
Document 1 / 1

J.O n° 35 du 11 février 2005 page 2275

texte n° 4

Décrets, arrêtés, circulaires
Textes généraux
Ministère des solidarités, de la santé et de la famille

Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes

NOR: SANS0520354A

Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille et le secrétaire d'Etat à l'assurance maladie,

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-5 et L. 162-15 ;

Le Conseil national de l'ordre des médecins consulté,

Arrêtent :

Article 1

Est approuvée la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes ainsi que ses annexes qui y sont jointes, conclue le 12 janvier 2005 entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, le Syndicat des médecins libéraux, la Confédération des syndicats médicaux français et l'Alliance intersyndicale des médecins indépendants de France.

Article 2

Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale au ministère des solidarités, de la santé et de la famille sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 3 février 2005.

Le ministre des solidarités,

de la santé et de la famille,

Philippe Douste-Blazy

Le secrétaire d'Etat à l'assurance maladie,

Xavier Bertrand

CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS
ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX ET L'ASSURANCE MALADIE

Préambule

Afin de préserver le caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie auquel ils sont attachés, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les syndicats représentatifs des médecins libéraux entendent contribuer, chacun pour leur part, à la qualité des soins et au bon usage des ressources qui lui sont consacrées par la nation.

Pour ce faire, le présent texte vise à améliorer la coordination des soins, qui est le gage de la qualité des soins dispensés. La volonté de ses signataires est de préserver, voire d'améliorer, les conditions d'accès aux soins des assurés sociaux. La liberté de choix des patients doit pouvoir s'exprimer à toutes les étapes de la démarche qui est proposée en vue d'une meilleure coordination des soins.

Les parties s'engagent ensemble sur la voie d'une régulation médicalisée des dépenses de santé, s'appuyant sur des référentiels médicaux scientifiquement validés. Conscient de la gravité de la situation financière de l'assurance maladie, leur objectif est d'améliorer l'efficacité de notre système de soins. Leur principe, de permettre aux médecins de soigner mieux en dépensant mieux.

Améliorer la coordination et la qualité des soins

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie confie aux partenaires conventionnels l'organisation du suivi médical du patient, sur la base de son dossier médical personnel, tenu et géré par le médecin traitant qu'il a choisi. Elle les charge également de définir les modalités de l'accompagnement du patient, tout au long de son parcours dans le système de soins, à partir du médecin traitant qui l'oriente vers d'autres soignants lorsque son état de santé le requiert. Dès lors, les parties signataires du présent texte s'entendent pour considérer que le médecin traitant a vocation à être le plus souvent un médecin généraliste. L'objectif de ces deux dispositifs est de garantir la qualité des soins, par une organisation et une utilisation plus cohérentes du système de santé, résultant d'une structuration plus explicite des soins de première et de seconde intentions.

Le médecin traitant devient le spécialiste du premier recours, s'appuyant sur un réseau de professionnels de santé, en ville ou à l'hôpital, qu'il sait pouvoir consulter sur les différents aspects de la prise en charge diagnostique ou thérapeutique de son patient. Ses interventions, en particulier celles de première intention, contribuent de façon déterminante à la continuité ainsi qu'à la qualité des soins et des services apportés à la population. La prévention et l'éducation thérapeutique trouvent naturellement place dans le colloque singulier. La répétition d'actes redondants devient l'exception.

Parce que l'amélioration de la qualité des soins est associée à la coordination du parcours médical du patient, les parties signataires définissent un dispositif coordonné qui est incitatif pour le patient comme pour ses praticiens.

Préserver et améliorer l'accès aux soins

Pour les médecins conventionnés à tarifs opposables, les parties signataires garantissent cette opposabilité des tarifs tout au long du parcours de soins coordonnés, lorsque le patient a recours à son médecin traitant, mais aussi lorsque celui-ci l'adresse vers un autre praticien, en général un spécialiste. Les médecins conventionnés à honoraires différents se voient proposer de choisir la coordination, en exerçant une partie de leur activité sur la base de tarifs opposables ou maîtrisés, dans le cadre du parcours de soins coordonnés et dans les conditions définies par les parties signataires.

