œuvre de la facturation en ligne

Les parties signataires s'engagent à favoriser la mise en œuvre de la facturation en ligne, dans un premier temps des prescriptions de transport.

Il s'agit du processus complet qui conduit de la prescription par les médecins à la facturation par les transporteurs.

Ce processus s'inscrit dans la réflexion sur la prescription en ligne.

Parallèlement doit être engagée une réflexion sur le développement des services de facturation en ligne des actes des médecins.

Article 47. Généraliser la facturation électronique

La facturation des actes et prestations s'effectue par principe sous format électronique dit « système SESAM Vitale » selon les conditions définies ci-après. De manière exceptionnelle, la facturation peut s'effectuer par le biais de la feuille de soins sur support papier (cf. Article 52).

Les médecins adhérant à la présente convention offrent le service de la télétransmission des feuilles de soins aux assurés sociaux (système SESAM-Vitale).

La facturation à l'assurance maladie s'effectue, par principe, en feuille de soins électronique (FSE), dans les conditions prévues par les textes réglementaires et les dispositions de la présente convention ainsi que celles du cahier des charges des spécifications des modules SESAM-Vitale en vigueur, publié par le GIE SESAM VITALE et en utilisant une solution agréée CNDA ou homologuée GIE SESAM Vitale.

Article 47.1. Maintenance et évolution du système SESAM-VITALE

Les évolutions du système SESAM-Vitale font l'objet d'une concertation préalable entre les parties signataires notamment au regard des coûts supplémentaires engendrés.

L'assurance maladie met en œuvre les moyens nécessaires :

- pour conseiller les médecins qui s'installent ou qui veulent s'informatiser, sur les équipements nécessaires à l'utilisation du service de facturation par télétransmission électronique à travers un accompagnement individualisé par un conseiller informatique service et un numéro d'appel dédié au sein de chaque caisse ;

- pour apporter aux médecins libéraux toutes les informations, l'assistance et le conseil qui leur sont nécessaires dans leur exercice quotidien, notamment sur le dispositif de facturation SESAM-Vitale ;

- pour spécifier et organiser au mieux les évolutions du système SESAM-Vitale imposées par la réglementation, par les changements techniques ;

Le médecin met en œuvre les moyens nécessaires :

- pour intégrer en temps utile les évolutions de son équipement lui permettant de rester conforme à la réglementation et à la version en vigueur du système SESAM-Vitale ;

- pour se doter de la dernière version du cahier des charges SESAM-Vitale qui constitue le socle technique de référence et ce, dans les 18 mois suivant la publication de ce dernier. Dans ce cadre, il vérifie que les services proposés par son fournisseur de solution informatique permettent cette mise à jour. - pour disposer sur son poste de travail des données nécessaires à la tarification et à la facturation conformes aux dispositions réglementaires en vigueur.

- pour assurer au mieux la continuité du service de la télétransmission au bénéfice des assurés sociaux, notamment pour respecter les délais réglementaires de transmission des feuilles de soins électroniques.

Les partenaires conventionnels actent le fait qu'aucun flux émis dans la version 1.31 du cahier des charges SESAM vitale ne sera accepté à compter du 1er janvier 2013.

Article 47.2. Les règles de télétransmission de la facturation

Equipement informatique du médecin

Le médecin a la liberté de choix de l'équipement informatique grâce auquel il effectue la télétransmission des feuilles de soins électroniques (FSE), sous réserve que la solution informatique soit agréée par le Centre national de dépôt et d'agrément (CNDA) de l'assurance maladie, ou homologuée par le GIE SESAM-Vitale.

Carte Professionnel de Santé

La réalisation et l'émission de FSE conformément aux spécifications SESAM Vitale nécessitent l'utilisation d'une carte de professionnel de santé.

Le médecin se dote d'une carte de professionnel de santé.

Les cartes de professionnel de santé délivrées dans ce cadre sont prises en charge par les caisses, pour la durée de la présente convention. Il en va de même pour les cartes dites « de personnel d'établissement » (CPE) attribuées aux salariés, dans la limite d'une CPE par médecin.

Liberté de choix du réseau :

La télétransmission des feuilles de soins électroniques nécessite une connexion à un réseau de transmission utilisant un protocole internet conforme aux spécifications du système SESAM-Vitale.

Le médecin a le libre choix de son fournisseur d'accès internet ou de tout service informatique dès lors qu'ils sont conformes aux spécifications du système SESAM -Vitale, et compatibles avec la configuration de son équipement. Les parties signataires mettent en oeuvre les moyens nécessaires pour faire en sorte que les logiciels agréés SESAM-Vitale intègrent au minimum une interface qui les rende compatibles avec le plus grand nombre des fournisseurs d'accès internet.

Il peut aussi recourir à un organisme concentrateur technique (OCT), dans le respect des dispositions légales et réglementaires ayant trait à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et relatives à la confidentialité et l'intégrité des flux de FSE.

Cet organisme tiers, dont le médecin a le libre choix, agit pour le compte et sous la responsabilité du médecin avec lequel il conclut un contrat à cet effet.

Lorsqu'il souhaite utiliser les services d'un OCT, le médecin doit impérativement s'assurer que les procédures mises en oeuvre par l'OCT sont conformes aux spécifications de SESAM-Vitale et, le cas échéant, aux autres procédures convenues entre ledit OCT et les organismes destinataires de feuilles de soins électroniques, pour la part régime obligatoire.

Article 48. Principes généraux d'établissement des feuilles de soins électroniques

Etablissement des FSE

La télétransmission des FSE s'applique à l'ensemble des médecins, et des organismes d'assurance maladie du territoire national selon les règles contenues dans les textes législatifs et réglementaires ainsi que dans les spécifications du système SESAM-Vitale en vigueur complétées des dispositions de la présente convention.

Validité des informations contenues dans la carte Vitale

La mise à jour par l'assuré des données administratives contenues dans la carte d'assurance maladie, en particulier pour ce qui concerne la validité des droits ou l'ouverture d'une exonération du ticket modérateur, est de la responsabilité des caisses.

Délai de transmission des FSE

Le médecin s'engage à adresser à la caisse d'affiliation de l'assuré les feuilles de soins par voie électronique dans les délais réglementairement fixés que le paiement s'effectue en paiement direct ou en dispense d'avance des frais.

Paiement en cas de dispense d'avance des frais

Les caisses liquident les FSE et émettent l'ordre de virement du montant dû dans un délai maximal de cinq jours ouvrés, à compter du jour de la réception de l'accusé de réception logique (ARL).

Article 49. Garantie de paiement pour la procédure de dispense d'avance des frais

Garantie de paiement

Afin de préserver l'accès aux soins et notamment le bénéfice de la dispense d'avance des frais et de développer la qualité de la prise en charge, les parties signataires affirment leur volonté de veiller à la conformité des informations transmises par le médecin, via sa facturation au regard des droits à prestation de l'assuré.

Sauf opposition de la carte, les organismes d'assurance maladie s'engagent, en procédure de dispense d'avance des frais, à effectuer le paiement de la part obligatoire des actes facturés par la FSE, sur la base des informations relatives à la couverture maladie contenues dans la carte d'assurance maladie à la date des soins.

Les parties signataires s'accordent également pour faire évoluer les systèmes d'information de manière à mettre en place un accès en ligne aux droits à prestation des assurés sociaux pour les médecins au moment de la facturation. Dans ce cadre, des expérimentations sont mises en place. A l'issue des expérimentations de ce service, les parties signataires conviennent de négocier les conditions de généralisation du dispositif et de la mise en application de la garantie de paiement dans ce cadre.

Tiers payant légal

La gestion du tiers payant légal (notamment AME, AT, CMU) et du tiers payant social pour les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé par l'assurance maladie obligatoire suit les mêmes modalités que celles de la délégation de la dispense d'avance des frais.

Lorsque la caisse assume la responsabilité du règlement de la part relevant du régime complémentaire, elle supporte également, sur cette part, les obligations résultant de la garantie de paiement.

Article 50. Traitement des incidents

Article 50.1. Informations réciproques :

Les parties signataires s'engagent à s'informer réciproquement de tout dysfonctionnement du système et à collaborer pour y apporter une réponse appropriée dans les meilleurs délais.

Article 50.2. Procédure en cas d'échec d'émission d'une feuille de soins électroniques

En cas d'échec d'émission d'une FSE, le médecin fait une nouvelle tentative dans les délais réglementairement prévus.

En cas de nouvel échec de la télétransmission de la FSE et selon les conditions décrites par le code de la sécurité sociale, médecin établit un duplicata sous forme papier de la FSE. Ce duplicata mentionne expressément le motif de sa délivrance et les références de la feuille de soins électronique non transmise (numéros de FSE et de lot).

En cas de duplicata d'une feuille de soins établie sans dispense d'avance des frais à l'assuré, le médecin signe le duplicata et le remet à l'assuré, ou l'adresse lui-même à la caisse d'affiliation de l'assuré en indiquant que l'assuré n'a pas pu signer la feuille de soins .

En cas de duplicata avec dispense totale ou partielle des frais consentie à l'assuré, le médecin adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré le duplicata de la feuille de soins signé par lui-même et, si possible, par l'assuré ; à défaut, il indique que l'assuré n'a pas pu signer.

Dans les autres cas d'impossibilité de produire une feuille de soins électronique, le médecin remplit une feuille de soins papier.

Article 51. Retours d'information

Les retours tiers sont les informations transmises par l'assurance maladie sous la norme NOEMIE PS concernant l'état de la liquidation des prestations servies par le médecin. Ces retours ne sont transmis au médecin que dans le cadre d'une procédure de dispense d'avance des frais.

Les caisses nationales ont déployé la norme NOEMIE afin de permettre aux professionnels de santé de disposer de toutes les informations essentielles permettant l'identification et le traitement de la facturation ou de tout autre paiement ou régularisation comptable.

Les principaux éléments du retour sont les suivants :

- le retour correspond au virement bancaire effectué sur la base du total du remboursement issu des traitements effectués par la caisse pour une journée comptable donnée, il ne peut pas être partiel ;

- le cumul, la régularisation ou la récupération d'indus sont signalés de façon claire ;

- tout mouvement financier ou paiement conventionnellement prévu est indiqué distinctement des factures honorées dans le retour NOEMIE.

- le rejet est accompagné des informations permettant d'identifier la facture transmise et l'anomalie détectée ; il implique la modification et le renvoi de la facture par le médecin;

Les caisses nationales se sont engagées à améliorer la lisibilité des retours NOEMIE., et prévoient les évolutions suivantes :

- envoi dans un fichier unique des informations de paiement et de rejet,

- réponse de niveau facture, le lot devient identifiant secondaire,

-réponse distincte (dans deux entités différentes) des parts obligatoires et des parts complémentaires sur chaque facture,

- allègement en volume par suppression du détail des actes payés,

- identification des actes rejetés,

- le niveau de rejet : Facture, Ligne ou Acte,

- la ligne de prestation concernée,

- la part concernée (AMO/AMC)

- le rang du code affiné concerné dans la ligne.

- identification de la référence du virement bancaire,

-distinction des différentes natures de retour : remboursements de prestations, paiements ponctuels, rappels, retenues suite à indus,

- indication de la nature du flux aller : FSE, flux sécurisé ou non, facture papier,

- restitution de l'intégralité des informations prévues dans le retour en cas de paiement différé (recyclage ou re-saisie).

Article 52. La procédure exceptionnelle : la facturation via la feuille de soins sur support papier

En cas d'impossibilité de produire des feuilles de soins électroniques, du fait de l'absence ou de la non présentation de la carte d'assurance maladie, la facturation via la feuille de soins sur support papier est possible.

En cas de dispense d'avance des frais, le médecin facture directement la part obligatoire des actes et prestations à la caisse d'affiliation de l'assuré.

Il se charge de l'envoi à cette même caisse des documents nécessaires à la prise en charge dans les délais qui lui sont impartis par la réglementation.

En cas de paiement direct, l'envoi des feuilles de soins papier est effectué sous la responsabilité de l'assuré.

En cas de dispense d'avance des frais, la caisse règle directement au médecin les sommes correspondantes au remboursement dû par l'assurance maladie. Le règlement intervient dans un délai de 20 jours à compter de la réception des documents nécessaires à la prise en charge par la caisse.

Article 53. Documents relatifs à la facturation des prestations

Les médecins s'engagent à n'utiliser que les feuilles de soins, imprimés et documents conformes aux modèles définis par la réglementation qu'ils soient transmis par voie électronique ou sur support papier. Les projets de modifications apportées sur ces modèles de documents sont transmis préalablement pour avis aux membres du comité technique paritaire permanent national chargé des simplifications administratives défini à l'Article 71 de la présente convention.

Lorsque ces documents ne sont pas pré identifiés, les médecins doivent y reporter leur identification personnelle et l'identifiant de la structure d'activité dans laquelle ils exercent. Ils doivent être correctement renseignés et comporter toutes les informations nécessaires prévues par la réglementation.

Seuls permettent un remboursement les actes inscrits sur les listes citées à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale dont les médecins attestent qu'ils ont été dispensés et honorés.

Lorsqu'il réalise des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie, le médecin est tenu de mentionner ces actes sur la feuille de soins ou tout autre support en tenant lieu.

Article 54. Facturation des honoraires

Lorsque le médecin réalise des actes ou prestations non remboursables par l'assurance maladie, ce dernier n'établit pas de feuille de soins ni d'autre support en tenant lieu, conformément à l'article L. 162-4 du code de la sécurité sociale.

Dans les situations où le médecin réalise des actes ou prestations remboursables et non remboursables au cours de la même séance, il porte les premiers sur la feuille de soins et les seconds sur un support différent.

Lorsque les soins sont dispensés à titre gracieux, le médecin porte sur la feuille de soins la mention « acte gratuit ».

Il ne donne l'acquit par sa signature que pour les actes qu'il a accompli personnellement et pour lesquels il a perçu des honoraires, réserve faite dans ce dernier cas des dispositions relatives à la dispense d'avance des frais.

Article 55. Facturation des actes effectués par le personnel salarié du médecin

Lorsque les actes sont effectués par un auxiliaire médical ou un médecin salarié d'un médecin libéral, adhérant à la présente convention, la facturation s'effectue selon les modalités suivantes.

Les feuilles de soins ou les supports, sur lesquels sont portés les actes, doivent permettre l'identification nominale et codée du médecin employeur, suivie de l'identification de l'auxiliaire médical ou du médecin salarié.

L'auxiliaire médical ou le médecin salarié atteste la prestation de l'acte et le médecin employeur le paiement des honoraires ; ils apposent respectivement leur signature dans la colonne réservée à l'exécution de l'acte et dans la colonne réservée à l'attestation du paiement des honoraires.

La signature du médecin employeur sur la feuille de soins ou tout autre support engage sa responsabilité sur l'application, par l'auxiliaire médical ou le médecin salarié, des cotations de la nomenclature générale des actes professionnels et des tarifs en vigueur ainsi que du code correspondant.

Sous-Titre 3. Documents ouvrant droit au remboursement des prestations

Les parties signataires estiment qu'une action volontariste doit être engagée sur la dématérialisation de la prescription, en particulier des médicaments. L'objectif est de concevoir un schéma permettant un accès non seulement aux prescripteurs mais également aux prescrits et à terme aux assurés. Ce projet doit conduire à une simplification des échanges et permettre un meilleur suivi des patients d'une part par l'alimentation directe du dossier médical et d'autre part par une meilleure traçabilité de la prescription pour les professionnels assurant la délivrance des soins prescrits.

Article 56. Rédaction des ordonnances

Le numéro d'identification du médecin et l'ensemble des mentions prévues par la réglementation en vigueur doivent apparaître lisiblement sur l'ordonnance.

Les prescriptions sont formulées quantitativement et qualitativement avec toute la précision souhaitable, conformément à la réglementation en vigueur et notamment les mentions de l'ordonnance permettant la délivrance de l'intégralité du traitement et garantissant sa parfaite adaptation aux besoins de soins des patients.

Le médecin formule sur des ordonnances distinctes les prescriptions :

- de médicaments ;

- de produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale ;

- d'interventions nécessaires des auxiliaires médicaux ;

- d'examens de laboratoire ;

Le médecin ne peut utiliser des ordonnances pré imprimées, sauf dans le cas où il préciserait les modalités pratiques de préparation à un examen ou une intervention. Toutefois, il peut s'appuyer, s'il l'estime utile, pour établir sa prescription, sur des modèles type de prescription ou des aides à la prescription élaborés dans le champ de la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. Il se les procure en ligne, sur le site de l'assurance maladie, ou auprès de la caisse dans la circonscription de laquelle il exerce.

Ces documents sont soumis pour avis, avant d'être mis à la disposition des médecins par l'assurance maladie, au comité technique paritaire permanent chargé des simplifications administratives défini à l'Article 72 de la convention

Les partenaires conventionnels s'engagent à engager une réflexion dans le cadre de ce comité pour mettre en œuvre la dématérialisation de la prescription. Cette démarche a pour objectif de simplifier les échanges avec l'assurance maladie et les autres professionnels de santé et d'améliorer encore le suivi des patients (intégration dans le dossier médical du médecin, accès facilité aux professionnels prescrits).

Article 57. Ordonnance dupliquée

Conformément à la réglementation, le médecin délivre à son patient l'ordonnance comportant un original et un volet établi soit par duplication soit portant la mention « duplicata ».

L'original est la propriété du patient, le volet dupliqué atteste de la délivrance par l'exécutant du traitement prescrit au patient et constitue un document ouvrant droit à remboursement.

Sous-Titre 4. Les modalités de paiement des honoraires

Article 58. Le principe du paiement direct et les cas de dispense d'avance des frais

Les parties signataires rappellent que le paiement direct reste le principe de facturation.

Cependant, elles observent que la possibilité de proposer aux assurés sociaux d'être dispensés de l'avance des frais favorise l'accès aux soins.

La présente convention ouvre donc cette possibilité, au-delà des cas particuliers pour lesquels le législateur a rendu obligatoire le régime du tiers payant (couverture maladie universelle, accidents du travail...) et ce dans les conditions définies aux articles 5 et suivants.

Article 59. Modalités particulières à l'exercice dans un établissement de santé

<u>Actes réalisés dans un établissement de santé visé au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale</u>

Pour les actes médicaux effectués en établissement de santé visé au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans le cadre d'une hospitalisation avec ou sans hébergement,

l'ensemble des actes dispensés ainsi que le montant correspondant des honoraires sont inscrits sur un support dit "bordereau de facturation".

Lorsque le médecin opte pour la dispense d'avance des frais, la part garantie par la caisse peut être versée selon son choix :

- soit globalement à un médecin désigné par ses confrères ou à une société de médecins ou à un groupement de médecins exerçant dans l'établissement,

- soit individuellement à chaque praticien.

Actes réalisés par un praticien hospitalier temps plein dans le cadre de son activité privée

L'ensemble des actes dispensés par un praticien hospitalier temps plein, dans le cadre de son activité privée, sont facturés au malade individuellement.

Le médecin temps plein hospitalier qui exerce une activité libérale dans les conditions prévues par la réglementation, a le choix de percevoir ses honoraires directement ou, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital, en application de l'article L. 6154-3 du code de la santé publique.

Sous-Titre 5. DISPOSITIONS SOCIALES

Article 60. Principe et champ d'application

En application du 5° de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, les partenaires conventionnels conviennent que les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les médecins conventionnés en secteur à honoraires opposables. Elle est assise sur les honoraires perçus dans le cadre de l'exercice libéral effectué dans le cadre de la présente convention à l'exclusion des dépassements.

A titre dérogatoire, les partenaires conventionnels conviennent que les forfaits rémunérant les médecins libéraux qui participent à la permanence des soins ambulatoire et en établissements de santé privés dans le cadre du dispositif issu de la loi HPST sont inclus dans l'assiette de calcul de la participation des caisses aux cotisations sociales bien qu'ils ne s'agissent pas d'honoraires perçus au titre d'une activité effectuée dans le cadre conventionnel.

Cette participation ne concerne pas les adjoints, les assistants et les salariés mentionnés aux sous-titre 1 du titre 4 et suivants exerçant dans le cadre conventionnel ni les médecins exerçant exclusivement en secteur à honoraires différents.

La CNAMTS effectue une répartition inter-régimes selon la part de chacun des régimes d'assurance maladie dans les dépenses.

Article 61. Assurance maladie, maternité, décès

Au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, les médecins conventionnés doivent une cotisation prévue à l'article L. 722-4 du Code de la sécurité sociale.

La participation des caisses correspond à 9,7% du montant de la cotisation assise sur les revenus tirés de l'activité conventionnée.

Les parties conventionnelles soulignent l'importance de faire bénéficier les femmes médecins d'une couverture maternité d'un niveau satisfaisant.

Article 62. Allocations familiales

Au titre des allocations familiales, les médecins doivent une cotisation en application de l'article L. 242-11 du Code de la sécurité sociale.

La participation des caisses correspond à 5% du montant de la cotisation assise sur les revenus tirés de l'activité conventionnée de ce montant, dans la limite du plafond annuel de Sécurité Sociale ; au-delà, la participation correspond à 2,9%.

Article 63. Pérennisation du régime ASV

Les représentants syndicaux des médecins et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie réaffirment leur attachement au régime ASV des médecins et à sa pérennisation. La pérennisation de ce régime est un des socles fondamentaux de la convention médicale.

Afin de pérenniser le régime ASV, des efforts importants doivent être réalisés :

- Dans le respect du contrat conventionnel établi, l'Assurance maladie confirme son engagement et réaffirme son attachement à l'ASV ;
- Cotisants, anciens cotisants et retraités participeront conjointement et de manière proportionnée à leur capacités contributives aux efforts de pérennisation de leur régime afin que chacune des générations en bénéficie en cohérence avec le niveau de sa contribution.

Le régime ASV sera réformé cette année, pour une entrée en vigueur en 2012, sur la base des principes suivants :

1. Assurer la pérennité financière du régime ;
2. Maintenir un niveau de retraite ASV d'environ 40% de la retraite totale d'un médecin ;
3. Instaurer une cotisation proportionnelle aux revenus ;

4. Confirmer et renforcer la prise en charge des cotisations par l'assurance maladie, qui maintiendra, sur l'ensemble des cotisations proportionnelles et forfaitaires, une prise en charge aux 2/3 pour les médecins de secteur 1 ;

5. Maintenir le pacte entre les générations via un effort partagé entre cotisants, anciens cotisants et retraités ;

6. Garantir aux jeunes générations un régime pérenne et équilibré pour maintenir l'attractivité de l'exercice libéral ;

7. Lisser dans le temps les efforts pour les rendre progressifs ;

8. Prendre en compte, dans les efforts de la réforme, les situations individuelles, tant en terme de rendements passés que de revenus ;

9. Prendre en compte la situation des conjoints survivants, en prévoyant que la baisse des pensions ne s'appliquera pas aux pensions de réversion liquidées à la date d'entrée en vigueur de la réforme, pour la part des points inférieurs à la pension de réversion moyenne ;

10. Instaurer des clauses de rendez-vous réguliers entre l'ensemble des parties prenantes à la réforme pour s'assurer de la pérennité financière du régime, ce qui permettra le cas échéant de revaloriser plus tôt que prévu les prestations.

Dans l'attente de l'avenant mettant en œuvre ces réformes, la participation des caisses au titre du régime des avantages complémentaires de vieillesse prévu à l'article L. 645-2 du code de la sécurité sociale à la cotisation due par les médecins conventionnés est fixée à hauteur de 66,66% du montant de la cotisation.

Article 64. Modalités de versement

La participation de l'assurance maladie est versée aux organismes de recouvrement, sur leur appel, par la CPAM du lieu d'installation du médecin.

Titre 6. Vie conventionnelle

Sous-Titre 1. Durée et résiliation de la convention

Article 65. Durée de la convention

Conformément à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, la présente convention nationale est conclue pour une durée de cinq ans à compter de la date d'entrée en vigueur de son arrêté d'approbation.

Article 66. Résiliation de la convention

La présente convention peut être résiliée par les partenaires conventionnels soit par décision de l'UNCAM soit par décision conjointe d'au moins deux organisations syndicales représentatives signataires de la convention représentant la majorité des suffrages exprimés dans un des deux collèges généralistes ou spécialistes aux dernières élections des unions régionales des professionnels de santé dans les cas suivants :

- violation grave des engagements conventionnels du fait de l'une des parties ;

- modification législative ou réglementaire affectant substantiellement les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins.

La résiliation s'effectue par lettre recommandée avec avis de réception et prend effet à l'échéance d'un délai de six mois. Durant ce délai, l'UNCAM ouvre des négociations en vue de la conclusion d'une nouvelle convention dans les conditions prévues par la réglementation.

Sous-Titre 2. Modalités de notification et d'adhésion des praticiens

Article 67. Notification

Conformément aux dispositions de l'article R. 162-54-9 du code de la sécurité sociale, l'assurance maladie met à disposition des professionnels de santé concernés sur son site internet, la présente convention, ses Annexes et, le cas échéant, les avenants à la présente convention, dans un délai d'un mois suivant leur publication au Journal officiel de la République française.

Article 68. Modalités d'adhésion

Conformément aux dispositions de l'article R. 162-54-9 du code de la sécurité sociale :

- les médecins précédemment placés sous le règlement arbitral approuvé par arrêté du 3 mai 2010 applicable aux médecins libéraux en l'absence de convention médicale, à la date d'entrée en vigueur de la convention, sont considérés tacitement comme y adhérant.

- les médecins hors du règlement arbitral à la date d'entrée en vigueur de la présente convention et les praticiens s'installant en exercice libéral au cours de la vie conventionnelle, qui souhaitent adhérer à la présente convention en font la demande par courrier recommandé avec avis de réception adressé à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils exercent. Leur adhésion à la convention est effective à la date à laquelle la caisse accuse réception de leur demande.

Article 69. Modalités de rupture d'adhésion

Conformément aux dispositions de l'article R. 162-54-9 du code de la sécurité sociale, le médecin qui ne souhaite plus être placé sous le régime de la présente convention adresse un courrier recommandé avec accusé de réception à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle il exerce. Cette décision prend effet un mois après la date de réception de son courrier par la caisse primaire d'assurance maladie.

Sous-Titre 3. Les instances conventionnelles

Les parties signataires affirment leur attachement à une gestion paritaire de la vie conventionnelle et mettent en place :

- une commission paritaire nationale et des commissions spécifiques placées auprès d'elle,
- une commission paritaire régionale dans chaque région administrative,
- une commission paritaire locale dans chaque département.

Dans chacun des départements de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique, de la Réunion et de Mayotte une seule commission paritaire est mise en place. Elle assure les missions des CPR et CPL.

Article 70. La Commission Paritaire Nationale (CPN)

Article 70.1. Composition de la Commission Paritaire Nationale

La CPN est constituée d'une section professionnelle et d'une section sociale.

Section professionnelle

Cette section est composée de 12 représentants titulaires des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux signataires de la convention, dont 6 généralistes et 6 spécialistes.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Seuls les médecins adhérant à la présente convention et n'ayant pas fait l'objet d'une sanction devenue définitive de mise hors convention peuvent siéger à cette instance.

Section sociale

Cette section est composée de 12 représentants titulaires de l'assurance maladie :

- Régime général : 3 administratifs, 3 conseillers, 2 médecins conseils.

- Régime agricole : 2 représentants, dont un médecin conseil.

- Régime social des indépendants : 2 représentants, dont un médecin conseil.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Un médecin exerçant à titre libéral sous la présente convention ne peut siéger comme représentant de la section sociale.

En "formation médecins" dans le cadre de la procédure définie à l'Article 75, la CPN est composée :

De la section professionnelle de la CPN en formation plénière telle que décrite supra, soit 12 représentants titulaires.

Des membres suivants pour la section sociale :

- deux médecins conseils du régime général siégeant dans la section sociale de la CPN en formation plénière, chacun de ces médecins conseils possédant 4 voix.

- du médecin conseil du régime agricole et du médecin conseil du régime social des indépendants, siégeant dans la section sociale en formation plénière, chacun de ces médecins conseils possédant 2 voix.

En cas d'entrée de nouveaux signataires dans le champ conventionnel ou de retrait d'un signataire, la commission constituée de l'ensemble des signataires de la convention, se réunit dans les deux mois à compter de la date de signature du nouveau signataire ou de retrait effectif d'un signataire.

La commission fixe lors de cette réunion la composition de chacune de ses deux sections comportant un nombre égal de membres, de la façon suivante :

- une section professionnelle dont le nombre de sièges et leur répartition sont arrêtés par les organisations syndicales représentatives signataires de la convention,

- une section sociale dont le nombre de sièges est égal à celui de la section professionnelle et donne lieu à une répartition entre les régimes membres de cette commission.

Les modalités de fonctionnement de la commission sont définies dans un règlement intérieur figurant à l'Annexe XXI de la présente convention.

Article 70.2. Mise en place de la Commission Paritaire Nationale

La CPN est mise en place dans les deux mois qui suivent l'entrée en vigueur de la convention.

Elle se réunit au minimum 3 fois par an et dans les cas suivants :

- à la demande de l'une des parties signataires de la convention,

- en cas d'entrée de nouveaux signataires dans le champ conventionnel ou de retrait d'un signataire.

Elle se réunit au siège de l'UNCAM.

Le secrétariat est assuré par l'UNCAM. Toutes les tâches administratives de la commission lui incombent : convocations, relevé de décisions, constats éventuels de carence, etc.

Article 70.3. Rôle de la Commission Paritaire Nationale

Dans le cadre de sa mission générale de suivi de la vie conventionnelle et du respect des engagements respectifs des parties, la commission a une double vocation d'impulsion et de coordination des actions menées tant au niveau national que local en application de la convention.

La CPN est notamment chargée des missions suivantes :

- elle veille au respect des dispositions conventionnelles par les médecins et les caisses au niveau local ;

- elle détermine, le nombre de commissions paritaires locales et leur répartition territoriale dans les départements comportant plusieurs caisses primaires ;

- elle prend toutes les dispositions nécessaires au bon fonctionnement des instances régionales et locales ;

- elle prépare les avenants et Annexes de la convention ;

- elle prépare les contrats types visés à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique visant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins ;

- elle définit annuellement les objectifs de maîtrise médicalisée dans le cadre des dispositions définies à l'Article 20 de la présente convention ;

- elle est informée des programmes d'accompagnements mis en place par l'assurance-maladie intéressant les médecins ;

- elle est informée, par les Commissions Paritaires Régionales (CPR) et par les Commissions Paritaires Locales (CPL), des travaux en cours dans les régions et dans les départements, notamment en ce qui concerne les résultats de la maîtrise médicalisée ;

- elle examine les projets et accords locaux sur la dispense d'avance des frais.

- elle délibère sur les activités médicales à soumettre à la Haute Autorité de Santé en vue de l'établissement de références médicales telles que définies aux articles L. 162-5 et L. 162-12-15 du code de la sécurité sociale ainsi que les indicateurs des programmes de paiement à la performance élaborés par l'assurance maladie dans le cadre de l'article L. 161-39 du code de la sécurité sociale ;

- elle assure le suivi et l'évaluation du dispositif du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés ;

- elle suit et évalue annuellement les résultats de l'option de coordination défini aux articles 36 et suivants et les résultats du secteur optionnel (dans l'hypothèse où il serait mis en place);

- elle suit la mise en œuvre des dispositifs de rémunération sur objectifs de santé publique définis aux Article 26 et suivants ;

- elle assure le suivi de la bascule entre le dispositif de permanence des soins conventionnel défini à l'Article 4 et le nouveau dispositif issu de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

- elle suit la mise en place du dispositif incitatif mis en place aux Article 1 et suivants pour améliorer la répartition de l'offre de soins ;

- elle assure le suivi de la Formation Professionnelle Conventionnelle dans les conditions définies au Titre 3.Sous-Titre 1 dans l'attente de la mise en place du Développement Professionnel Continu (DPC) issu de l'article 59 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

- elle assure l'installation et le suivi des travaux du comité du fonds des actions conventionnelles et du comité technique paritaire permanent national chargé des simplifications administratives ;

- elle émet un avis sur le recours consultatif formé auprès d'elle par le médecin à l'encontre duquel une sanction a été décidée par les caisses dans les conditions définies à l'Article 75;

- elle assure le suivi et examine le bilan des commissions des pénalités sur la base d'un bilan d'activité annuel communiqué par la caisse ;

- elle assure le suivi des expérimentations de nouveaux modes de rémunérations qui ont lieu au niveau régional en application de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale.

Article 71. Le comité du Fonds des actions conventionnelles (FAC) placé près de la CPN

Conformément aux dispositions prévues à l'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale, les partenaires conventionnels conviennent de la création d'un comité instauré près de la CPN pour contribuer à l'élaboration du budget prévisionnel du fonds des actions conventionnelles.

Comme prévu à l'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale ce fonds a vocation à solder l'allocation de remplacement attribuée aux médecins ayant souhaité bénéficier du mécanisme d'incitation au départ anticipé. Il peut également financer des actions d'aide à l'informatisation, le dispositif de reconversion vers la médecine de travail et de prévention, et l'aide à la souscription d'une assurance en responsabilité civile professionnelle.

Article 71.1. Composition du comité FAC

Le comité du Fonds des Actions Conventionnelles est composé de 24 membres titulaires.

Section professionnelle

Cette section est composée de 12 représentants titulaires des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux signataires de la convention, dont 6 généralistes et 6 spécialistes. Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Seuls les médecins adhérant à la présente convention et n'ayant pas fait l'objet d'une sanction devenue définitive de mise hors convention peuvent siéger à cette instance.

Section sociale

Le comité est composé de 12 membres titulaires représentants de l'assurance maladie :

- Régime Général : 3 administratifs, 3 conseillers, 2 médecins conseils ;
- Mutualité Sociale Agricole : 2 représentants ;
- Régime Social des Indépendants : 2 représentants.
- Un nombre de suppléants équivalent au nombre de titulaires est nommé.

Un médecin exerçant à titre libéral sous la présente convention ne peut siéger comme représentant de la section sociale.

Article 71.2. Mise en place du comité FAC

Le comité FAC est mis en place dans les trois mois qui suivent l'entrée en vigueur de la convention.

Il se réunit au moins une fois par semestre et dans les cas suivants :

- à la demande de l'une des parties signataires de la convention,
- en cas d'entrée de nouveaux signataires dans le champ conventionnel ou de retrait d'un signataire.

Il se réunit au siège de l'UNCAM. Le secrétariat est assuré par l'UNCAM. Toutes les tâches administratives de la commission lui incombent : convocations, relevé de décisions, constats éventuels de carence, etc.

Article 71.3. Missions du comité FAC

Le Comité du FAC contribue à l'élaboration du budget du FAC pour la section des médecins dans la limite fixée par la Convention d'Objectifs et de Gestion, en équilibre des recettes et des dépenses.

Le budget du FAC est présenté par le directeur de la CNAMTS au Conseil de cet organisme pour approbation.

Les modalités de fonctionnement du comité FAC sont définies dans un règlement intérieur figurant à l'Annexe XXI de la présente convention.

Article 72. Comité technique paritaire permanent national chargé des simplifications administratives placé près de la CPN

Un comité technique paritaire permanent national (CTPPN) chargé des « simplifications administratives » est instauré près la CPN.

Article 72.1. Composition du CTPPN

Le comité est composé de 12 membres titulaires:

Section professionnelle

6 représentants titulaires des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux signataires de la convention, dont 3 généralistes et 3 spécialistes. Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Seuls les médecins adhérant à la présente convention et n'ayant pas fait l'objet d'une sanction devenue définitive de mise hors convention peuvent siéger à cette instance.

Section sociale

6 membres titulaires représentants l'assurance maladie

Régime Général : 4 représentants ;

Mutualité Sociale Agricole : 1 représentant ;

Régime Social des Indépendants : 1 représentant

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Un médecin exerçant à titre libéral sous la présente convention ne peut siéger comme représentant de la section sociale.

Article 72.2. Mise en place du CTPPN

Le CTPPN est mis en place dans les trois mois qui suivent l'entrée en vigueur de la convention.

Il se réunit au moins 4 fois par an et dans les cas suivants :

- à la demande de l'une des parties signataires de la convention,

- en cas d'entrée de nouveaux signataires dans le champ conventionnel ou de retrait d'un signataire.

Il se réunit au siège de l'UNCAM. Le secrétariat est assuré par l'UNCAM. Toutes les tâches administratives de la commission lui incombent : convocations, relevé de décisions, constats éventuels de carence, ….

Article 72.3. Missions du CTPPN

Le comité est chargé notamment :

- de mettre en œuvre le programme de simplifications administratives visant à aider le médecin dans son travail au quotidien en décidant des actions à mener afin d'en assurer la réussite ;

- d'accompagner la mise en place de ce programme au niveau local ;

- d'assurer le suivi des remontées des travaux des commissions paritaires locales ;

- d'examiner et d'émettre un avis sur tous les projets de modification des documents servant de base aux échanges entre l'assurance maladie et les médecins exerçant à titre libéral (formulaires, etc.) ;

- d'analyser tout dysfonctionnement du système SESAM-Vitale et d'examiner les réponses appropriées dans les meilleurs délais afin de garantir la continuité et l'adaptabilité du service de la télétransmission des feuilles de soins électroniques ;

- de formuler des observations sur le cahier des charges SESAM-Vitale et des propositions tendant à l'amélioration du système ;

- de suivre les procédures informatiques de gestion de la dispense d'avance de frais ou de tout autre dispositif issu de la réglementation ;

- de suivre les échanges de données dématérialisées entre l'assurance maladie et les médecins adhérant à la présente convention ;

- de définir les modalités de mise en ligne par les médecins d'informations notamment sur le portail de l'assurance maladie ;

- d'informer régulièrement la CPN de ses travaux et de lui établir un bilan annuel.

Les modalités de fonctionnement du CTPPN sont définies dans un règlement intérieur figurant à l'Annexe XXI de la présente convention

Article 73. La Commission Paritaire Régionale (CPR)

Il est créé dans chaque région une Commission Paritaire Régionale.

La CPR est chargée de la coordination de la politique conventionnelle au niveau de la région.

Article 73.1. Composition de la Commission Paritaire Régionale:

La CPR est constituée d'une section professionnelle et d'une section sociale.

Section professionnelle

Cette section est composée de 12 représentants titulaires des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux signataires de la convention, dont 6 généralistes et 6 spécialistes.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Seuls les médecins adhérant à la présente convention et n'ayant pas fait l'objet d'une sanction devenue définitive de mise hors convention peuvent siéger à cette instance.

Section sociale

Cette section est composée de 12 représentants titulaires de l'assurance maladie :

Régime général : 3 administratifs (dont le représentant régional auprès du régime général – coordonnateur), 3 conseillers, 2 médecins conseils.

Régime agricole : 2 représentants, dont un médecin conseil.

Régime social des Indépendants : 2 représentants, dont un médecin conseil.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Un médecin exerçant à titre libéral sous la présente convention ne peut siéger comme représentant de la section sociale.

En "formation médecins" dans le cadre de la procédure définie à l'Article 75, la CPR est composée :

- De la section professionnelle de la CPR en formation plénière telle que décrite supra, soit 12 représentants titulaires.

- Des membres suivants pour la section sociale :

- deux médecins conseils du régime général siégeant dans la section sociale de la CPR en formation plénière, chacun de ces médecins conseils possédant 4 voix.

- du médecin conseil du régime agricole et du médecin conseil du régime social des indépendants, siégeant dans la section sociale de la CPR en formation plénière, chacun de ces médecins conseils possédant 2 voix.

Les modalités de fonctionnement de la commission sont définies dans un règlement intérieur figurant à l'Annexe XXI de la présente convention.

Article 73.2. Mise en place de la Commission Paritaire régionale

La CPR est mise en place dans les trois mois qui suivent l'entrée en vigueur de la convention.

Elle se réunit au minimum 3 fois par an et dans les cas suivants :

- à la demande de l'une des parties signataires de la convention,

- en cas d'entrée de nouveaux signataires dans le champ conventionnel ou de retrait d'un signataire.

Le secrétariat est assuré par l'organisme désigné par le directeur coordonnateur de la gestion du risque. Toutes les tâches administratives de la commission lui incombent : convocations, relevé de décisions, constats éventuels de carence, etc.

Article 73.3. Missions de la Commission Paritaire Régionale

La CPR est chargée notamment des missions suivantes :

- elle assure le suivi régional des actions de maîtrise médicalisée des dépenses de santé définies aux Article 20 et suivants ;

- elle assure un suivi des dépenses de santé au niveau régional ;

- elle assure un suivi des contrats conclus au niveau régional entre les agences régionales de santé et les médecins relatifs à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins et définis à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique ;

- elle assure au niveau régional le suivi de la bascule entre le dispositif de permanence des soins conventionnel défini à l'Article 4 et le nouveau dispositif issu de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

- elle examine les motifs de résiliation aux options démographie et santé solidarité ;

- elle émet un avis sur le recours suspensif formé auprès d'elle par le médecin à l'encontre duquel une sanction a été décidée par les caisses dans les conditions à l'Article 78 ;

- elle est informée des travaux des instances locales de la région ;

- elle informe régulièrement la CPN de ses travaux.