En partenariat avec les syndicats représentatifs de la profession médicale, l'assurance maladie veille à la continuité, à la coordination et à la qualité des soins offerts aux assurés sociaux, ainsi qu'à la répartition homogène de cette offre. A cette fin, en complémentarité avec les textes réglementaires, les parties signataires souhaitent s'investir dans le chantier de l'amélioration de la répartition de la démographie médicale sur l'ensemble du territoire, par l'attribution d'aides à l'installation dans les zones sous-médicalisées, afin de garantir le maintien d'une offre de soins de proximité face aux évolutions démographiques à venir.

Dans l'attente d'un avenant conventionnel relatif à la permanence des soins, les parties s'entendent pour considérer qu'il convient d'optimiser l'intervention des professionnels libéraux la nuit, et notamment de laisser les partenaires locaux organiser la permanence des soins ambulatoire en seconde partie de nuit, en cohérence avec l'ensemble des ressources disponibles au niveau local, afin de garantir leur bonne utilisation.

Pour répondre à l'obligation légale, pour les praticiens, de suivre une formation continue, les parties signataires entendent renforcer les moyens consacrés à la formation professionnelle conventionnelle. Pour répondre à l'obligation légale de s'inscrire dans une démarche d'évaluation, elles accompagnent également, dans le cadre de la convention,

le chantier de l'évaluation des pratiques professionnelles. L'amélioration de la pratique médicale s'appuiera sur ces deux dispositifs. Elle passera, en outre, par le développement de l'éducation à la santé et de la prévention dans la médecine de première intention, dans le cadre d'une politique contractuelle de formation, d'évaluation ainsi que de définition de protocoles de soins et de référentiels. Elle s'inscrira enfin dans une approche interprofessionnelle, conduite avec les syndicats signataires des conventions nationales des différentes professions de santé.

Respecter le libre choix du patient

Les signataires de la convention considèrent que la liberté de choix du patient doit être préservée. Elle doit l'être notamment à toutes les étapes de la démarche de coordination, y compris dans le cas de soins faisant l'objet d'un protocole. Le parcours de soins coordonné est une option proposée à tout patient, fondée sur la confiance qu'il accorde à son médecin dans la durée.

Le libre choix du médecin traitant prévaut, comme la possibilité d'en changer à tout moment. Le libre choix existe également pour le ou les spécialistes amenés, le cas échéant, à intervenir dans le parcours coordonné. Le patient peut recourir, sans prescription préalable de son médecin traitant, à certaines spécialités et dans certaines circonstances. Le patient peut choisir un médecin spécialiste comme médecin traitant. Enfin, le patient peut consulter un médecin qui n'est pas son médecin traitant, ou vers lequel son médecin traitant ne l'a pas orienté, en dehors de tout parcours de soins coordonnés.

Les partenaires s'engagent à préserver une médecine libérale et à ne pas promouvoir une médecine de caisse.

Assurer une perspective d'avenir aux médecins libéraux

En premier lieu et compte tenu de la volonté d'organiser le système des soins primaires et secondaires, les parties signataires conviennent de reconnaître le rôle de chaque intervenant du parcours de soins coordonnés, et de valoriser ses fonctions - en tenant compte des évolutions de la formation initiale de manière à donner aux jeunes générations une lisibilité sur leur avenir professionnel.

1. Parcours de soins et coordination

La loi de réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 instaure un nouveau dispositif reposant sur le choix par chaque assuré ou ayant droit de 16 ans ou plus d'un médecin traitant, autour duquel les partenaires conventionnels mettront en place le parcours de soins coordonnés.

Dans ce parcours de soins coordonnés, le patient est incité à consulter en première intention son médecin traitant qui le conseillera selon sa situation et l'orientera, en tant que de besoin et avec son accord, vers un autre praticien : le médecin correspondant, qu'il choisit librement. Le patient peut également, tout en restant dans le parcours, consulter directement, pour certains des actes qu'ils effectuent, des médecins relevant de certaines spécialités dites à accès spécifique.

Dans tous les cas, le praticien s'engage, à situation médicale comparable, à assurer des délais de prise en charge médicale identiques entre patients, que ceux-ci le consultent en accès libre ou qu'ils soient intégrés dans un dispositif coordonné. Le médecin traitant s'engage à informer tout médecin correspondant des délais de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient.