Article 74. La Commission Paritaire Locale (CPL)

La Commission Paritaire Locale a pour objectif principal d'assurer le bon fonctionnement et la continuité du régime conventionnel au niveau local.

Il est créé dans chaque département une Commission paritaire Locale. Dans les départements comportant plusieurs caisses primaires, le nombre de commissions paritaires locales et leur répartition territoriale sont fixés par la CPN

Article 74.1. Composition de la commission paritaire locale

La CPL est constituée d'une section professionnelle et d'une section sociale.

Section professionnelle

Cette section est composée de 12 représentants titulaires des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux signataires de la convention, dont 6 généralistes et 6 spécialistes.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Seuls les médecins adhérant à la présente convention et n'ayant pas fait l'objet d'une sanction devenue définitive de mise hors convention peuvent siéger à cette instance.

Section sociale

Cette section est composée de 12 représentants titulaires de l'assurance maladie :

Régime général : 3 administratifs, 3 conseillers, 2 médecins conseils ;

Régime agricole : 2 représentants, dont 1 médecin conseil ;

Régime social des indépendants : 2 représentants, dont un médecin conseil.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Un médecin exerçant à titre libéral sous la présente convention ne peut siéger comme représentant de la section sociale.

En "formation médecins" dans le cadre de la procédure définie à l'Article 75, la CPL est composée :

De la section professionnelle de la CPL en formation plénière telle que décrite supra, soit 12 représentants titulaires.

Des membres suivants pour la section sociale :

- deux médecins conseils du régime général siégeant dans la section sociale de la CPL en formation plénière, chacun de ces médecins conseils possédant 4 voix.

- du médecin conseil du régime agricole et du médecin conseil du régime social des indépendants, siégeant dans la section sociale en formation plénière, chacun de ces médecins conseils possédant 2 voix.

Les modalités de fonctionnement de la commission sont définies dans un règlement intérieur figurant à l'Annexe XXI de la présente convention.

Article 74.2. Mise en place de la Commission Paritaire Locale

La CPL est mise en place dans les trois mois qui suivent l'entrée en vigueur de la convention.

Elle se réunit au minimum 3 fois par an et dans les cas suivants :

- à la demande de l'une des parties signataires de la convention,

- en cas de d'entrée de nouveaux signataires dans le champ conventionnel ou de retrait d'un signataire.

Le secrétariat est assuré par le personnel administratif de l'une des caisses membre de la commission. Toutes les tâches administratives de la commission lui incombent : convocations, relevé de décisions, constats éventuels de carence, etc.

Article 74.3. Rôle de la Commission Paritaire Locale

La CPL a notamment les missions suivantes

- elle veille au respect des obligations respectives des parties et se réunit pour étudier toute question soulevée par l'application de la convention au niveau local ;

- elle assure le bon fonctionnement des dispositifs mis en place dans le cadre de la convention;

- elle conduit toute analyse concernant l'évolution de la consommation des soins et les conditions d'accès aux soins des assurés ;

- elle est responsable de la mise en œuvre de la maîtrise médicalisée au niveau local dans les conditions définies à l' Article 22 ;

- elle est informée des programmes d'accompagnement mis en place par l'assurance-maladie intéressant les médecins ;

- elle assure le suivi des mesures relatives aux refus de soins ;

- elle établit un relevé de décision à chaque réunion et le communique au secrétariat de la CPN ;

- elle se réunit avant toute décision susceptible d'être prise à l'encontre d'un médecin, pour émettre un avis dans les conditions fixées à l'Article 75 de la convention;

- elle informe régulièrement la CPR et la CPN de ses travaux.

Sous-Titre 4. Le non-respect des engagements conventionnels

Article 75. De l'examen des cas de manquements

En cas de non respect par le médecin des dispositions conventionnelles organisant ses rapports avec l'assurance maladie, une procédure conventionnelle d'examen des manquements est engagée par les parties conventionnelles sur initiative d'une caisse.

Le non respect des dispositions conventionnelles peut notamment porter sur

- l'application, de façon répétée, de tarifs supérieurs aux tarifs opposables ;

- l'utilisation abusive du DE ;

- la non inscription, de façon répétée, du montant des honoraires perçus, au sens de la présente convention et de la réglementation ;

- le non respect, de façon répétée, de la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale ;

- le non respect du droit à la dispense d'avance des frais au profit des bénéficiaires de la CMUC et de l'ACS.

La procédure conventionnelle applicable en cas de manquement imputable à un médecin est décrite à l'Annexe XXII de la présente convention.

Article 76. Des sanctions susceptibles d'être prononcées

Les sanctions susceptibles d'être prononcées à l'encontre d'un médecin sont les suivantes :

- suspension du droit permanent à dépassement, du droit de pratiquer des honoraires différents qui peut être temporaire ou prononcée pour la durée d'application de la présente convention (jusqu'à la date de renouvellement de la convention) ; cette mesure ne pouvant être prononcée qu'en cas de non-respect du tact et de la mesure, après décision du Conseil de l'Ordre ;

- suspension du droit à pratiquer des dépassements autorisés plafonnés (DA) tels que définis à l' Article 34.1, cette mesure ne pouvant être prononcée qu'en cas de non-respect des limites de dépassements fixées par la présente convention ;

- suspension de la ou des participations des caisses à la prise en charge des avantages sociaux pour les médecins en bénéficiant. La suspension de la ou des participation(s) des caisses est de un, trois, six ou douze mois ;

- suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre de la convention avec ou sans sursis. Cette suspension peut être temporaire 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 suppression de la participation des caisses aux avantages sociaux pour une durée égale.

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 médecin par la CPL. 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.

Le sursis ne s'applique pas à la suspension de la participation des caisses à la prise en charge des avantages sociaux inhérente à la procédure de mise hors convention.

Article 77. Des conséquences du déconventionnement sur l'activité de remplacement

Lorsqu'un médecin est sanctionné par une mesure de mise hors convention, il ne peut se faire remplacer pendant toute la durée de la sanction. Il ne peut pas non plus exercer en tant que remplaçant d'un médecin exerçant à titre libéral et régi par la présente convention.

Article 78. Du recours du médecin contre une sanction

Le médecin a la possibilité de présenter un recours consultatif auprès de la CPR contre toute

Projet de texte conventionnel

ANNEXES

Version du 20 juillet 2011

SOMMAIRE

ANNEXE I - TARIFS DES HONORAIRES, REMUNERATIONS ET FRAIS ACCESSOIRES DES MEDECINS GENERALISTES ET SPECIALISTES 3

ANNEXE II - TARIFS DES ACTES DE LA CCAM ET INSTANCES 15

ANNEXE III - DISPOSITIONS TRANSITOIRES RELATIVES A LA DEMOGRAPHIE MEDICALE 17

ANNEXE IV - OPTION DEMOGRAPHIE FONCTIONNEMENT 23

ANNEXE V - FORMULAIRE D'ADHESION A L'OPTION DEMOGRAPHIE 26

ANNEXE VI - OPTION DEMOGRAPHIE - FICHE DE SUIVI DES ADHERENTS 28

ANNEXE VII - OPTION SANTE SOLIDARITE TERITORIALE 30

ANNEXE VIII - FORMULAIRE D'ADHESION A L'OPTION SANTE SOLIDARITE TERRITORIALE 32

ANNEXE IX - OPTION SANTE SOLIDARITE TERRITORIALE - FICHE DE SUIVI ADHERENTS 33

ANNEXE X - PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES 34

ANNEXE XI - PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENTS DE SANTES PRIVES 37

ANNEXE XII - MAJORATIONS D'ACTES SPECIFIQUES A LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES 46

ANNEXE XIII - REMUNERATION DU MEDECIN TRAITANT POUR LE SUIVI DE SES PATIENTS EN ALD 48

ANNEXE XIV - MAJORATIONS DE COORDINATION ET AUTRES MAJORATIONS 48

ANNEXE XV - DISPOSITIF DE PREVENTION BUCCO DENTAIRE 50

ANNEXE XVI - FORMATION PROFESSIONNELLE CONVENTIONNELLE 55

ANNEXE XVII - REMUNERATION A LA PERFORMANCE 63

ANNEXE XVIII - OPTION DE COORDINATION - FORMULAIRE D'ADHESION 67

ANNNEXE XIX - PARTICIPATION AUX COTISATIONS SOCIALES DES MEDECINS ADHERANT A L'OPTION DE COORDINATION 68

ANNEXE XX - SECTEUR OPTIONNEL – FORMULAIRE D'ADHESION 70

ANNEXE XXI - REGLEMENT INTERIEUR TYPE DES COMMISSIONS PARITAIRES 72

ANNEXE XXII - PROCEDURE CONVENTIONNELLE EN CAS DE MANQUEMENT IMPUTABLE A UN MEDECIN 76

ANNEXE I

TARIFS DES HONORAIRES, REMUNERATIONS ET FRAIS ACCESSOIRES DES MEDECINS GENERALISTES ET SPECIALISTES

Article 1

Tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins généralistes

Actes	**Métropole**	**Guadeloupe Martinique**	**Guyane Réunion**	**Mayotte**
Consultation au cabinet : C (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	23,00	25,30	27,60	27,60
Consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié en médecine générale : CS (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	23,00	25,30	27,60	27,60
CALD (prévue à l'article 15-2 de la NGAP)	26,00	28,60	31,20	31,20
Visite au domicile du malade : V (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	23,00	25,20	27,40	27,40
Visite au domicile du malade par le médecin spécialiste qualifié en médecine générale : VS (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	23,00	25,30	27,60	27,60
Forfait pédiatrique enfant FPE (prévue à l'article 14-4-1 de la NGAP)	5,00	5,00	5,00	5,00
Majoration nourrisson MNO (prévue à l'article 14-4-2 de la NGAP)	5,00	5,00	5,00	5,00
Majoration généraliste enfant : MGE (prévue à l'article 14-4-3 de la NGAP)	3,00	3,00	3,00	3,00

Majoration de coordination généraliste : MCG [3]	3,00	3,00	3,00	[3]
Rémunération spécifique annuelle Médecin Traitant pour les patients en ALD (RMT) [3]	40,00	40,00	40,00	[3]

Forfait de surveillance thermal : STH (prévu au titre XV chapitre 4 article 2 de la NGAP)	70,00	70,00	70,00	70,00
K Actes de chirurgie et de spécialité pratiqués par le médecin (prévu à l'article 2.1 de la NGAP)	1,92	1,92	1,92	1,92
KC Actes de chirurgie pratiqués par le médecin (prévu à l'article 2.1 de la NGAP)	2,09	2,09	2,09	2,09
SCM Soins conservateurs pratiqués par le médecin. (prévu à l'article 2.1 de la NGAP)	2,41	2,41	2,41	2,41
ORT Traitements d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le médecin. (prévu à l'article 2.1 de la NGAP)	2,15	2,15	2,15	2,15
PRO Actes de prothèse dentaire pratiqués par le médecin. (prévu à l'article 2.1 de la NGAP)	2,15	2,15	2,15	2,15
Tarif des majorations de permanence des soins dans le cadre de la régulation [4]				[4]
CRN Majoration spécifique de nuit 20h-0h/6h-8h en cas de consultation au cabinet	42,50	42,50	42,50	[4]
VRN Majoration spécifique de nuit 20h-0h/6h-8h en cas de visite	46,00	46,00	46,00	[4]
CRM Majoration spécifique de milieu de nuit 0h-6h en cas de consultation au cabinet	51,50	51,50	51,50	[4]
VRM Majoration spécifique de milieu de nuit 0h-6h en cas de visite	59,50	59,50	59,50	[4]
CRD Majoration spécifique de dimanche et jours fériés en cas de consultation au cabinet	26,50	26,50	26,50	[4]
VRD Majoration spécifique de dimanche et jours	30,00	30,00	30,00	[4]

fériés en cas de visite				

Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée : MD **(prévue à l'article 14.2 de la NGAP)**	10,00	10,00	10,00	10,00
Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de nuit (prévue à l'article 14.2 de la NGAP)				
- de 20H00 à 00H00 et de 06H00 à 08H00 : MDN	38,50	38,85	39,20	39,20
- de 00h00 à 06H00 : MDI	43,50	43,85	44,20	44,20
Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de dimanche et jour férié MDD (2) (prévue à l'article 14.2 de la NGAP)	22,60	22,91	23,26	23,26
Majoration pour actes la nuit et le dimanche (prévue à l'article 14 de la NGAP)				
- Majoration de nuit de 20H00 à 00H00 et de 06H00 à 08H00 : MN	35,00	35,00	35,00	35,00
- Majoration de nuit de 00h00 à 06H00 : MM	40,00	40,00	40,00	40,00
Majoration de dimanche et jour férié : F (1) (prévue à l'article 14 de la NGAP)	19,06	19,06	19,06	19,06
Majoration d'urgence : MU (prévue à l'article 14.1 de la NGAP)	22,60	22,91	23,26	23,26
Tarif de l'indemnité forfaitaire de déplacement pour des actes effectués à domicile autre que la visite : IFD (prévue à l'article 13 de la NGAP)	3,50	3,85	4,20	4,20

Valeur de l'indemnité kilométrique : IK (prévue à l'article 13 de la NGAP):				
- plaine	0,61	0,67	0,73	0,73
- montagne	0,91	1,01	1,10	1,10
- à pied ou à ski	4,57	5,03	5,49	5,49
Adhésion au contrat type figurant dans le décret du 3 mai 2002 relatif à la délivrance de soins palliatif à domicile				
- Forfait mensuel du médecin coordonnateur de l'équipe de soins	80	80	80	80
- Forfait mensuel du médecin participant à la coordination	40	40	40	40
- Forfait mensuel de soins	90	90	90	90

(1) La majoration s'applique à partir du samedi midi uniquement pour les consultations réalisées par le médecin généraliste de garde au cabinet

(2) La majoration s'applique à partir du samedi midi pour la visite à domicile justifiée.

(3) Le parcours de soins ne s'applique pas à Mayotte.

(4) Le dispositif de permanence des soins ambulatoire conventionnel n'est pas appliqué à Mayotte.

Les parties signataires conviennent d'harmoniser les conditions d'abattements des indemnités kilométriques conformément à la jurisprudence.

Article 2

Tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins spécialistes

Actes	**Métropole** (1)	**Guadeloupe Martinique**	**Guyane Réunion**	**Mayotte**
Consultation au cabinet : CS (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	23,00	25,30	27,60	27,60
CNPSY	37,00	40,70	44,40	44,40

(prévue à l'article 2.1 de la NGAP)				

CSC (cardiologie) (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	45,73	50,61	52,44	52,44
Visite au domicile du patient : VS (prévu à l'article 2.1 de la NGAP)	23,00	25,30	27,60	27,60
VNPSY (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	37,00	40,70	44,40	44,00
Forfait pédiatrique enfant : FPE (prévue à l'article 14-4 de la NGAP)	5,00	5,00	5,00	5,00
Majoration pour les consultations d'enfants de 0 à 24 mois inclus pour le pédiatre : MNP (prévue à l'article 14-4 bis de la NGAP)	3,00	3,00	3,00	3,00
Majoration pour l'examen médical obligatoire du nourrisson dans les 8 jours suivant la naissance pour le pédiatre: MBB (prévue à l'article 14.4 ter de la NGAP)	5,00	5,00	5,00	5,00
Majoration de consultation annuelle de synthèse pour un enfant atteint d'une ALD pour le pédiatre : MAS (prévue à l'article 14.4 quater de la NGAP)	10,00	10,00	10,00	10,00
Majoration pour la première consultation familiale pour le psychiatre et pédopsychiatre pour un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave relevant d'une ALD : MPF (prévue à l'article 14.4.4 de la NGAP)	10,00	10,00	10,00	10,00
Majoration pour la consultation annuelle de synthèse familiale pour le psychiatre et pédopsychiatre pour un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave relevant d'une ALD : MAF (prévue à l'article 14.4.4 de la NGAP)	10,00	10,00	10,00	10,00

Forfait thermal (STH)	70,00	70,00	70,00	70,00
Majoration pour les spécialistes en endocrinologie et en médecine interne compétent en diabétologie : MCE (prévue à l'article 15-4 de la NGAP)	10,00	10,00	10,00	10,00
Majoration pour le spécialiste en médecine physique et réadaptation applicable dans le cadre du parcours de soins coordonnés : MTA (prévue à l'article 15-3 de la NGAP).	20,00	20,00	20,00	20,00
Rémunération spécifique annuelle Médecin Traitant pour les patients en ALD : RMT	40,00	40,00	40,00	(3)
Majorations de coordination dans le cadre du parcours de soins coordonnés				**(3)**
Majoration de coordination spécialiste : MCS	3,00	3,00	3,00	(3)
Majoration de coordination pour la psychiatrie, la neuropsychiatrie et la neurologie : MCS	4,00	4,00	4,00	(3)
Majoration de coordination cardiologues : MCC	3,27	3,27	3,27	3,27
Majoration forfaitaire transitoire				
Majoration (MPC) de la CS dans les conditions fixées par l'article 2 bis des dispositions générales de la NGAP	2,00	2,00	2,00	2,00
Majoration (MPC) de la CNPSY pour les neurologues, neuropsychiatres et psychiatres dans les conditions fixées par l'article 2 bis des dispositions générales de la NGAP	2,70	2,70	2,70	2,70
MPC pour les consultations de patients de moins de 16 ans réalisées par les médecins spécialistes dans les conditions fixées par l'article 2 bis des dispositions générales de la NGAP	5,00	5,00	5,00	5,00

MPC pour les consultations de patients de moins de 16 ans réalisées par les pédiatres dans les conditions fixées par l'article 2 bis des dispositions générales de la NGAP	5,00	5,00	5,00	5,00
MPC pour les consultations de patients de moins de 16 ans réalisées les psychiatres, neuropsychiatres et neurologues dans les conditions fixées par l'article 2 bis des dispositions générales de la NGAP	6,70	6,70	6,70	6,70
Majoration de sujétion particulière pour l'ensemble des actes liés à chaque accouchement réalisé la nuit, le dimanche et les jours fériés M A (1)	61,00	61,00	61,00	
Majoration forfaitaire de sujétion particulière pour l'ensemble des actes liés au premier accouchement réalisé la nuit, le dimanche et les jours fériés M G (2)	228,68	228,68	228,68	
Majoration forfaitaire de sujétion particulière pour le premier acte lié à la surveillance et aux soins spécialisés des nouveaux-nés	228,68	228,68	228,68	
Lettres clés :				
K (actes de chirurgie et de spécialité pratiqué par le médecin)	1,92	1,92	1,92	1,92
KC (actes de chirurgie pratiqués par le médecin)	2,09	2,09	2,09	2,09
SCM Soins conservateurs pratiqués par le médecin. (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	2,41	2,41	2,41	2,41
ORT Traitements d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le médecin. (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	2,15	2,15	2,15	2,15

PRO Actes de prothèse dentaire pratiqués par le médecin. (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	2,15	2,15	2,15	2,15
KMB : utilisée exclusivement par le médecin biologiste lorsqu'il réalise un prélèvement par ponction veineuse directe	2,52	2,52	2,52	2,52
Z3 (stomatologues et chirurgiens maxillo-facial)	1,33	1,33	1,33	1,33
Majoration pour actes effectués la nuit ou le dimanche (prévue à l'article 14 de la NGAP)				
Valeur de la majoration de dimanche et de jour férié F (4)	19,06	19,06	19,06	19,06
Valeur de la majoration de nuit pour le médecin spécialiste (sauf pour les pédiatres) entre 20h et 08h U	25,15	25,15	25,15	25,15
Valeur de la majoration de nuit pour le pédiatre de 20h00 à 00h00 et de 06h00 à 08h00 : P	35,00	35,00	35,00	35,00
Valeur de la majoration de nuit pour le pédiatre de 00h00à 06h00 : S	40,00	40,00	40,00	40,00
Majoration pour soins d'urgence au cabinet pour le pédiatre : M	26,89	26,89	26,89	26,89
Valeur de l'indemnité de déplacement (ID) pour les médecins spécialistes				
Agglomération PLM (5)	5,34			
Autres agglomérations	3,81	4,19	4,57	4,57
Valeur de l'indemnité kilométrique (IK)				
- plaine	0,61	0,67	0,73	0,73
- montagne	0,91	1,01	1,10	1,10
- à pied ou à ski	4,57	5,03	5,49	5,49

(1) et mentionnée au 3ème alinéa de l'article 1er de l'arrêté du 27 décembre 2001 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins.

(2) et mentionnée au 2ème alinéa de l'article 1er de l'arrêté du 27 décembre 2001 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins.

(3) Le parcours de soins ne s'applique pas à Mayotte.

(4) La majoration s'applique à partir du samedi midi pour la visite à domicile justifié.

(5) Les agglomérations correspondent à celles définies par l'INSEE dans son dernier recensement.

Article 3

Tarifs des 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 hors produit de contraste, frais de gestion, assurance et taxe professionnelle). 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.

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.

3.1 Scanographie

Remarque : il s'agit des tarifs en vigueur au 30 juin 2011

Tarifs des forfaits techniques des scanners

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	71,38 €	59,72 €	42,88 €	30,63 €
Non amortis, toutes classes	100,51 €			

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

(1) Scanographie : Seuil 1 = 11 000 forfaits ; Seuil 2 = 13 000 forfaits

3.2. Imagerie par résonance magnétique

Remarque : il s'agit des tarifs en vigueur au 30 juin 2011

Tarifs des forfaits techniques des IRM

PUISSANCE DE L'APPAREIL (en teslas)	< 0,5 T	0,5 T	> 0,5 T et < 1,5 T	1,5 T (2)
Activités de référence	3 500	4 000	4 000	4 500
Amortis (1), forfaits pleins				
PARIS	171,40 €			
Région Parisienne (hors PARIS)	164,22 €			
Province	154,18 €			
Non amortis, forfaits pleins				
PARIS	198,64 €	194,34 €	218,72 €	230,20 €
Région Parisienne (hors PARIS)	192,90 €	187,17 €	211,55 €	223,03 €
Province	182,86 €	179,28 €	204,38 €	213,71 €
Forfait réduit selon les tranches d'activité toutes régions, tous appareils (puissance et millésime)				
Activité > activité de référence et ≤ Seuil 1	80,61 €			
Activité > Seuil 1 et ≤ Seuil 2	67,18 €			
Activité > Seuil 2	41,99 €			

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

(2) Les appareils dont la puissance est supérieure à 1,5 T se voient provisoirement appliquer les tarifs et activités de référence de la classe « 1,5T ».

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

3.3. Tomographes à émission de positons (TEP)

Remarque : il s'agit des tarifs en vigueur au 30 juin 2011

Les forfaits techniques couvrent les coûts de fonctionnement de l'appareil et la fourniture du médicament radiopharmaceutique.

CLASSE D'APPAREIL	TEP (1) Classe 1	TEP-TDM (2) Classe 2
Activité de référence annuelle	1 000 actes	
Forfait technique plein	950 €	1 000 €
Forfait technique réduit	550 €	550 €

(1) Tomographe à émission de positons non couplé à un scanner.
(2) Tomographe à émission de positons couplé à un scanner.

ANNEXE II

TARIFS DES ACTES DE LA CCAM ET INSTANCES

Article 1er

La commission de hiérarchisation des prestations et actes

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.

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.

Le collège de l'UNCAM :

Il comprend des membres issus des 3 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 des commissions.

Assistent également aux travaux de la commission :

Un représentant de l'Etat et son suppléant ;

Un représentant de l'ATIH et de la DGOS ;

Un représentant de la Haute autorité de santé.

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

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 de valider 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.

1.3. Indemnisation des membres de la section professionnelle de la commission

Les membres de la section professionnelle de la commission perçoivent 12C 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

Observatoire de la Classification commune des actes médicaux

Il est par ailleurs créé un Observatoire de la CCAM chargé d'étudier les conséquences de l'application de cette dernière et l'évolution du coût de la pratique des actes.

Il est composé en nombre égal d'experts désignés par le directeur de l'UNCAM et par les syndicats représentatifs.

Les experts désignés par les syndicats représentatifs perçoivent une indemnisation de 12C par séance et une indemnité de déplacement.

Article 3

Les partenaires conventionnels actent les tarifs des actes de la classification commune des actes médicaux (CCAM) technique définis dans l'avenant 2 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes de 2005 et modifiés par avenants successifs notamment lors des deux étapes d'accession aux tarifs cibles. Ces tarifs figurent ci après. N'ont pas vocation à figurer dans cette liste 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.

ANNEXE III

DISPOSITIONS TRANSITOIRES RELATIVES A LA DEMOGRAPHIE MEDICALE

Dans l'attente de l'arrêté, par le directeur général de l'ARS, des zones mentionnées au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique relatives aux mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, les dispositions de l'avenant 20 à la convention de 2005 sont reconduites sur la base du zonage réalisé par les missions régionales de santé en 2005 dans les conditions mentionnées ci-après.

L'option démographie mentionnée ci-dessous cesse de s'appliquer à compter de l'arrêté, par le directeur général de l'ARS des zones sus mentionnées. A compter de cette date, le nouveau dispositif décliné au titre I de la présente convention entre en vigueur.

Option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des médecins en zones déficitaires

Article 1er

Objet et champ de l'option

L'option est proposée aux médecins libéraux conventionnés exerçant en groupe, dans le secteur à honoraires opposables ou ayant adhéré à l'option de coordination telle que définie à l'article [X] de la convention nationale, s'installant ou installés dans une zone déficitaire.

1.1. Conditions générales d'adhésion

1.1.1. Conditions liées à l'exercice en groupe

L'exercice en groupe s'entend comme le regroupement d'au moins deux médecins généralistes dans les mêmes locaux, installés dans une zone déficitaire et liés entre eux par :

- un contrat ordinal de collaboration libérale,
- un contrat de société civile professionnelle (SCP) ou de société d'exercice libéral (SEL),
- ou par tout autre contrat de société dès lors qu'ils ont également conclu un contrat d'association validé par l'Ordre.

Sous la réserve d'un cadre juridique conforme à la définition précisée ci-dessus, sont également concernés par le dispositif les médecins généralistes installés dans un cabinet pluridisciplinaire, que les autres professionnels du regroupement soient médecins spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux, ou directeurs de laboratoire, dès lors que l'ensemble des professionnels concernés exercent dans les mêmes locaux.

1.1.2. Condition d'activité

Pour adhérer, le médecin généraliste doit justifier par ailleurs d'une activité réalisée aux 2/3 auprès de patients résidant dans la zone sous médicalisée.

1.2. Conditions de cumul avec d'autres dispositifs conventionnels

L'adhésion à l'option décrite dans le présent avenant est exclusive de toute adhésion à l'un des deux contrats de bonne pratique (CBP) relatifs à l'exercice des médecins généralistes en milieu rural et en zones franches urbaines.

Dès lors, si le médecin a en cours une adhésion à l'un de ces contrats, l'adhésion à l'option ne pourra intervenir qu'après sa résiliation auprès de la Caisse selon les règles fixées dans chacun des CBP.

Article 2

Avantages conférés par l'adhésion à l'option

2.1. Aide forfaitaire

Cette aide, liée à l'activité du professionnel de santé dans la zone, est versée sous la forme d'un forfait annuel.

Elle représente 20 % de l'activité (C + V) du professionnel dans la zone.

Son montant est calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant au prorata de la date d'entrée du praticien dans l'option.

Son versement intervient dans le courant du 1er trimestre de l'année suivante, sous réserve du respect des engagements du praticien adhérent décrits à l'article 3 de la présente annexe, et de la

vérification pour l'année de référence du maintien par le praticien adhérent de la condition d'activité définie ci-dessus.

2.2. Suivi personnalisé de l'adhérent

L'Assurance maladie s'engage à mettre en œuvre, par le biais des caisses primaires, un accompagnement individualisé des médecins adhérant à l'option, pour toute la durée de l'adhésion.

Dans cet objectif, l'Assurance maladie a développé une démarche d'offre de services aux professionnels s'installant en zones déficitaires.

Il s'agit notamment d'aider les médecins à établir une analyse de la zone où ils souhaitent s'installer et de les accompagner dans les démarches administratives afférentes à leur installation, de les informer sur les maisons médicales, les réseaux, les modalités d'organisation de la permanence des soins existant dans la zone où ils vont exercer.

Le suivi personnalisé du médecin se traduit aussi par l'accueil, le soutien, le conseil et l'aide d'un correspondant identifié au sein de la Caisse, dans les diverses démarches liées à cette nouvelle installation et au développement de son activité ; il doit tendre également à faciliter pour le médecin installé la recherche de remplaçants, l'organisation des vacations de médecins spécialistes ou d'auxiliaires médicaux et ses démarches institutionnelles et administratives.

Article 3

Engagements du médecin généraliste adhérent

En adhérant à l'option, le praticien s'engage à ne pas cesser son activité, hors départ en retraite, ni à changer son lieu d'exercice pendant une durée de trois années consécutives à compter de la date d'adhésion ou pendant la durée de l'option.

Dans le cadre de son exercice regroupé, le praticien adhérent assure la continuité des soins aux patients résidant dans la zone.

En contrepartie de l'aide forfaitaire qui lui est allouée, et dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins pour la population de la zone déficitaire et les conditions d'exercice du médecin notamment pour ce qui concerne sa charge de travail, le professionnel adhérent s'engage à :

- favoriser le développement de collaborations libérales au sein de son cabinet ;

- faire appel à des remplaçants ou s'organiser avec un autre praticien du regroupement, pour répondre à toute demande de la patientèle ;
- permettre la réalisation de vacations, au sein du cabinet, de médecins spécialistes ou d'auxiliaires médicaux.

Il participe à la permanence des soins en-dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux telle qu'elle est définie réglementairement.

Le médecin s'engage enfin à participer avec les autres médecins de la zone et l'Assurance Maladie au projet d'évolution de l'organisation et de la démographie de la zone notamment par la sensibilisation des décideurs locaux sur les problèmes de la zone.

Article 4

Adhésion à l'option

4.1. Modalités d'adhésion

L'adhésion à l'option est individuelle ; le cas échéant chaque médecin d'un groupe donné devra accomplir à titre personnel les formalités d'adhésion à l'option.

Le médecin formalise son adhésion par le biais d'un formulaire (modèle joint à la présente annexe) qu'il adresse à la Caisse Primaire d'Assurance maladie du lieu d'implantation de son cabinet principal par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le médecin joint à l'acte d'adhésion une copie du contrat de groupe tel que défini dans les conditions générales d'adhésion.

Sans réponse de la Caisse dans un délai de 2 mois suivant la réception du formulaire, l'adhésion est réputée acquise.

4.2. Durée d'adhésion

L'adhésion est valable à compter de la date d'enregistrement par la Caisse de l'acte d'adhésion, dans la limite de la durée de la convention nationale. A compter de l'arrêté, par le directeur général de l'ARS, des zones mentionnées au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la

santé publique relatives aux mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, il sera mis fin automatiquement à l'option.

4.4. Rupture d'adhésion

Si la Caisse constate le non-respect de tout ou partie de ses engagements par le médecin, elle l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception. Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au praticien la fin de son adhésion à l'option par lettre recommandée avec accusé de réception.

Si le non-respect des engagements est constaté après le versement des rémunérations, et hors cas de force majeure (décès…), la caisse peut procéder à une action en récupération des sommes indûment versées selon les procédures en vigueur.

Le médecin peut à tout moment choisir de mettre fin à son adhésion à l'option. Il en informe la Caisse par la lettre recommandée avec accusé de réception. La décision du médecin prend effet dès réception par la caisse du courrier ; elle remet en cause son droit à l'aide forfaitaire et peut donner lieu à une action en récupération des sommes indûment versées.

Modèle de formulaire d'adhésion à l'option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des médecins généralistes en zones déficitaires

Adhésion à l'option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des médecins en zones déficitaires

Ce document est à remplir par le médecin qui l'envoie, en double exemplaire, à la Caisse d'assurance maladie du lieu de son exercice principal qui lui en retourne un exemplaire.

Identification du médecin

"Je, soussigné(e),

NOM : ……
Prénom : ……
N° d'identification : ……..
Adresse du lieu d'exercice principal :
……
……

Secteur conventionnel : ☐ Secteur 1 ☐ Secteur 2 option de coordination

Exercice en groupe formalisé selon le mode :
(copie du ou des contrat(s) à annexer au formulaire)

- o Contrat de collaboration libérale
- o SEL
- o SCP
- o Autre contrat de société et contrat d'association

déclare adhérer à l'option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des médecins généralistes en zones déficitaires et m'engage à respecter les dispositions de la convention nationale des médecins libéraux, publiée au Journal Officiel du …… 2011."

Cachet du médecin

Fait à ……
Le ……

Signature

Accusé de réception de la Caisse

Adhésion enregistrée le ……, à effet du ……

Adhésion non enregistrée
Motif: ……

Cachet de la caisse

Date ……..

ANNEXE IV

OPTION DEMOGRAPHIE FONCTIONNEMENT

Article 1er

Modalités d'adhésion

Le médecin installé dans une zone où les besoins en implantations de professionnels de santé ne sont pas satisfaits ou à proximité immédiate, à savoir 5km en zone rurale et 2km en zone urbaine, peut adhérer à l'option démographie dès lors qu'il exerce au sein d'un groupe formé entre médecins ou d'un groupe pluridisciplinaire, quelle que soit sa forme juridique, ou dans le cadre d'un pôle de santé tel que défini à l'article L. 6323-4 du code de la santé publique.

L'adhésion à l'option est individuelle ; le cas échéant chaque médecin exerçant au sein d'un groupe ou d'un pôle de santé donné devra accomplir à titre personnel les formalités d'adhésion à l'option.

Le médecin formalise son adhésion par le biais d'un formulaire (modèle en annexe V de la présente convention) qu'il adresse à la caisse du lieu d'implantation de son cabinet principal par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le médecin joint à l'acte d'adhésion un document attestant qu'il exerce dans des conditions répondant aux exigences sur l'exercice au sein d'un groupe ou d'un pôle de santé.

Sans réponse de la caisse dans un délai de 2 mois suivant la réception du formulaire, l'adhésion est réputée acquise.

Article 2

Durée d'adhésion

L'adhésion est valable à compter de la date d'enregistrement par la caisse de l'acte d'adhésion, pour une durée de trois ans.

Article 3

Suivi des engagements et des effets de l'adhésion

Au terme de chaque année civile, la caisse envoie au praticien ayant adhéré à l'option une fiche (modèle en annexe [VI] de la présente convention) à lui retourner et dont l'objet est d'évaluer, d'une part, le respect des engagements de l'adhérent, et, d'autre part, les éventuels effets de son adhésion à l'option sur ses conditions d'exercice.

Article 4

Rupture d'adhésion pour non respect des engagements

Si la caisse constate le non-respect de tout ou partie de ses engagements par le médecin, elle l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception lui détaillant les anomalies constatées et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse. Il peut dans ce même délai être entendu par le directeur de la caisse ou l'un de ses représentants. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion à l'option démographie par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le médecin ne peut alors percevoir aucun des avantages conférés par l'option au titre de l'année au cours de laquelle la résiliation est prononcée. En outre, une action en récupération des sommes indûment versées peut éventuellement être mise en œuvre au titre des avantages conférés les années précédentes à la résiliation de l'adhésion.

Article 5

Résiliation de son adhésion par le médecin

Le médecin peut à tout moment choisir de mettre fin à son adhésion à l'option. Il en informe la caisse par lettre recommandée avec accusé de réception. La décision du médecin prend effet dès réception par la caisse de ce courrier. Le médecin ne peut alors percevoir aucun des avantages conférés par l'option au titre de l'année au cours de laquelle il rompt son adhésion. En outre, une action en récupération des sommes indûment versées peut éventuellement être mise en œuvre au titre des avantages conférés les années précédentes à la résiliation de l'adhésion.

Toutefois, dans le cas où cette résiliation intervient pour un motif indépendant de la volonté du médecin (ex : décès d'un conjoint, mutation du conjoint,…), un examen au cas par cas est effectué par la caisse qui soumet le dossier pour avis à la commission paritaire régionale. Le cas échéant, si ces motifs justifient la résiliation, aucune action en récupération des sommes précédemment versées n'est engagée et le médecin peut bénéficier des avantages ouverts par l'option pour l'année en cours jusqu'à la date de rupture d'adhésion.

Article 6

Aide à l'investissement

Cet avantage a pour objectif d'aider les praticiens libéraux qui souhaitent s'installer dans les zones concernées à disposer d'un apport initial à l'investissement.

L'aide à l'investissement est versée sous la forme d'un forfait annuel versé pendant trois ans à compter de l'adhésion à l'option.

Son montant est de 5 000 € par an pour les professionnels exerçant au sein d'un groupe.

Son montant est de 2 500 € pour les professionnels membres d'un pôle de santé.

Article 7

Aide à l'activité

Cette aide est proportionnée à l'activité du professionnel de santé dans la zone, dans la limite d'un plafond. Elle n'est pas cumulable avec les rémunérations versées au titre de l'expérimentation sur les nouveaux modes de rémunérations menée dans le cadre de l'article 44 de la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007.

Pour le praticien adhérant exerçant au sein d'un groupe, elle représente 10 % de son activité (C + V) dans la zone dans la limite d'un plafond fixé à 20 000 €.

Pour le praticien adhérent membre d'un pôle de santé, elle représente 5 % de son activité (C + V) dans la zone dans la limite d'un plafond fixé à 10 000 €.

Son montant est calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant au prorata de la date d'entrée du praticien dans l'option.

Article 8

Modalités de versement des aides

Le versement des deux volets de l'aide décrits aux paragraphes précédents intervient dans le courant du second trimestre de l'année civile suivante, sous réserve du respect des engagements définis dans la présente annexe par le praticien adhérent.

Le versement de l'aide est réalisé en principe individuellement à chaque médecin ayant adhéré à l'option démographie et exerçant au sein d'un groupe ou d'un pôle de santé.

Toutefois, si les médecins exerçant au sein d'un groupe ou d'un pôle de santé et ayant adhéré à l'option en font la demande à leur caisse de rattachement, le versement peut être réalisé globalement à la structure sous réserve que le statut juridique de cette dernière le permette. La répartition du montant de l'aide s'effectue selon les conditions définies par les membres du groupe ou du pôle de santé et sous leur entière responsabilité.

ANNEXE V

FORMULAIRE D'ADHESION A L'OPTION DEMOGRAPHIE

Adhésion à l'option conventionnelle
destinée à favoriser l'installation et le maintien
des médecins libéraux en zones déficitaires

Ce document est à remplir par le médecin qui l'envoie, en double exemplaire, à la Caisse d'assurance maladie du lieu de son exercice principal qui lui en retourne un exemplaire.

Identification du médecin

"Je, soussigné(e),

NOM : ……
Prénom : ……
N° d'identification : ……..
Adresse du lieu d'exercice principal :
……
……

Secteur conventionnel : Secteur 1 Secteur 2 option de coordination

Secteur 2 : je m'engage à pratiquer exclusivement les tarifs opposables pour mon activité au sein de la zone sous dotée.

Exerce au sein d'un groupe formé entre médecins ou d'un groupe pluridisciplinaire, quelle que soit sa forme juridique (copie de tout document attestant de l'exercice au sein d'un groupe à annexer au formulaire).

Exerce au sein d'un pôle de santé tel que défini à l'article L. 6323-4 du code de la santé publique (copie de tout document attestant de la participation à un pôle de santé à annexer au formulaire).

déclare adhérer à l'option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des médecins généralistes libéraux en zones déficitaires et m'engage à respecter les dispositions de la convention nationale des médecins libéraux, publiée au Journal Officiel du XX/XX/2011."

Modalité de versement des rémunérations

Je souhaite que les rémunérations liées à mon adhésion à l'option démographie soient versées :

directement à mon nom.
à la structure au sein de laquelle j'exerce (sous réserve que son statut juridique le permette). La répartition du montant de l'aide s'effectue selon les conditions définies par les membres du groupe ou du pôle de santé et sous leur entière responsabilité. Dans ce cas, joindre les coordonnées notamment bancaires de la structure.

Cachet du médecin

Fait à ……
Le ……

Signature

Accusé de réception de la Caisse

Adhésion enregistrée le ……, à effet du ……

Adhésion non enregistrée
Motif: ……

Cachet de la caisse

Date ……..

ANNEXE VI

OPTION DEMOGRAPHIE - FICHE DE SUIVI DES ADHERENTS

Partie pré remplie par la caisse
Année évaluée : 2 _ _ _

Identification du médecin signataire du contrat
NOM : ……
Prénom : ……
N° d'identification : ……..

Date d'adhésion

Exercice au sein d'un groupe
(A remplir uniquement si vous exercez au sein d'un groupe)

- nombre de professionnels de santé exerçant au sein du groupe :
- nombre de généralistes exerçant au sein du groupe :

Précisez les modifications du cadre juridique de l'exercice survenues durant l'année :
arrivée ou départ d'un associé, d'un collaborateur libéral, nouveau statut juridique

_____
_____

Outil informatique

- nombre d'ordinateurs au cabinet :
- connexion haut débit : oui non
- dossiers médicaux accessibles en réseau : oui non

Précisez les investissements effectués dans ce domaine durant l'année :
achat matériel ou service, connexion haut débit

_____
_____

Accueil, secrétariat

- nombre de personnes salariées du groupe :
- conjoint collaborateur :

Précisez les évolutions du cabinet dans ce domaine durant l'année :
engagement d'une secrétaire médicale, extension de locaux

_____
_____

Sur l'année

- nombre de jours de remplacement contractualisés :
- nombre des vacations, au sein du cabinet, de médecins spécialistes :

Participation à des réseaux de soins

_____

_____

Exercice en pôle de santé
(A remplir uniquement si vous exercez au sein d'un pôle de santé)

- nombre de professionnels de santé exerçant au sein du pôle de santé :
- nombre de généralistes exerçant au sein du pôle de santé :

Précisez les modifications du cadre de l'exercice survenues durant l'année au sein du pôle de santé :
Nouveau professionnel de santé, nouvel établissement,…)

_____

_____

Outil informatique

- nombre d'ordinateurs au cabinet :
- connexion haut débit : oui non
- dossiers médicaux accessibles en réseau : oui non

Précisez les investissements effectués dans ce domaine durant l'année :
achat matériel ou service, connexion haut débit

_____

_____

Sur l'année

- nombre de jours de remplacement contractualisés :
- nombre des vacations, au sein du cabinet, de médecins spécialistes :

Cachet du médecin

Fait à ……
Le ……

Signature

ANNEXE VII

OPTION SANTE SOLIDARITE TERRITORIALE

Article 1er

Modalité d'adhésion

L'adhésion à l'option est individuelle. Le médecin formalise son adhésion par le biais d'un formulaire (modèle en annexe VIII) qu'il adresse à la Caisse Primaire d'Assurance maladie du lieu d'implantation de son cabinet principal par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le médecin joint à l'acte d'adhésion un document précisant les conditions dans lesquelles il exerce au sein de la zone où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits afin de permettre son enregistrement par la caisse.

Sans réponse de la Caisse dans un délai de 2 mois suivant la réception du formulaire, l'adhésion est réputée acquise.

Article 2

Durée d'adhésion

L'adhésion est valable à compter de la date d'enregistrement par la Caisse de l'acte d'adhésion, pour une durée de trois ans.

Article 3

Suivi des engagements et effets de l'adhésion

Au terme de chaque année civile, la Caisse envoie au praticien ayant adhéré à l'option une fiche (modèle en Annexe IX de la présente convention) à lui retourner et dont l'objet est d'évaluer, d'une part, le respect des engagements de l'adhérent, et, d'autre part, les éventuels effets de son adhésion à l'option sur ses conditions d'exercice.

Article 4

Rupture d'adhésion pour non-respect des engagements

Si la caisse constate le non-respect de tout ou partie de ses engagements par le médecin, elle l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception lui détaillant les anomalies constatées et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse. Il peut dans ce même délai être entendu par le

directeur de la caisse ou l'un de ses représentants. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion à l'option démographie par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le médecin ne peut alors percevoir aucun des avantages conférés par l'option au titre de l'année au cours de laquelle la résiliation est prononcée. En outre, une action en récupération des sommes indûment versées peut éventuellement être mise en œuvre au titre des avantages conférés les années précédentes à la résiliation de l'adhésion.

Article 5

Résiliation de son adhésion par le médecin

Le médecin peut à tout moment choisir de mettre fin à son adhésion à l'option. Il en informe la Caisse par lettre recommandée avec accusé de réception. La décision du médecin prend effet dès réception par la caisse de ce courrier. Le médecin ne peut alors percevoir aucun des avantages conférés par l'option au titre de l'année au cours de laquelle il rompt son adhésion. En outre, une action en récupération des sommes indûment versées peut éventuellement être mise en œuvre au titre des avantages conférés les années précédentes à la résiliation de l'adhésion.

Article 6

Avantages conférés par l'adhésion à l'option

Sous réserve du respect de ses engagements définis à l'article 2.1 de la présente convention, le médecin adhérant à la présente option bénéficie d'une rémunération complémentaire correspond à 10 % de son activité (C + V) dans la zone dans la limite d'un plafond fixé à 20 000 €.
Cette rémunération prend en compte les investissements éventuellement réalisés.

Article 7

Modalités de versement de l'aide

Le versement de l'aide décrite aux paragraphes précédents intervient dans le courant du second trimestre de l'année civile suivante, sous réserve du respect des engagements définis dans le présent chapitre par le praticien adhérent.

Le versement de l'aide est réalisé sur le compte du médecin ayant adhéré à l'option santé solidarité territoriale.

ANNEXE VIII

FORMULAIRE D'ADHESION A L'OPTION SANTE SOLIDARITE TERRITORIALE

Adhésion à l'option conventionnelle
santé solidarité Territoriale

Ce document est à remplir par le médecin qui l'envoie, en double exemplaire, à la Caisse d'assurance maladie du lieu de son exercice principal qui lui en retourne un exemplaire.

Identification du médecin

"Je, soussigné(e),

NOM : ……
Prénom : ……
N° d'identification : ……..
Adresse du lieu d'exercice principal :
……
……

Secteur conventionnel : Secteur 1 Secteur 2 option de coordination
Secteur 2 : je m'engage à pratiquer exclusivement les tarifs opposables pour mon activité au sein de la zone sous dotée.

déclare adhérer à l'option conventionnelle santé solidarité destinée à améliorer l'offre de soins dans les zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définie à l'article [X] de la présente convention et m'engage à respecter les dispositions de la convention nationale des médecins libéraux, publiée au Journal Officiel du XX/XX/2011."

Cachet du médecin

Fait à ……
Le ……

Signature

Accusé de réception de la Caisse
Adhésion enregistrée le ……, à effet du ……

Adhésion non enregistrée
Motif: ……

Cachet de la caisse

Date ……..

ANNEXE IX

OPTION SANTE SOLIDARITE TERRITORIALE - FICHE DE SUIVI ADHERENTS

Partie pré remplie par la caisse
Année évaluée : 2 _ _ _

Identification du médecin signataire du contrat
NOM : ……
Prénom : ……
N° d'identification : ……..

Date d'adhésion

Sur l'année

- Nombre de jours d'exercice au sein d'une zone où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits :

Modalités d'exercice au sein de la zone

- Exercice au sein du cabinet d'un confrère
- Exercice au sein d'un cabinet secondaire
- Exercice au sein d'un groupe
- Exercice au sein d'un cabinet mis à disposition par une collectivité
- Autre (à préciser) : _____

Outil informatique à disposition pour l'exercice au sein de la zone

- ordinateurs : oui non
- connexion haut débit : oui non
- dossiers médicaux accessibles en réseau : oui non

Précisez les investissements effectués dans ce domaine durant l'année :
achat matériel ou service, connexion haut débit

_____
_____
_____

Cachet du médecin

Fait à ……
Le ……

Signature

ANNEXE X

PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES

DISPOSITIF TRANSITOIRE DANS L'ATTENTE DE LA MISE EN PLACE DU DISPOSITIF ISSU DE LA LOI HPST

Les dispositions conventionnelles décrites ci-dessous s'appliquent jusqu'à l'entrée en vigueur du nouveau dispositif de permanence des soins ambulatoires issu de la loi HPST.

Article 1er

Participation de l'assurance maladie au financement de la régulation dans le cadre du dispositif conventionnel transitoire

En application des textes, la régulation doit être opérationnelle pendant les plages horaires prévues pour la permanence des soins quels que soient l'organisation et les modes de coopération retenus, soient :

- le dimanche et les jours fériés,
- les jours fériés, la nuit de 20h à 8h en fonction des besoins,
- le samedi après-midi,
- le lundi de 8h à 20h lorsqu'il précède un jour férié et le vendredi de 8h à 20h lorsqu'il suit un jour férié,
- le samedi matin lorsqu'il suit un jour férié.

L'Assurance maladie participe au financement de la régulation des médecins libéraux suivant les modalités ci-dessous :

- Versement de 3C soit 69 € de l'heure au médecin libéral régulateur pour sa participation à la régulation organisée par le SAMU ;
- Prise en charge de la formation à la régulation des médecins dans le cadre de la formation professionnelle conventionnelle ;
- Prise en charge, si besoin, de la responsabilité civile professionnelle des médecins libéraux régulateurs pour leur activité de régulation.

Article 2

Participation de l'Assurance maladie au financement de l'astreinte dans le cadre du dispositif conventionnel transitoire

Sur un secteur donné, le paiement de l'astreinte s'effectue au profit du praticien libéral conventionné inscrit au tableau de permanence ou du médecin de permanence intervenant dans le cadre d'une association de médecins spécialisées dans l'intervention en dehors des heures

ouvrées, sous réserve, d'une transmission au conseil départemental de l'Ordre des médecins, de la liste nominative des médecins participant à cette permanence.

Les médecins de permanence remplissant les engagements ci-dessus peuvent prétendre à une rémunération :

- de 50€ pour la période de 20h à 0h,
- de 100€ pour la période de 0h à 8h,
- et de 150€ pour les dimanches et jours fériés pour la période de 8h à 20h,
- de 100 € pour les samedi de 12h à 20h,
- de 150€ pour le lundi ouvré de 8h à 20h lorsqu'il précède un jour férié et pour le vendredi de 8h à 20h lorsqu'il suit un jour férié,
- de 50 € pour le samedi de 8h à 12h, lorsqu'il suit un jour férié.

Cette rémunération est versée dans la limite d'une astreinte par secteur de permanence, ou par ensemble de secteurs mutualisés, et de 150€ par période de 12 heures.

Pour justifier du versement de la rémunération de l'astreinte, le médecin de permanence s'engage à être disponible et joignable par tous moyens afin de prendre en charge le patient dans les meilleurs délais. En particulier, il répond aux sollicitations de la régulation organisée par le SAMU dans le cadre de la permanence des soins.

Article 3

Participation de l'Assurance maladie au financement de majorations spécifiques

Lorsque le médecin inscrit sur le tableau de permanence ou appartenant à une association de permanence des soins et inscrit auprès du conseil départemental de l'Ordre intervient à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appel de l'association de permanence des soins, il bénéficie de majorations spécifiques.

Le montant de ces majorations est distinct selon que le médecin de permanence reçoit le patient à son cabinet ou s'il effectue une visite à domicile justifiée :

Remarque : il s'agit des tarifs en vigueur au 30 juin 2011

	Visite à domicile	Consultation
* Majoration spécifique de nuit 20 heures à 0 heures et de 6 heures à 8 heures ……..	46,00 €	42,50 €
* Majoration spécifique de milieu de nuit de 0 heure à 6 heures ……	55,00 €	51,50 €
Majoration spécifique de dimanche et jours fériés…….	30,00 €	26,50 €
Majoration spécifique de samedi, lundi veille de jour	30,00 €	26,50 €

férié et vendredi lendemain de jour férié ……...		

Ces majorations spécifiques sont également applicables par le médecin non inscrit au tableau de garde, qui intervient sur appel du médecin régulateur en remplacement du médecin de permanence indisponible.

Ces majorations spécifiques ne sont pas cumulables avec les majorations de nuit, de dimanche et jours fériés ni avec les majorations de déplacements – à l'exception des indemnités horokilométriques (IK) de l'article 13 (C) des conditions générales de la nomenclature générale des actes professionnels –, définies dans l'annexe tarifaire de la convention nationale.

Elles ne sont pas cumulables avec les rémunérations forfaitaires de régulation dans la même plage horaire.

Les interventions réalisées en dehors de ce cadre par les médecins libéraux donnent lieu à l'application et à la prise en charge par l'assurance maladie des majorations en vigueur, aux conditions habituelles.

Article 4

Dispense d'avance de frais pour les patients ayant recours au médecin de permanence

Dans le cadre d'une intervention du médecin d'astreinte suite à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appel de l'association de permanence des soins, le patient bénéficie de plein droit d'une dispense d'avance de frais.

Cette dispense d'avance de frais est réalisée sur la part des remboursements correspondant à la prise en charge des régimes d'assurance maladie obligatoire.

Article 5

La participation aux avantages sociaux

En application du 5° de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, les parties signataires conviennent que les forfaits et majorations visés aux articles 1 à 3 de la présente annexe sont inclus dans l'assiette de calcul de la participation des caisses aux cotisations sociales telle que définie que définie à l'article 73 et suivants de la présente convention.

ANNEXE XI

PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENTS DE SANTES PRIVES

DISPOSITIF TRANSITOIRE DANS L'ATTENTE DE LA MISE EN PLACE DU DISPOSITIF ISSU DE LA LOI HPST

Dans le cadre de la convention médicale de 2005, et conformément à la réglementation en vigueur, les partenaires conventionnels ont mis en place un dispositif de permanence des soins en établissements de santé privés.

Ce dispositif permet le financement de la participation des médecins libéraux conventionnés à la permanence des soins en établissements de santé privés dans certaines unités dans le cadre des contrats de pratiques professionnelles conclus selon des modèles type figurant ci après.

Seuls les médecins membres d'un réseau de professionnels de santé d'une unité pour laquelle un contrat de pratique professionnelle (CPP) conforme aux modèles type figurant ci-après avait été conclu avant le 1 avril 2010, date de disparition des URCAM, et qui était mentionné dans la liste des médecins du réseau annexée à ce CPP peuvent bénéficier des rémunérations prévues par ces contrats jusqu'à l'entrée en vigueur du futur dispositif de permanence de soins en établissements.

Aucun nouveau CPP ne peut être conclu et aucune nouvelle adhésion à un CPP conclu avant le 1 avril 2010 n'est possible.

Article 1er

Contrats de pratiques professionnelles des chirurgiens et anesthésistes réanimateurs, relatives à la permanence des urgences

Les chirurgiens et anesthésistes réanimateurs qui assurent la prise en charge des urgences au sein des établissements de santé mentionnés au d) de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale autorisés à faire fonctionner une unité ou un service d'urgence ou au sein d'un établissement autorisé à fonctionner un établissement relais conformément à l'ex-article R.712-69 du code de santé la publique peuvent adhérer à des contrats conformes au contrat type ci-dessous. Les médecins libéraux en établissement relais ne peuvent percevoir les rémunérations précédentes lorsqu'ils les perçoivent déjà au titre de leur intervention dans des établissements ayant reçu une autorisation d'urgence.

Contrat pour l'organisation des pratiques professionnelles relatives à la prise en charge des urgences

conclu entre

L'Union régionale des caisses d'assurance maladie de ...
ci-après appelé « l'union régionale des caisses d'assurance maladie »

d'une part

Et

Le réseau des chirurgiens et anesthésistes-réanimateurs exerçant dan le cadre de services d'urgence de l'établissement X dans le cadre de l'autorisation n° [UPATPOU, SAU, POSU] et dans le cadre d'un établissement autorisé à fonctionner en établissement relais conformément à l'ex-article R. 712-69 du code de la santé publique
ci-après appelé « le réseau »

d'autre part

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des urgences, les chirurgiens et anesthésistes-réanimateurs du réseau s'engagent à respecter le référentiel des pratiques professionnelles des urgences annexé au présent contrat.

Ce référentiel détermine notamment le nombre de professionnels du réseau devant, pour chaque période, assurer une présence sous la forme d'une astreinte opérationnelle de 12 heures assurée les nuits, week-ends et jours fériés.
Le réseau adresse à l'union régionale des caisses d'assurance maladie la liste des astreintes réalisées le mois précédent.

En contrepartie des engagements pris par le réseau, l'union régionale des caisses d'assurance maladie s'engage à verser une rémunération individuelle de 150€ par période d'astreinte opérationnelle de 12 heures assurée les nuits, week-ends et jours fériés.

Article 2

Contrats de pratiques professionnelles médecins urgentistes

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence des services d'urgence privés dans les Unités de Proximité d'Accueil, d'Orientation et de Traitement des Urgences (UPATOU), les médecins généralistes urgentistes qui assurent la prise en charge des urgences au sein de ces établissements de santé mentionnés à l'ex-article R. 712- 67 du code de santé publique, peuvent adhérer à des contrats conformes au contrat-type défini ci-après.

Contrat pour l'organisation des pratiques professionnelles relatives à la prise en charge des urgences dans les UPATOU

conclu entre

L'Union régionale des caisses d'assurance maladie de ...
ci-après appelée « l'union régionale des caisses d'assurance maladie »

d'une part

Et

Le réseau des médecins généralistes urgentistes exerçant dans le cadre de services d'urgence de l'établissement X dans le cadre de l'autorisation n° [UPATOU]
ci-après appelé « le réseau »

d'autre part

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des urgences, les médecins généralistes urgentistes du réseau s'engagent à respecter le référentiel des pratiques professionnelles des urgences annexé au présent contrat.

Ce référentiel détermine notamment le nombre de professionnels du réseau devant, pour chaque période, assurer une présence sous la forme d'une garde sur place la nuit de 20h à 8h.
Le réseau adresse à l'union régionale des caisses d'assurance maladie la liste des gardes réalisées le mois précédent.

En contrepartie des engagements pris par le réseau, l'union régionale des caisses d'assurance maladie s'engage à verser une rémunération forfaitaire individuelle de 228,68 € par période de garde sur place la nuit. Ce forfait ne se cumule pas avec les majorations de première partie de nuit (20h-0h).

Article 3

Contrats de pratiques professionnelles des gynécologues obstétriciens et anesthésistes réanimateurs, relatives à la prise en charge des accouchements dans les unités d'obstétrique pratiquant plus de 1500 accouchements

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des accouchements dans les unités d'obstétrique pratiquant plus de 1500 accouchements, les gynécologues obstétriciens et les anesthésistes réanimateurs exerçant dans une unité mentionnée à l'ex-article D. 712-75 du code de la santé publique peuvent adhérer à des contrats conformes aux contrats type définis ci-après. La rémunération à laquelle ouvrent droit ces contrats ne se

cumule pas avec la majoration forfaitaire pour sujétion particulière mentionnée dans l'arrêté du 27 décembre 2001.

Contrat pour l'organisation des pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des accouchements dans les unités d'obstétrique mentionnées à l'ex-article D. 712-75 du code de la santé publique et pratiquant plus de 1500 accouchements par an

conclu entre

L'Union régionale des caisses d'assurance maladie de ...
ci-après appelé « l'union régionale des caisses d'assurance maladie »
d'une part

Et

Le réseau des gynécologues obstétriciens exerçant dans le cadre de l'unité d'obstétrique de l'établissement X dans le cadre de l'autorisation n°
ci-après appelé « le réseau »

d'autre part

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des accouchements dans les unités d'obstétrique pratiquant plus de 1500 accouchements, les gynécologues obstétriciens s'engagent à respecter le référentiel des pratiques professionnelles annexé au présent contrat.

Ce référentiel détermine notamment le nombre de gynécologues obstétriciens devant assurer, en application du 18ème alinéa de l'ex-article D. 712-84 du code de la santé publique, une présence sous la forme d'une garde sur place la nuit (de 20h à 8h), les dimanches ou les jours fériés (de 8h à 20h).
Le réseau adresse à l'union régionale des caisses d'assurance maladie la liste des gardes réalisées le mois précédent.

En contrepartie des engagements pris par le réseau, l'union régionale des caisses d'assurance maladie s'engage à verser une rémunération individuelle de 228,68€ par période de garde assurée.

Contrat pour l'organisation des pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des accouchements dans les unités d'obstétrique mentionnées à l'ex-article D. 712-75 du code de la santé publique et pratiquant plus de 1500 accouchements par an

conclu entre

L'Union régionale des caisses d'assurance maladie de ...
ci-après appelé « l'union régionale des caisses d'assurance maladie »

d'une part

Et

Le réseau des anesthésistes réanimateurs exerçant dans le cadre de l'unité d'obstétrique de l'établissement X dans le cadre de l'autorisation n°
ci-après appelé « le réseau »

d'autre part

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des accouchements dans les unités d'obstétrique pratiquant plus de 1500 accouchements, les anesthésistes réanimateurs s'engagent à respecter le référentiel des pratiques professionnelles annexé au présent contrat.

Ce référentiel détermine notamment le nombre d'anesthésistes réanimateurs devant assurer, en application du 19ème alinéa de l'ex-article D. 712-84 code de la santé publique, une présence sous la forme d'une garde sur place la nuit (de 20h à 8h), les dimanches ou les jours fériés (de 8h à 20h).
Le réseau adresse à l'union régionale des caisses d'assurance maladie la liste des gardes réalisées le mois précédent.

En contrepartie des engagements pris par le réseau, l'union régionale des caisses d'assurance maladie s'engage à verser une rémunération individuelle de 228,68€ par période de garde assurée.

Article 4

Contrats de pratiques professionnelles des pédiatres, relatives à la permanence de la surveillance et de la prise en charge des soins spécialisés de certains nouveaux nés

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la surveillance et de la prise en charge des soins spécialisés des nouveaux nés à risque et de ceux dont l'état s'est dégradé après la naissance ou présente des détresses graves ou des risques vitaux, les pédiatres exerçant dans les unités mentionnées à l'ex-article D. 712-90, sous réserve de pratiquer les soins

intensifs de néonatologie, et à l'ex-article D. 712-98 du code de la santé publique peuvent adhérer à des contrats conformes au contrat type défini ci-après. La rémunération à laquelle ouvrent droit ces contrats ne se cumule pas avec la majoration forfaitaire pour sujétion particulière mentionnée dans l'arrêté du 27 décembre 2001.

Contrat pour l'organisation des pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des soins en unités de réanimation néonatale mentionnée à l'ex-article D. 712-98 du code de la santé publique et dans les unités de néonatologie pratiquant les soins intensifs de néonatologie mentionnée à l'ex-article D. 712-90 du code de la santé publique

conclu entre

L'Union régionale des caisses d'assurance maladie de ...
ci-après appelé « l'union régionale des caisses d'assurance maladie »

d'une part

Et

Le réseau des pédiatres exerçant dans le cadre de l'unité de réanimation néonatale de l'établissement X dans le cadre de l'autorisation n° ou de l'unité de néonatologie pratiquant des soins intensifs de néonatologie dans le cadre de l'autorisation n°
ci-après appelé « le réseau »

d'autre part

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la surveillance et de la prise en charge des soins spécialisés des nouveaux nés à risque et de ceux dont l'état s'est dégradé après la naissance ou présente des détresses graves ou des risques vitaux, les pédiatres s'engagent à respecter le référentiel des pratiques professionnelles annexé au présent contrat.

Ce référentiel détermine notamment le nombre de pédiatres devant assurer, en application de l'ex-article D. 712-96 ou du 1° de l'ex-article D. 712-101 du code de la santé publique, une présence sous la forme d'une garde sur place la nuit de 20h à 8h, les dimanches ou les jours fériés de 8h à 20h.
Le réseau adresse à l'union régionale des caisses d'assurance maladie la liste des gardes réalisées le mois précédent.

En contrepartie des engagements pris par le réseau, l'union régionale des caisses d'assurance maladie s'engage à verser une rémunération individuelle de 228,68€ par période de garde assurée.

Article 5

Contrats de pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge de patients présentant plusieurs défaillances viscérales mettant en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge de patients présentant plusieurs défaillances viscérales mettant en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance, les médecins spécialistes mentionnés à l'ex-article D. 712-108 du code de la santé publique exerçant dans une unité mentionnée à l'ex-article D. 712-106 du même code peuvent adhérer à des contrats conformes au contrat type ci-après.

Contrat pour l'organisation des pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des soins en unités de réanimation prévue à l'ex-article D. 712-106 du code de la santé publique

conclu entre

L'Union régionale des caisses d'assurance maladie de ...
ci-après appelé « l'union régionale des caisses d'assurance maladie »

d'une part

Et

Le réseau des médecins spécialistes disposant d'une qualification en réanimation médicale exerçant dans le cadre de l'unité de réanimation de l'établissement X dans le cadre de l'autorisation n°
ci-après appelé « le réseau »

d'autre part

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge de patients présentant plusieurs défaillances viscérales mettant en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance, les médecins spécialistes mentionnés à l'ex-article D. 712-108 du code de la santé publique s'engagent à respecter le référentiel des pratiques professionnelles annexé au présent contrat.

Ce référentiel détermine notamment le nombre de médecins spécialistes concernés devant assurer, en application de l'ex-article D. 712-106 du code de la santé publique, une présence sous la forme d'une garde la nuit (de 20h à 8h), les dimanches ou les jours fériés (de 8h à 20h).
Le réseau adresse à l'union régionale des caisses d'assurance maladie la liste des gardes réalisées le mois précédent.

En contrepartie des engagements pris par le réseau, l'union régionale des caisses d'assurance maladie s'engage à verser une rémunération individuelle de 228,68€ par période de garde assurée.

Article 6

Contrats de pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des soins intensifs cardiologiques

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des soins intensifs cardiologiques, prévue à l'ex-article D. 712-117 du code de la santé publique, les médecins exerçant dans les unités mentionnées à l'ex-article D. 712-115 du même code peuvent adhérer à des contrats conformes au contrat type défini ci-après.

Contrat pour l'organisation des pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des soins en unités de soins intensifs cardiologiques prévue à l'ex-article D. 712-117 du code de la santé publique

conclu entre

L'Union régionale des caisses d'assurance maladie de ...
ci-après appelé « l'union régionale des caisses d'assurance maladie »

d'une part

Et

Le réseau des médecins spécialistes mentionnés à l'ex-article D. 712-19 du code de la santé publique exerçant dans le cadre de l'unité de soins intensifs cardiologiques de l'établissement X dans le cadre de l'autorisation n°
ci-après appelé « le réseau »

d'autre part

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des soins intensifs cardiologiques, les médecins spécialistes mentionnés à l'ex-article D. 712-119 du code de la santé publique s'engagent à respecter le référentiel des pratiques professionnelles annexé au présent contrat.

Ce référentiel détermine notamment le nombre de médecins spécialistes concernés devant assurer, en application de l'ex-article D. 712-117 du code de la santé publique, une présence sous la forme d'une garde la nuit (de 20h à 8h), les dimanches ou les jours fériés (de 8h à 20h).
Le réseau adresse à l'union régionale des caisses d'assurance maladie la liste des gardes réalisées le mois précédent.

En contrepartie des engagements pris par le réseau, l'union régionale des caisses d'assurance maladie s'engage à verser une rémunération individuelle de 228,68€ par période de garde assurée.

ANNEXE XII

MAJORATIONS D'ACTES SPECIFIQUES A LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES

Les majorations d'actes spécifiques applicables aux actes réalisés par les médecins libéraux dans le cadre du dispositif régulé de permanence des soins ambulatoires prévues à l'article 4.1 de la présente convention sont les suivantes :

	Visite à domicile	Consultation
Majoration spécifique de nuit 20 heures à 0 heures et de 6 heures à 8 heures……	46,00 €	42,50 €
Majoration spécifique de milieu de nuit de 0 heure à 6 heures ……..	59,50 €	51,50 €
Majoration spécifique de dimanche et jours fériés…….	30,00 €	26,50 €
Majoration spécifique de samedi, lundi veille de jour férié et vendredi lendemain de jour férié ……...	30,00 €	26,50 €

Ces majorations spécifiques sont également applicables par le médecin non inscrit au tableau de garde, qui intervient sur appel du médecin régulateur en remplacement du médecin de permanence indisponible.

Ces majorations spécifiques ne sont pas cumulables avec les majorations de nuit, de dimanche et jours fériés ni avec les majorations de déplacements – à l'exception des indemnités horokilométriques (IK) de l'article 13 (C) des conditions générales de la nomenclature générale des actes professionnels –, définies dans l'annexe tarifaire de la présente convention.

Elles ne sont pas cumulables avec les rémunérations forfaitaires de régulation, définies réglementairement, dans la même plage horaire.

Les interventions réalisées en dehors de ce cadre par les médecins libéraux donnent lieu à l'application et à la prise en charge par l'assurance maladie des majorations en vigueur, aux conditions habituelles.

ANNEXE XIII

REMUNERATION DU MEDECIN TRAITANT POUR LE SUIVI DES PATIENTS EN ALD

Pour ses patients atteints d'une affection de longue durée qui l'ont choisi en tant que tel, le médecin traitant bénéficie en effet d'une rémunération spécifique afin de prendre plus particulièrement en compte le besoin de coordination médicale que nécessite la pathologie concernée. Cette rémunération intègre également la rédaction et l'actualisation du protocole de soins en liaison avec le médecin correspondant.

Le montant de cette rémunération spécifique est de 40 € par an et par patient atteint d'une affection de longue durée au sens des 3° et 4° de l'article L 322-3 du code de la sécurité sociale.

Le paiement de cette rémunération spécifique au médecin s'effectue à trimestre à échoir, pour les patients qui ont choisi et déclaré leur médecin traitant le trimestre précédent, et dont la date anniversaire d'entrée dans l'ALD se situe au cours du trimestre de versement. La rémunération est versée dans les 45 jours qui suivent la fin du trimestre concerné. En cas d'incident de paiement, la Caisse prévient les praticiens dès qu'elle a connaissance de l'incident et au plus tard à la date limite de règlement. Cette information indique un délai de règlement prévisionnel. Dans le cas ou la Caisse n'est pas en mesure d'assurer le paiement des forfaits à la date prévue et sauf les cas de force majeure, le praticien peut demander le versement d'une avance dont le montant est calculé sur la base de 80% du montant versé pour la même période l'année précédente. Cette avance est versée dans 15 jours qui suivent la demande.

ANNEXE XIV

MAJORATIONS DE COORDINATION ET AUTRES MAJORATIONS

Le médecin correspondant adhérant à la présente convention et appliquant les tarifs opposables, qui reçoit le patient pour des soins itératifs et procède à un retour d'information au médecin traitant, bénéficie d'une majoration de coordination applicable à la consultation.

Les valeurs de la majoration de coordination et des majorations dédiées sont les suivantes.

Remarque : il s'agit des tarifs en vigueur au 30 juin 2011

Article 1er

Majoration de coordination pour les médecins généralistes et spécialistes

Le médecin généraliste correspondant cote la majoration de coordination généraliste (MCG).

La valeur de la MCG est fixée à 3 €.

Le médecin spécialiste correspondant cote la majoration de coordination spécialiste (MCS).

La valeur de la MCS est fixée à 3 €.

Pour les psychiatres, neuropsychiatres et neurologues, la valeur de la MCS est fixée à 4 €.

Article 2

Dispositions spécifiques aux cardiologues

Les cardiologues peuvent coter une majoration (MCC) applicable à la CSC réalisée dans les conditions définies par l'article 15-1 des dispositions générales de la NGAP.

La MCC peut être facturée par les médecins cardiologues exerçant à Mayotte.

Cette majoration peut être cotée dans les mêmes conditions pour les consultations réalisées auprès de patients de moins de 16 ans.

Le montant de la MCC est fixé à 3,27 €.

Article 3

Dispositions spécifiques aux médecins spécialistes en cas d'urgence

En cas d'urgence médicalement justifiée, le médecin spécialiste conventionné en secteur à honoraires opposables ou ayant adhéré à l'option de coordination ou au secteur optionnel, dans la

mesure où il ne bénéficie pas de la majoration pour soins d'urgence (modificateur « M ») réservée au généraliste et au pédiatre et de la majoration d'urgence (« MU ») réservée au médecin généraliste, prévues au Livre 3ème « dispositions diverses » articles III-2 et III-4 de la CCAM, peut facturer la majoration de coordination « MCS », applicable à la consultation ou à la visite dans les conditions précisées au présent article.

Le médecin spécialiste procède à un retour d'information auprès du médecin traitant.

Le pédiatre cotant le modificateur « M » ne peut pas prétendre à la MCS pour les patients de 16 à 18 ans.

ANNEXE XV

DISPOSITIF DE PREVENTION BUCCO DENTAIRE

Conformément aux dispositions du titre 2 sur la prévention bucco-dentaire, les modalités de participation des médecins stomatologistes au dispositif sont définies dans les conditions suivantes.

Article 1er

Parties concernées

1.1. Les bénéficiaires

Le dispositif de prévention s'adresse aux enfants ou adolescents âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans, ayants droit ou assurés sociaux et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'Assurance Maladie.

1.2. Les médecins stomatologistes

Les médecins stomatologistes relevant des dispositions de la convention nationale des médecins libéraux participent à l'action de prévention.

Article 2

Contenu du dispositif

Les jeunes de 6, 9, 12, 15 et 18 ans bénéficient d'un examen de prévention et des soins consécutifs éventuellement préconisés lors de cet examen.

2.1. Le contenu de l'examen de prévention

L'examen comprend obligatoirement :

- une anamnèse,
- un examen bucco-dentaire,
- des éléments d'éducation sanitaire : sensibilisation à la santé bucco-dentaire (hygiène bucco-dentaire, enseignement du brossage dentaire…), recommandations d'hygiène alimentaire.

L'examen est complété, si nécessaire, par :

- des radiographies intrabuccales,
- l'établissement d'un programme de soins.

Dans le cas où il n'y a qu'un acte à réaliser, celui-ci peut être exécuté au cours de la même séance que l'examen de prévention. Il ne peut y avoir au cours d'une même séance, facturation d'une consultation et d'un examen de prévention.

2.2. Les soins consécutifs à l'examen de prévention

Entrent dans le champ du dispositif, les seuls actes correspondant à des soins conservateurs, chirurgicaux et des actes radiographiques, cotés respectivement par les lettres- clés SCM, KC, Z de la NGAP.

Les traitements orthodontiques et prothétiques sont exclus de ce dispositif.

2.3. Les tarifs d'honoraires du dispositif de prévention

Remarque : il s'agit des tarifs en vigueur au 30 juin 2011

Les tarifs ne peuvent pas faire l'objet de dépassements d'honoraires.

- La rémunération de l'examen systématique annuel de prévention pour les jeunes âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans est fixée initialement à 25 euros. Elle est versée directement par la caisse d'Assurance Maladie au médecin stomatologiste.

- Cet examen peut être complété (si nécessaire) par une prise de radiographie(s) intra buccale(s) rémunérées sur la base d'un forfait, quelle que soit la technique utilisée, de la façon suivante :
  - pour la réalisation de un ou deux clichés : 11 euros ;
  - pour la réalisation de trois ou quatre clichés : 22 euros.

Article 3

Modalités pratiques

Dans le mois qui précède la date d'anniversaire de l'assuré ou de l'ayant droit, la caisse d'Assurance Maladie dont il relève lui envoie l'imprimé unique de prise en charge pré identifié accompagné d'un courrier d'invitation à l'examen de prévention, personnalisé en fonction de l'âge.

Le courrier d'invitation peut être adressé en son nom propre si l'adolescent est lui-même l'assuré ou à ses parents si l'adolescent est à leur charge.

Les soins de prévention bucco-dentaire peuvent être réalisés en accès spécifique. Pour bénéficier des avantages du dispositif, l'enfant ou l'adolescent consulte le médecin stomatologiste de son choix, ou

du choix de ses parents, dans les 6 mois qui suivent la date d'anniversaire. Il présente alors au praticien l'imprimé de prise en charge, pré identifié à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

Après la réalisation de cet examen, le médecin stomatologiste complète la partie supérieure de l'imprimé de prise en charge et l'adresse à l'organisme d'affiliation de l'assuré pour pouvoir être réglé du montant de l'examen réalisé. La partie inférieure "renseignements médicaux" est à conserver par le médecin stomatologiste dans le dossier du patient. Pour ce qui concerne les enfants de 6 et 12 ans, ces renseignements sont également portés par le médecin stomatologiste dans le carnet de santé.

Pour bénéficier d'une prise en charge à 100 %, le programme de soins établi, le cas échéant, lors de l'examen, doit être commencé dans les 3 mois qui suivent cet examen et s'achever dans les 6 mois suivant la date de début des soins.

La procédure de dispense d'avance des frais s'applique à l'examen de prévention pour toutes les tranches d'âge, ainsi qu'aux soins consécutifs pour les 6 et 12 ans (article L. 2132-2-1 du code de la santé publique).

Article 4

Engagements des parties

4.1. Les engagements du médecin stomatologiste

Le médecin stomatologiste s'engage à :

- respecter les clauses du présent texte et à faire bénéficier ses patients des tarifs conventionnels comme prévu à la présente convention en s'interdisant l'usage des dépassements d'honoraires visés par la convention,

- permettre au patient d'accéder à l'ensemble des avantages prévus dans le dispositif,

- informer son patient et son représentant légal, s'il est présent, de l'état bucco-dentaire constaté et, le cas échéant, du nombre de dents à traiter et de la nature des soins à engager, tout en précisant les priorités,

- accompagner sa démarche de conseils d'hygiène et de prévention en soulignant l'intérêt d'un traitement précoce, d'un suivi régulier et de la continuité des soins,

- participer à l'évaluation du dispositif en :
  - conservant dans le dossier médical du patient les "renseignements médicaux" relatifs à l'examen de prévention et au programme de soins éventuels ;
  - transmettant ces renseignements au service médical à sa demande ;
  - répondant à toute enquête ou recueil d'informations réalisés sur la base des modalités définies dans le cadre de la convention dentaire,
  - répondant aux modalités de suivi indiquées ci-après,

- participer à la campagne de prévention bucco-dentaire.

4.2. Les engagements de l'UNCAM

L'UNCAM s'engage à :

- faire bénéficier les patients concernés par le dispositif de la procédure de dispense d'avance des frais pour l'examen de prévention annuel et son complément radiologique éventuel;
- honorer directement l'examen annuel de prévention et son complément radiologique éventuel aux médecins stomatologistes;
- mettre en place une gestion active des bénéficiaires du dispositif de manière à les suivre au plus près et à les inciter à y participer;
- accompagner la mise en œuvre du dispositif de prévention de campagnes d'information destinées aux assurés, aux bénéficiaires potentiels et aux médecins stomatologistes;
- restituer aux médecins stomatologistes dans le cadre des commissions paritaires locales les informations et analyses pertinentes résultant des évaluations,
- émettre l'ordre de virement de la facturation dans un délai maximum de 15 jours à compter de la réception du support de facturation dûment complété;
- en cas de support électronique, ce délai est ramené à 5 jours.

Article 5

Evaluation du dispositif

5.1. Les dispositions générales

Les Parties Signataires considèrent que la procédure d'évaluation doit être réalisée dans trois domaines : médical, économique et social.

L'ensemble des acteurs étant amené à participer à cette évaluation dans ses trois composantes, les praticiens s'engagent en conséquence à répondre le plus efficacement possible à toute sollicitation des caisses ou des tiers habilités afin de faciliter cette démarche. En contrepartie, les caisses d'Assurance Maladie conviennent de mettre à disposition des médecins stomatologistes concernés les éléments analytiques d'évaluation du dispositif de prévention.

5.2. Le contenu des volets de l'évaluation

Les Parties Signataires doivent recueillir les éléments principaux permettant de répondre aux objectifs suivants :

1. domaine médical

- nombre d'enfants ayant un besoin de soins / nombre total de bénéficiaires ayant eu un examen de prévention,

- nombre de programmes de soins réalisés / nombre de programme de soins proposés,
- analyse du type d'actes prodigués au cours de l'examen de prévention,
- analyse de l'indice CAO.

2. domaine économique
- suivi de l'indice CAO,
- suivi du volume d'actes de soins conservateurs par cotation et par tranche d'âge.

3. domaine social
- impact de la mise en œuvre du dispositif sur l'activité des stomatologistes,
- impact de la mise en œuvre du dispositif sur le comportement des bénéficiaires (recours aux soins ou recours à l'examen par exemple), par tranche d'âge et par cible,
- enquête de satisfaction auprès des stomatologistes,
- enquête de satisfaction auprès des bénéficiaires et des assurés.

5.3. La formalisation de l'évaluation

La méthode utilisée et les critères retenus pour l'évaluation dans ses 3 composantes seront déterminés, en conformité avec le dispositif prévu pour les chirurgiens-dentistes.

ANNEXE XVI

FORMATION PROFESSIONNELLE CONVENTIONNELLE

Remarque préliminaire

Les agréments des organismes et actions de formation professionnelle conventionnelle (FPC) et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), prononcés par le CPN-FPC au titre de la campagne 2011 et notifiés par l'organisme gestionnaire conventionnel (OGC) défini l'article L. 162-5-12 du code de la sécurité sociale à la date d'entrée en vigueur de la présente convention sont maintenus.

Les instances assurant la gestion de la formation continue conventionnelle sont associées de manière transitoire à la mise en place du dispositif de DPC durant la période d'installation des nouvelles instances devant assurer l'organisation dudit DPC. L'OGC est préfigurateur de l'organisme gestionnaire du DPC (OGDPC).

A compter de la date d'entrée en vigueur du dispositif de DPC prévu par les textes réglementaires, les dispositions relatives à la FPC cessent de s'appliquer.
Néanmoins les partenaires conventionnels souhaitant dans le cadre du futur DPC continuer à proposer une politique d'accompagnement des médecins libéraux, pourront fixer des orientations de DPC concernant la qualité de l'organisation des soins et la mise en œuvre des actions prévues dans la présente convention notamment celles concernant l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. De même devront être prises en compte les priorités de santé publique et de maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Dans le respect du cadre réglementaire organisant le DPC, elles souhaitent engager une réflexion visant à proposer des orientations relatives notamment à la valorisation de la qualité des pratiques médicales en cohérence avec les engagements de la présente convention.

La présente annexe fixe les modalités pratiques relatives à la formation professionnelle conventionnelle applicables jusqu'à la mise en place du DPC.

Article 1er

La finalité de la Formation Professionnelle conventionnelle

Le dispositif de FPC accompagne les orientations de la convention et notamment les objectifs sur la valorisation de la qualité des pratiques médicales et l'efficience de la prise en charge.

Il permet aux médecins d'adapter leur pratique à un exercice actualisé de la médecine et concourt ainsi à la qualité des soins et à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Il propose aux médecins libéraux conventionnés trois types d'actions de formation :

- des actions visant spécifiquement les médecins généralistes ;
- des actions visant spécifiquement les médecins spécialistes ;
- des actions rassemblant des médecins généralistes et des médecins spécialistes.

Les orientations de la formation professionnelle conventionnelle des médecins libéraux sont définies par la Commission Paritaire Nationale et portent notamment sur :

- l'approfondissement d'une démarche qualité axée sur la « médecine fondée sur les faits probants » ;
- le développement de l'évaluation des pratiques en concertation avec la Haute Autorité de Santé ;
- l'amélioration de la pratique médicale sur les priorités conventionnelles ;
- l'accompagnement des médecins dans leurs missions de soins, dans le respect des objectifs prioritaires de santé publique définis par les pouvoirs publics et les partenaires conventionnels ;
- les questions relatives à l'organisation du système de soins ;
- l'économie de la santé et la prise en compte des conséquences économiques de la pratique médicale ;
- l'informatique médicale.

Article 2

Les Instances de la FPC

La CPN installe un comité paritaire national de formation professionnelle conventionnelle qui aura vocation à perdurer dès que les décrets relatifs au DPC seront publiés pour fixer les orientations citées en préambule de cette annexe et un conseil scientifique de la formation professionnelle conventionnelle auquel se substituera la commission scientifique indépendante.

2.1. Comité Paritaire National de Formation Professionnelle Conventionnelle

2.1.1. Composition

Le CPN FPC est composé de 24 membres titulaires, dont :

Section professionnelle : 12 membres (6 médecins généralistes et 6 médecins spécialistes) désignés dans les conditions définies pour la désignation des membres de la CPN;

Section sociale : 12 représentants de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie signataire de la convention avec :

- Pour le Régime général : 3 administratifs, 1 conseillers, 4 médecins conseils.
- Pour le Régime agricole : 2 représentants.
- Pour le Régime social des indépendants : 2 représentants.

Pour chaque titulaire, un suppléant est également nommé.

Le président du Conseil scientifique de la FPC, le président de l'organisme gestionnaire conventionnel, et un membre désigné par la Haute Autorité de Santé participent aux réunions du CPN-FPC avec voix consultative.

2.1.2. Missions

Sous l'égide de la CPN, le CPN-FPC est chargé de mettre en oeuvre le dispositif de FPC.

En collaboration avec l'organisme gestionnaire conventionnel et le conseil scientifique :

- il arrête chaque année les thèmes de formation, qui doivent être en rapport avec les thèmes conventionnels et avec les objectifs de la loi de santé publique ;
- il prépare les appels à projet vers les organismes de formation ;
- il rédige les cahiers des charges ;
- il définit les critères d'agrément des organismes et des actions de formation ;
- il agréé les organismes et les actions de formation après avis du conseil scientifique ;
- il évalue le dispositif mis en place.

2.2. Conseil Scientifique de la Formation Professionnelle Conventionnelle

2.2.1. Composition

Le Conseil scientifique de la Formation Professionnelle Conventionnelle est le conseiller scientifique et pédagogique du CPN-FPC.

Ce conseil est constitué de 18 médecins experts permanents, choisis par le CPN-FPC sur des listes pour leur compétence en matière de formation médicale, dont :

- 3 médecins généralistes et 3 médecins spécialistes proposés par l'ensemble des sociétés savantes,
- 3 médecins généralistes et 3 médecins spécialistes proposés par les Médecins Conseils Nationaux de l'UNCAM,

- 6 représentants de l'Université, dont 3 médecins généralistes et 3 médecins spécialistes, comprenant pour moitié des doyens des Universités de médecine et pour moitié des enseignants désignés par la Conférence des Doyens

Un membre désigné par la Haute Autorité de Santé, siégeant avec voix consultative.

Les experts permanents peuvent faire appel à des experts correspondants, figurant sur une liste nationale entérinée par le CPN FPC. Ces experts sont nommés selon les mêmes modalités que les experts permanents : un tiers de médecins désignés par l'ensemble des sociétés savantes, un tiers par les Médecins Conseils Nationaux de l'UNCAM, un tiers par les représentants de l'Université.

Le Conseil Scientifique met en place des groupes de travail qu'il juge nécessaires, en particulier pour traiter des formations spécifiques aux médecins généralistes, des formations spécifiques aux médecins spécialistes, et des formations mixtes.

En cas de vacance d'un poste, il est procédé au remplacement.

Le secrétariat du Conseil est tenu par l'Organisme gestionnaire conventionnel

2.2.2. Missions

Le conseil scientifique procède à la validation scientifique et pédagogique des projets de formation nationaux et régionaux, sur la base des critères qu'il a définis et soumis pour approbation au CPN FPC. Les validations scientifiques peuvent être pluriannuelles. Il transmet au CPN FPC les résultats de la validation dans le respect du calendrier arrêté par ce dernier. Ces résultats s'imposent au CPN FPC qui ne peut agréer que les actions de formation ayant été validées sur le plan scientifique et pédagogique par le conseil scientifique.

Le conseil scientifique participe au dispositif d'évaluation dans les conditions prévues infra.

Chacune des missions du conseil scientifique est reprise de manière détaillée dans une lettre de mission rédigée par le CPN FPC.

Le CPNFPC est habilité à l'agrément des organismes souhaitant répondre aux appels d'offre, il peut demander son avis à la CPN et au conseil scientifique.

Article 3

La Composition du conseil de gestion de l'organisme gestionnaire conventionnel

En application des articles L. 162-5-12 et D. 162-1-2 du code de la sécurité sociale, le conseil de gestion, de l'organisme gestionnaire conventionnel comprend en nombre égal des représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et des représentants des organisations syndicales de médecins signataires de la convention.

3.1. Composition

Le conseil de gestion est composé de 24 membres titulaires, dont :

Pour la section professionnelle : 12 représentants des syndicats médicaux signataires de la convention (6 médecins généralistes et 6 médecins spécialistes).

Les sièges sont répartis dans les conditions définies pour la désignation des membres de la CPN.

Pour la section sociale : 12 représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie signataire de la convention avec :

Pour le Régime général : 10 représentants ;

Pour le Régime agricole : 1 représentant ;

Pour le Régime social des indépendants : 1 représentant.

Un nombre identique de suppléants est désigné.

3.2. Missions de l'OGC

Les missions de l'organisme gestionnaire conventionnel sont décrites aux articles L. 162-5-12 et D. 162-1-1 du code de la sécurité sociale.

En particulier, l'organisme gestionnaire conventionnel assure le lancement et la gestion des appels d'offres et transmet, après les avoir enregistrés, les projets présentés par les organismes de formation au conseil scientifique de la FPC chargé de la validation scientifique et pédagogique.

A la parution des décrets DPC, les missions de l'OGC seront assurées par l'OGDPC. Le CPN FPC pourra proposer des orientations à la CSI et à l'OGC DPC

Article 4

Modalités d'évaluation de la formation professionnelle conventionnelle

4.1. Bilan du programme annuel de formation

Dans le cadre de son rapport annuel d'activité, l'organisme gestionnaire conventionnel réalise un bilan du programme annuel de formation permettant aux parties signataires d'apprécier notamment le coût et les conditions de réalisation matérielle des actions organisées et de disposer d'éléments relatifs à la nature des formations dispensées et aux médecins formés.

L'OGC transmet le bilan du programme annuel de formation au CPN FPC.

4.2. Evaluation pédagogique et scientifique des actions

Le conseil scientifique est chargé de l'évaluation pédagogique et scientifique des actions dispensées dans le cadre du programme annuel de formation.

Le conseil scientifique apprécie notamment si les organismes de formation ont satisfait aux obligations d'évaluation telles que définies dans les cahiers des charges.

Les résultats de ces évaluations font l'objet d'un rapport annuel d'activité réalisé par le conseil scientifique et transmis au CPN FPC.

4.3. Utilisation du bilan annuel et de l'évaluation des actions

Au vu des résultats du bilan du programme annuel de formation et des évaluations scientifiques et pédagogiques des actions, le CPN FPC met en oeuvre toutes mesures destinées à améliorer la qualité et l'efficience de la formation professionnelle conventionnelle.

4.4. Evaluation de l'impact de la formation réalisée dans le cadre conventionnel sur la pratique médicale

Les parties signataires engagent des actions d'évaluation de l'impact de la formation sur la pratique médicale qu'elles peuvent confier, après en avoir défini les modalités, à toute instance jugée compétente, et notamment aux commissions paritaires régionales et locales.

Il fixe le rôle du conseil scientifique par une lettre de mission.

Article 5

Les financements

Chaque année, au plus tard le 15 septembre, le montant de la contribution affectée à la FPC pour l'année suivante est fixé par la CPN sur proposition du CPN-FPC, sous réserve de disposer sur le

Fonds des actions conventionnelles visé à l'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale de crédits suffisants.

La contribution annuelle affectée à la formation professionnelle conventionnelle couvre :

- les frais de structure de l'OGC ;

- les indemnisations des membres du conseil scientifique de la FPC ;

- le financement des actions de FPC agréées.

Conformément à l'article L. 162-5-12 du code de la sécurité sociale, cette contribution est versée à l'OGC suivant les modalités précisées par la convention de financement entre l'OGC et l'UNCAM.

Les parties signataires réunies en CPN-FPC affectent chaque année le montant de la contribution aux actions de formation professionnelle conventionnelle concernant les médecins libéraux, en déterminant la répartition de la contribution entre médecins généralistes et médecins spécialistes,.

Il est prévu un financement spécifique pour la formation à la vie conventionnelle.

Article 6

Indemnisation pour perte de ressources du médecin formé dans le cadre du dispositif de FPC

L'UNCAM s'engage à favoriser la participation des médecins libéraux conventionnés aux actions de formation professionnelle conventionnelle, en permettant le versement à leur profit d'une indemnité compensant la perte de ressources occasionnée par le temps passé en formation.

Chaque année, au plus tard le 15 septembre, le montant de la dotation affectée à l'indemnisation des médecins pour l'année suivante (prévue par l'article L. 162-5 (14°) du code de la sécurité sociale) est fixé par la CPN sur proposition du CPN FPC, sous réserve de disposer sur le fonds des actions conventionnelles visé à l'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale de crédits suffisants.

Conformément à l'article L. 162-5-12 du code de la sécurité sociale, cette dotation est versée à l'OGC suivant les modalités précisées par la convention de financement entre l'OGC et l'UNCAM.

6.1. Champ d'application

Au titre de leur participation à une formation agréée FPC, les médecins peuvent prétendre au versement d'une indemnité quotidienne (hors dimanches et jours fériés) pour perte de ressources, sous réserve de remplir les conditions cumulatives suivantes :

- exercer sous le régime de la présente convention nationale ;
- suivre intégralement une action de formation agréée dans les conditions définies par la présente convention, et d'une durée :

- soit égale à une journée entière, entendue comme 7 heures de formation effective hors temps de pause et de repas ;
- soit au moins égale à deux journées entières consécutives ;
- soit au moins égale à trois journées entières consécutives ou non, pour un cursus de formation selon les modalités du cahier des charges défini par le CPN FPC.

L'indemnisation concerne également les médecins libéraux conventionnés intervenant en tant que formateurs (organisateurs, animateurs, experts) sur toute la durée du séminaire. Les médecins libéraux intervenant au titre d'experts à une formation agréée FPC sont indemnisés au prorata de leur temps d'intervention, sans que cette durée ne soit inférieure à une demi-journée de temps de présence effectif.

6.2. Montant de l'indemnité pour perte de ressources

Le montant de l'indemnité quotidienne pour perte de ressources est fixé à quinze fois la valeur de la consultation de base du médecin (C ou CS pour les médecins généralistes, CS pour les médecins spécialistes).

Le montant total de l'indemnisation versée à un médecin ne peut excéder huit journées par an.

6.3. Modalités de versement de l'indemnité de formation

Les indemnités pour perte de ressources sont versées par l'OGC à chaque médecin au vu d'un justificatif, émis en double exemplaire par l'organisme de formation, et comportant les informations suivantes :

- l'identification du praticien ;
- le thème, les lieu et dates de l'action et l'attestation de son agrément dans les conditions visées ci-dessus ;
- la durée de l'action ;
- l'attestation de la participation effective du médecin à l'action de formation.

Le médecin participant adresse à l'OGC un exemplaire du justificatif et conserve l'autre.

ANNEXE XVII

REMUNERATION SUR OBJECTIFS DE SANTE PUBLIQUE

Article 1er

Modalités de déclenchement des indicateurs d'organisation du cabinet et de qualité de service

Chaque indicateur est ensuite mesuré indépendamment des autres et ne tient pas compte de la taille de la patientèle, à l'exception de l'indicateur « synthèse annuelle ».

La rémunération est calculée pour chaque indicateur.

La mesure de l'indicateur est effectuée sur la base d'un justificatif pour les 4 premiers indicateurs et de la mise à disposition d'une synthèse annuelle par patient pour le dernier.

L'indicateur d'élaboration et de mise à disposition d'une synthèse annuelle par le médecin traitant pour ses patients est pondéré en fonction de la patientèle réelle du médecin traitant.

En cas de besoin, les éléments justificatifs des données déclaratives sont mis à la disposition des praticiens conseils de l'assurance maladie.

L'ensemble des indicateurs du socle organisation et qualité de service est déclenché selon les conditions préalables suivantes :

- disposer d'un équipement permettant la télétransmission des feuilles de soins conforme à la dernière version du cahier des charges publiée par le GIE SESAM-Vitale. La télétransmission de feuilles de soins électroniques conformes à ce cahier des charges atteste de la conformité de l'équipement ;

- atteindre un taux prédéterminé de télétransmission en FSE supérieur ou égal à 2/3.

Pour le calcul de ce taux de télétransmission, sont exclus du champ les actes facturés pour les bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat, pour les nourrissons de moins de trois mois, les prestations de soins effectuées dans leur totalité hors présence du patient, et les actes facturés via la facturation électronique des établissements de santé sur bordereau CERFA S3404.

Article 2

Mesure de la progression et de l'atteinte des objectifs pour les indicateurs portant sur la qualité des pratiques

La rémunération complémentaire, valorisant l'engagement des médecins sur des objectifs de santé publique et d'efficience, tient compte de la progression et de l'atteinte des objectifs du dispositif.

Pour chaque indicateur sont définis un niveau initial, un objectif intermédiaire et un objectif cible :

- Le **niveau initial** du médecin est défini à partir de la situation médicale initiale du médecin au moment de l'entrée en vigueur du dispositif ou au moment de l'adhésion du médecin à la convention lors d'une nouvelle installation (T0),

- L'**objectif intermédiaire** est déterminé en fonction de la distribution actuelle des médecins au regard de cet indicateur, il est commun à l'ensemble des médecins,

- L'**objectif cible** fixé par la convention, est déterminé selon les cas en tenant compte de la loi de santé publique, des recommandations des autorités sanitaires (HAS, AFSSAPS) ou de comparaisons internationales. Il est commun à l'ensemble des médecins.

A chaque date anniversaire, après l'entrée en vigueur du dispositif (T0), le niveau du médecin est constaté pour chaque indicateur pour l'année qui vient de s'écouler.

Afin de prendre en compte la progression et l'atteinte des objectifs, **un taux de réalisation de l'objectif** est calculé pour chaque indicateur.

2.1. *Mode de calcul du taux de réalisation annuel par indicateur*

Le taux de réalisation est calculé comme suit :

Cas n° 1 : le niveau constaté est strictement inférieur à l'objectif intermédiaire, le taux de réalisation est proportionnel au progrès réalisé, sans toutefois pouvoir excéder 50 %.

Le taux de réalisation annuel du médecin sur l'indicateurs est calculé comme suit :

$$Taux\ de\ réalisation = 50\% * \frac{niveau\ constaté - niveau\ initial}{objectif\ intermédiaire - niveau\ initial}$$

Ainsi, dans ce cas, le taux de réalisation du médecin est compris entre 0 % (lorsque le médecin n'a pas progressé à la date de l'évaluation, au regard de son niveau initial à la date d'entrée en vigueur du dispositif) et 50 % (lorsqu'il a progressé jusqu'à atteindre l'objectif intermédiaire)

Cas n° 2 : le niveau constaté est égal ou supérieur à l'objectif intermédiaire, le taux de réalisation est proportionnel au progrès réalisé au-delà de l'objectif intermédiaire, majoré de 50 %.

Le taux de réalisation annuel du médecin sur l'indicateur est calculé comme suit :

$$Taux\ de\ réalisation = 50\% + 50\% * \frac{niveau\ constaté - objectif\ intermédiaire}{objectif\ cible - objectif\ intermédiaire}$$

Ainsi, le taux de réalisation dans ce cas, est compris entre 50 % (lorsque le médecin n'a pas progressé au-delà de l'objectif intermédiaire qu'il a atteint) et 100 % (lorsqu'il a réussi à atteindre ou dépasser l'objectif cible).

Cas particulier : pour les indicateurs relatifs aux vasodilatateurs, et aux benzodiazépines à demi-vie longue dont l'objectif est décroissant, le rapport est inversé.

2.2. *Mode de calcul du nombre de points par indicateur*

Chaque indicateur est valorisé par un nombre de points maximum correspondant à l'atteinte de l'objectif cible, soit un taux de réalisation annuel de 100 %.

Ainsi, le nombre de points calculé par indicateur pour le médecin est obtenu, à partir de son taux de réalisation annuel par indicateur, appliqué au nombre de points maximum de l'indicateur concerné.

Pour un indicateur, valorisé d'un nombre maximum de 20 points, un taux de réalisation par le médecin de 25 % pour cet indicateur correspond à un nombre de points de :

20 x 25 % = 5 points

Lorsque le nombre de points n'est pas une valeur entière, le nombre est arrondi au centième.

2.3. *Pondération de la patientèle*

Le nombre de points est défini pour une patientèle moyenne de référence de 800 patients pour un médecin généraliste traitant. Afin de prendre un compte le volume de la patientèle pour certains indicateurs (organisation du cabinet pour les médecins traitants et indicateurs portant sur la qualité des pratiques), le nombre de points calculé par indicateur est pondéré ensuite selon le volume de la patientèle réelle.

Au total la rémunération est calculée ainsi :

Nombre de points x taux de réalisation pour l'indicateur x (patientèle réelle / 800) x valeur du point

2.4. Accompagnement des premières installations

Afin de soutenir le médecin s'installant pour la première fois, celui-ci bénéficie de la rémunération à la performance selon les conditions particulières décrites ci-après.
Pendant les trois premières années suivant son installation, et pour les indicateurs relevant de la qualité de la pratique médicale, la valeur du point sera majorée de 15 % la première année, 10 % la deuxième année et de 5 % la troisième année.

Article 3

Pour les médecins adhérant au contrat défini à l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale

La rémunération relative au contrat défini à l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale et la rémunération à la performance sont déterminées indépendamment l'une de l'autre.
Pour un médecin ayant adhéré au contrat défini à l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale, les modalités de ce contrat et de sa rémunération restent applicables dans les termes définis dans celui-ci jusqu'à son échéance. Ce médecin obtient, comme précédemment, sa rémunération issue du contrat défini à l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale à la date anniversaire sur la base des résultats obtenus dans le cadre dudit contrat.

Par ailleurs, le médecin bénéficie également de la rémunération à la performance.

ANNEXE XVIII

OPTION DE COORDINATION - FORMULAIRE D'ADHESION

Adhésion à l'option de coordination

Ce document est à remplir par le médecin qui l'envoie, en double exemplaire, à la Caisse d'assurance maladie du lieu de son exercice principal qui lui en retourne un exemplaire.

Identification du médecin

"Je, soussigné(e),

NOM : ……
Prénom : ……
N° d'identification : ……..
Secteur conventionnel : DP □ Secteur 2 □
Adresse du lieu d'exercice principal :
……
……

déclare adhérer à l'option de coordination et m'engage à en respecter les dispositions, prévues aux articles 36 et suivants de la convention nationale des médecins libéraux de XX / XX / 2011."

Fait à ……
Cachet du médecin Le ……

Signature

Accusé de réception de la Caisse

❑ Adhésion enregistrée le ……, à effet du ……

❑ Adhésion non enregistrée
Motif: ……

Cachet de la caisse | Date ……..

ANNNEXE XIX

PARTICIPATION AUX COTISATIONS SOCIALES DES MEDECINS ADHERANT A L'OPTION DE COORDINATION ET AU SECTEUR OPTIONNEL

Article 1er

Taux de participation des caisses aux cotisations sociales pour les médecins affiliés au régime des PAM

	Taux de participation
Assurance maladie, maternité, décès	9,7%
Allocations familiales	5% dans la limite du plafond de sécurité sociale puis 2,9%
Avantages complémentaires vieillesse	Activité facturée en tarifs opposables sur le total des honoraires, multipliée par le montant de la participation des caisses pour les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables.

Article 2

Taux de participation des caisses aux cotisations sociales pour les médecins affiliés au régime du RSI

	Taux de participation
Assurance maladie, maternité, décès	0,6% dans la limite du plafond de sécurité sociale et de 5,9% dans la limite de cinq fois le plafond de sécurité sociale
Allocations familiales	5% dans la limite du plafond de sécurité sociale puis 2,9%
Avantages complémentaires vieillesse	Activité facturée en tarifs opposables sur le total des honoraires, multipliée par le montant de la participation des caisses pour les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables.

Conformément à l'article L.162-14-1 (5°) du code de la sécurité sociale, le versement de cette participation est subordonné au respect par le praticien ayant adhéré à l'option de coordination ou au secteur optionnel des obligations découlant de cette adhésion.

La CPAM, sur appel de l'organisme de recouvrement et après avoir vérifié que le professionnel est adhérent à l'option de coordination ou au secteur optionnel et a respecté ses engagements, verse la participation pour le compte de tous les régimes.

La CNAMTS effectue une répartition inter-régimes du montant annuel de la participation des caisses selon la part de chacun des régimes d'assurance maladie dans les dépenses (ONDAM).

ANNEXE XX

SECTEUR OPTIONNEL – FORMULAIRE D'ADHESION

Adhésion au secteur optionnel

Ce document est à remplir par le médecin qui l'envoie, en double exemplaire, à la Caisse d'assurance maladie du lieu de son exercice principal qui lui en retourne un exemplaire.

Identification du médecin

"Je, soussigné(e),

NOM : ……
Prénom : ……
N° d'identification : ……..
Secteur conventionnel :

□ Secteur à honoraires différents
□ Secteur droit à dépassement permanent (DP)
□ Médecins titulaires des titres visés au point 35.1 de la convention médicale permettant d'accéder au secteur à honoraires différents
□ Médecins titulaires des titres visés au point 35.1 de la convention médicale permettant d'accéder au secteur à honoraires différents et qui s'installent pour la première fois en exercice libéral

Spécialité médicale :

□ Spécialités de chirurgie
□ Spécialités d'anesthésie-réanimation
□ Spécialités de gynécologie obstétrique

Adresse du lieu d'exercice principal :
……
……

déclare mon souhait d'adhérer au secteur optionnel et m'engage à en respecter les dispositions, prévues par la convention nationale des médecins libéraux de mois 2011."

Fait à ……
Cachet du médecin Le ……

Signature

La mise en œuvre du secteur optionnel et l'enregistrement de votre adhésion ne seront effectifs que s'il est constaté au niveau national par l'UNCAM et les organisations syndicales représentatives signataires de la convention nationale, à l'issue d'une période de 6 mois à compter de l'entrée en vigueur de la convention nationale, que les praticiens issus du secteur à honoraires différents ou remplissant les conditions pour s'installer dans ce secteur sont majoritaires au sein des médecins ayant exprimé leur souhait d'adhérer au secteur optionnel.

Accusé de réception de la Caisse

❑ Adhésion enregistrée le ……, à effet du ……

❑ Adhésion non enregistrée
Motif: ……

Cachet de la caisse | Date ……..

ANNEXE XXI

REGLEMENT INTERIEUR TYPE DES COMMISSIONS PARITAIRES

Les dispositions du présent règlement intérieur sont applicables à la commission paritaire nationale, à la commission technique paritaire permanente nationale chargée de la simplification, au comité du fonds des actions conventionnelles, aux commissions paritaires régionales et aux commissions paritaires locales.

Article 1er

Organisation de la commission paritaire nationale, des commissions paritaires régionales et locales

1.1. Secrétariat de la commission

Le secrétariat et les moyens nécessaires au fonctionnement sont mis en place par l'UNCAM pour la CPN, le CTPPN et le comité FAC, par le représentant régional auprès du régime général (coordonnateur) pour la CPR et par l'une des caisses membre de la commission pour la CPL.
Le secrétariat assure les tâches administratives de l'instance.
Il rédige chaque année un bilan d'activité communiqué à l'ensemble des membres des instances avant le 1er janvier de l'année suivante.

1.2. Organisation des réunions des commissions

Les convocations sont adressées par le secrétariat aux membres de la commission au moins un mois avant la date de la réunion, sauf urgence acceptée par le président et le vice-président.
Elles sont accompagnées de l'ordre du jour établi après accord de ces derniers ainsi que des documents utiles, le cas échéant, à l'examen des sujets qui y sont inscrits.

1.3. Composition des commissions

Les sièges de la section professionnelle sont répartis par accord entre les organisations syndicales représentatives des médecins libéraux signataires de la présente convention.
En l'absence d'accord, les sièges sont répartis entre les organisations syndicales représentatives signataires de la présente convention sur la base des derniers résultats nationaux aux élections aux Unions Régionales de Professionnels de Santé mentionnées aux articles L 4031-1 à L 4031-7 du code de la santé publique, en utilisant le quotient électoral constitué par le nombre de voix exprimées recueillies nationalement, divisé par le nombre de siège à pourvoir, la répartition des

restes s'effectuant au plus fort reste et chaque organisation syndicale reconnue représentative signataires de la présente convention étant assurée de disposer d'au moins un siège.

Un représentant du conseil de l'ordre des médecins est membre de plein droit de la commission avec voix consultative pour la CPN, CPR et CPL.

Chaque caisse ainsi que chaque organisation syndicale représentée en commission peut faire appel aux experts qu'elles jugent nécessaires. Les membres de la commission et le secrétariat sont informés, au moins une semaine avant la date de la séance, de la qualité des personnes concernées et des points de l'ordre du jour sur lesquels leur compétence est requise. En séance, ils n'interviennent que sur ces points.

Lorsque la commission se réunit pour connaître d'une procédure conventionnelle entreprise à l'encontre d'un médecin, les experts ne sont pas habilités à assister aux délibérations de la commission.

Lorsque la commission se réunit pour connaître d'une procédure conventionnelle entreprise à l'encontre de l'un des membres de la section professionnelle, celui-ci ne peut siéger lors de l'examen de son dossier.

1.4. Présidence des sections et des commissions

La section professionnelle de la commission désigne son président. En cas d'égalité des voix, la présidence est assurée par le plus âgé des candidats ayant obtenu le même nombre de voix.

Le Directeur Général de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie désigne, dans le cadre des fonctions définies aux articles L.182-2-4 et L.182-2-5 du code de la sécurité sociale, le président de la section sociale de chacune des instances parmi les représentants de la direction des organismes de Sécurité Sociale et des établissements publics concernés, membres desdites instances.

La présidence de la commission sera assurée l'année de l'entrée en vigueur de la présente convention par le président de la section professionnelle.
Le président de la section professionnelle et le président de la section sociale assurent, à tout de rôle, par période d'un an en référence à l'année civile, la présidence et la vice-présidence de la commission.
Pour ce faire, au 1er janvier de chaque année, il est procédé automatiquement à l'alternance de la présidence, sans qu'il soit nécessaire que l'instance se réunisse au préalable.

La présidence de plusieurs commissions ne peut être assurée simultanément par la même personne.

Article 2

Délibérations de la commission

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.
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, une nouvelle réunion est convoquée dans un délai de quinze jours. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre de membres présents, sous réserve que la parité soit respectée. Dans le cas où la parité n'est pas respectée, un constat de carence est établi.

Pour les points de l'ordre du jour requérant un vote, la commission se prononce à la majorité simple des voix exprimées. Le nombre de votes est calculé sans tenir des compte des bulletins blancs ou nuls ou des abstentions.
En cas de partage des voix, il est procédé à un deuxième vote au cours de la même séance lequel s'établit alors à bulletin secret.
En cas de partage des voix portant sur un avis requis en matière de sanction conventionnelle, l'absence d'accord est acté dans le procès-verbal.

Les délibérations font l'objet d'un relevé de décision établi par le secrétariat de la commission. Il est approuvé et signé par les deux présidents de section de la commission. Il est adressé par mail aux membres de la commission puis soumis à l'approbation des membres à la séance suivante.

Les membres de la commission sont soumis au secret des délibérations dans les conditions prévues par le code pénal.

Article 3

Formation médecin et groupe de travail pour la CPN, les CPR et CPL

La commission peut se réunir en « formation médecins », c'est à dire en sous-commission paritaire composée des membres de la section professionnelle et des médecins conseils des caisses d'assurance maladie membres de la section sociale, notamment lorsqu'il s'avère nécessaire d'entendre un médecin sur sa pratique ou d'examiner des documents comportant des informations à caractère médical concernant des assurés.

La commission met en place les groupes de travail paritaires qu'elle juge nécessaire, en particulier lorsque des problèmes spécifiques à la médecine générale ou à certaines spécialités doivent être traités.

Article 4

Indemnisation des membres de la section professionnelle de la commission

Les membres de la section professionnelle de la commission perçoivent 12C 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 5

Situation de carence de la commission

Les partenaires conventionnels reconnaissent qu'il y a situation de carence dans les cas suivants :

- Défaut de constitution de l'une ou de l'autre des sections dans le délai imparti. Dans ce cas, la section constituée constate la carence et assure seule les missions de la commission.
- Défaut de parité au sein de la commission.
- Dysfonctionnement : non tenue de réunion résultant de l'incapacité répétée (plus d'une fois) des sections soit à fixer une date de réunion, soit à arrêter un ordre du jour commun du fait de l'une ou l'autre section.
- Refus répété (plus d'une fois), par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour.

Dans ces cas, un constat de carence est dressé. Le cas échéant, la section à l'origine de la situation de carence, est invitée par le président ou le vice-président à prendre toute disposition pour remédier à la situation. Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat, la section n'étant pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à la commission jusqu'à ce qu'il soit remédié à cette situation.

ANNEXE XXII

PROCEDURE CONVENTIONNELLE EN CAS DE MANQUEMENT IMPUTABLE A UN MEDECIN

Article 1er

Procédure de sanction

1.1. Procédure préalable d'avertissement

La CPAM qui constate le non respect par un médecin des dispositions de la convention, lui adresse un avertissement par lettre recommandée avec accusé réception. Cet avertissement doit comporter l'ensemble des anomalies reprochées au professionnel. Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de cet avertissement pour modifier sa pratique.

1.2. Relevé de constatation préalable à la convocation de la CPL

Si, à l'issue d'un délai d'au moins un mois à compter de la réception du courrier d'avertissement, il est constaté que le médecin n'a pas modifié sa pratique, la CPAM, pour le compte des organismes des autres régimes de son ressort géographique, communique le relevé des constatations au médecin concerné par lettre recommandée avec accusé de réception, avec copie adressée aux présidents des deux sections de la CPL.

La CPAM procèdera à ce même envoi et la procédure d'avertissement sera réputée effectuée si, dans un délai d'un an suivant la réception du courrier d'avertissement non suivi de sanction, le médecin a renouvelé les mêmes faits reprochés.

Le relevé des constatations détaille les manquements reprochés au médecin, expose les sanctions encourues et précise les délais de réponse et la possibilité d'entretien et de transmission d'observations écrites prévus aux alinéas suivants.

Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de la date de réception du relevé des constatations pour présenter ses observations écrites éventuelles par lettre recommandée avec accusé de réception et être entendu à sa demande par le directeur de la caisse ou son représentant et un praticien conseil du service médical. A cette occasion, le médecin peut se faire assister par un avocat ou un confrère de son choix.

Lorsque les manquements justifient la poursuite de la procédure, la caisse dresse un compte rendu d'entretien signé par le directeur et le médecin et le verse aux débats lors de la réunion de la Commission Paritaire Locale. L'absence de signature du médecin ne fait pas obstacle à la poursuite de la procédure.

1.3. Examen par la commission paritaire locale

Lorsque les manquements reprochés au médecin sont dûment établis, la caisse demande au président de la commission paritaire locale de réunir celle-ci. Cette réunion est de droit.
Elle doit se tenir dans un délai maximal de 60 jours à compter de la réception des observations du médecin ou de la tenue de l'entretien ou de l'échéance du délai laissé au médecin pour présenter ses observations ou être entendu par le directeur de la caisse ou son représentant comme visé au paragraphe précédent. Le courrier d'avertissement, le relevé de constatations, les observations du médecin, le compte rendu d'entretien le cas échéant et tout document utile sont joints à l'ordre du jour.

La CPL émet en séance un avis sur la décision à prendre.

L'avis rédigé par le secrétariat de la commission est adressé dans les 15 jours suivant la réunion au Président et au Vice Président. Il appartient à ces derniers de signer cet avis dans les 7 jours suivant sa réception.

A l'issue de ces délais l'avis de la CPL est réputé rendu.

Lorsque la CPL en formation plénière juge nécessaire de recueillir auprès du praticien concerné, des éléments d'information relatifs à sa pratique médicale, le relevé de constatations est transmis à la « formation médecins » de la CPL (article X de la convention). Dans ce cas, la CPL en formation plénière ne rend pas d'avis.

La formation « médecin » doit se réunir dans le mois qui suit la tenue de la réunion de la CPL en formation plénière.

Dans un délai minimal de 15 jours précédant la réunion de la « formation médecin » de la CPL, le médecin est invité par lettre recommandée avec accusé de réception à être entendu par la commission et à fournir les explications qu'il juge utiles. A cette occasion, il peut se faire assister par un confrère ou un avocat de son choix. Il peut envoyer des observations écrites à la commission en « formation médecin » au plus tard 3 jours avant la date de la réunion.

La CPL en « formation médecins » émet en séance un avis sur la décision à prendre.

L'avis rédigé par le secrétariat de la commission est adressé dans les 15 jours suivant la réunion au Président et au Vice Président. Il appartient à ces derniers de signer cet avis dans les 7 jours suivant sa réception.

A l'issue de ces délais l'avis de la CPL en « formation médecins » est réputé rendu.

L'avis rendu par la CPL en formation plénière ou par la « formation médecins » de la CPL est transmis au médecin.

1.4. Décision et notification de la sanction

Une fois l'avis de la CPL rendu ou réputé rendu, le directeur de la CPAM arrête, en concertation avec le directeur de chacun des organismes des autres régimes de son ressort géographique, la décision qui s'impose au médecin et sa date d'application.

Il notifie au professionnel, pour le compte des autres régimes, l'éventuelle mesure prise à son encontre, par lettre recommandée avec accusé de réception.
Cette notification qui doit être motivée, précise les voies et délais de recours dont dispose le médecin pour contester la décision, ainsi que sa date d'entrée en application. Celle-ci ne peut intervenir qu'après 2 mois à compter de la date de notification. La décision est alors exécutoire sauf cas de recours devant la CPR ou la CPN dans les cas visés à l'article X et dans les conditions de l'article 2 de la présente annexe.

Article 2

Procédure de recours conventionnel

2.1. Dispositif de recours consultatif devant la commission paritaire régionale

2.1.1. Cas d'appel devant la Commission Paritaire Régionale

Lorsqu'un médecin fait l'objet d'une décision de :

- mise hors convention d'une durée inférieure ou égale à un mois ou
- d'une décision de suspension de la prise en charge des cotisations sociales d'une durée inférieure ou égale à 6 mois

il peut saisir la Commission Paritaire Régionale à titre de commission d'appel.

Lorsque la "formation médecins" de la CPL a rendu un avis, la "formation médecins" de la Commission Paritaire Régionale est saisie à titre de commission d'appel.

2.1.2. Délai et modalités de saisine

La saisine par le médecin doit intervenir dans un délai de 2 mois suivant la date de réception de la notification de la décision de sanction.
Elle est adressée par lettre recommandée avec accusé de réception au président de la Commission Paritaire Régionale.

2.2. Dispositif de recours consultatif devant la commission paritaire nationale

2.2.1. Cas d'appel devant la Commission Paritaire Nationale

Lorsqu'un médecin fait l'objet d'une décision de :

- mise hors convention d'une durée supérieure à un mois ou
- d'une décision de suspension de la prise en charge des cotisations sociales d'une durée supérieure à 6 mois

il peut saisir la CPN à titre de commission d'appel.

Lorsque la "formation médecins" de la CPL a rendu un avis, la "formation médecins" de la CPN est saisie à titre de commission d'appel.

2.2.2. Délai et modalités de saisine

La saisine par le médecin doit intervenir dans un délai de 2 mois suivant la date de réception de la notification de la décision de sanction.
Elle est adressée par lettre recommandée avec accusé de réception à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, au secrétariat de la commission paritaire nationale des médecins.

2.3. Dispositions communes au recours consultatif devant la commission paritaire régionale et devant la commission paritaire nationale

2.3.1. Appel suspensif

La saisine de la commission paritaire nationale ou de la commission paritaire régionale suspend l'application de la sanction.
Le secrétariat de la commission d'appel informe du recours la caisse primaire d'assurance maladie ayant prononcé la sanction.

2.3.2. Réunion de la commission d'appel

La commission d'appel doit se réunir dans les 60 jours à compter de la réception de sa saisine sur pièces.
La commission d'appel se prononce sur pièces.
La commission émet un avis en séance.
L'avis rédigé par le secrétariat de la commission est adressé dans les 15 jours suivant la réunion au Président et au Vice Président. Il appartient à ces derniers de signer cet avis dans les 7 jours suivant sa réception.

A l'issue de ces délais l'avis de la commission d'appel est réputé rendu.

2.3.3. Avis de la Commission d'appel

La commission d'appel donne un avis sur la qualification des faits ainsi que la nature et la durée de la sanction notifiée.
La commission d'appel a la possibilité d'émettre une proposition de sanctions.
Il s'agit d'un avis simple qui ne lie pas les directeurs des caisses.

2.3.4. Notification de l'avis rendu par la commission d'appel

L'avis de la commission d'appel est motivé. Il est transmis au médecin qui l'a saisie ainsi qu'aux directeurs des caisses qui ont décidé de la première sanction notifiée par courrier avec accusé de réception dans un délai de 30 jours suivant la date de réunion de la commission.

2.3.5. Notification de la décision par les caisses à l'issue du recours consultatif

A l'issue du recours consultatif devant la commission d'appel, les directeurs des caisses qui ont décidé de la première sanction peuvent alors décider de :

- Modifier la sanction initiale afin de tenir compte des éléments nouveaux apportés par la commission d'appel.
- Maintenir la sanction initiale.

La décision définitive est notifiée au médecin , pour le compte des autres régimes, par le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie, par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai de 30 jours à compter de la réception de l'avis de la commission d'appel.

Cette notification précise les voies et délais de recours dont dispose le médecin pour contester la décision devant la juridiction compétente, ainsi que la date d'application de celle-ci.

Article 3

Procédure exceptionnelle de déconventionnement

En cas de violation particulièrement grave des dispositions législatives, réglementaires ou des engagements conventionnels justifiant le dépôt d'une plainte pénale par l'organisme de sécurité sociale en application du 3ème alinéa de l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale et entraînant un préjudice financier dépassant cinq plafonds mensuels de la sécurité sociale, le directeur de la caisse du lieu d'exercice du professionnel peut décider de suspendre les effets de la convention, après accord du directeur général de l'UNCAM ou de son représentant désigné à cet effet.
Cette suspension provisoire ne peut excéder trois mois.

Préalablement au prononcé de la suspension, le directeur de la caisse notifie au professionnel, par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, les faits reprochés et la suspension envisagée.

Le professionnel dispose d'un délai de quinze jours à compter de la réception de la notification pour demander à être entendu, assisté le cas échéant de la personne de son choix, pour présenter ses observations.

Après réception des observations écrites ou après l'audition du professionnel ou à l'issue du délai de quinze jours, le directeur de la caisse dispose d'un délai de quinze jours pour notifier la suspension au professionnel par une décision motivée. A défaut, la procédure est réputée abandonnée.
Simultanément, le directeur de la caisse engage une procédure de déconventionnement dans les conditions définies au chapitre 1 et 2. Le préalable de l'avertissement décrit au chapitre 1 de la présente annexe ne s'applique pas à cette procédure.

Le professionnel dont le conventionnement a été suspendu peut exercer un recours en référé contre la décision du directeur de la caisse devant le tribunal administratif.