Par ailleurs, les cas de consultation en urgence ou lorsque l'assuré est en déplacement, c'est-à-dire éloigné de sa résidence habituelle, sont considérés comme des situations spécifiques. L'urgence est définie comme une situation non prévue plus de huit heures auparavant pour une affection, ou la suspicion d'une affection, mettant en jeu la vie du patient, ou l'intégrité de son organisme, et entraînant la mobilisation rapide du médecin.

Nonobstant le parcours de soins, la prolongation d'arrêts de travail, conformément à l'article L. 162-4-4 du code de la sécurité sociale, doit être prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou par le médecin traitant, sauf impossibilité dûment justifiée par l'assuré.

Les parties conviennent que l'ensemble des dispositions de la présente convention relatives aux honoraires sera applicable à compter du 1er juillet 2005, à l'exception des dispositions pour lesquelles une autre date est précisée.

Les partenaires conventionnels conviennent également de saisir la commission chargée des listes afin de mettre en conformité la nomenclature avec les dispositions de la présente convention.

1.1. Le médecin traitant :

Les médecins traitants se coordonnent avec les autres professionnels et services participant aux soins de leurs patients. Leurs interventions contribuent à la continuité ainsi qu'à la qualité des soins et des services apportés à la population.

Par leur fonction de conseil et d'orientation, les médecins traitants participent activement à la bonne utilisation du

système de soins par leurs patients avec le souci de délivrer des soins de qualité à la collectivité, à des coûts maîtrisés.

Leur relation de proximité avec leurs patients les situe également au coeur du développement de la prévention en santé. Les parties signataires s'engagent à renforcer leur rôle dans ce domaine notamment en développant la dimension « santé publique » dans l'offre de formation continue conventionnelle et en favorisant la participation des médecins traitants aux programmes de prévention.

1.1.1. Les missions du médecin traitant :

- assurer le premier niveau de recours aux soins ;
- orienter le patient dans le parcours de soins coordonnés et informer tout médecin correspondant des délais de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient ;
- assurer les soins de prévention (dépistage, éducation sanitaire, etc.) et contribuer à la promotion de la santé ;
- contribuer à la protocolisation des soins de longue durée, en concertation avec les autres intervenants ; la rédaction du protocole est faite par le médecin traitant (généraliste ou spécialiste) en liaison ou selon la proposition du ou des médecins correspondants participant à la prise en charge du malade ;
- favoriser la coordination par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants et l'intégration de cette synthèse dans le DMP ;
- apporter au malade toutes informations permettant d'assurer une permanence d'accès aux soins aux heures de fermeture du cabinet.

1.1.2. Modalités de choix du médecin traitant :

Le médecin traitant peut être médecin généraliste ou spécialiste.

Chaque assuré de 16 ans ou plus adresse à sa caisse un imprimé intitulé « Déclaration de choix du médecin traitant », complété avec le praticien qu'il a choisi. Le médecin signifie son accord en cosignant l'imprimé précité. Le conciliateur de la caisse d'affiliation du patient peut être saisi par ce dernier lorsque celui-ci ne parvient pas à accomplir cette démarche.

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

1.1.3. Modalités particulières :

En matière de remplacement :

Lorsque le médecin traitant est indisponible, celui qui assure son remplacement est considéré comme médecin traitant pour l'assuré.

En matière d'exercice en groupe :

En cas d'indisponibilité du médecin traitant, son remplacement peut être assuré par un médecin participant au cabinet de groupe.

1.1.4. Valorisation du rôle de médecin traitant :

Les parties signataires sont conscientes de la nécessité de reconnaître pleinement et de valoriser comme telles les fonctions du médecin traitant, dans une relation de proximité à sa patientèle apportant la garantie de l'accessibilité et de la permanence des soins. Elles s'entendent pour poursuivre à terme la valorisation du rôle et des missions du médecin traitant, dans le cadre du bilan d'étape annuel prévu au point 1.5.

Les parties signataires décident de prendre d'ores et déjà en compte les missions dévolues au médecin traitant, et spécifiquement celles relatives à la coordination des soins décrites au point 1.1.1 du présent texte. En matière de coordination des soins et dans un premier temps, la priorité doit aller aux malades pour lesquels la coordination et la continuité des soins sont les plus nécessaires.

En conséquence, pour ses patients atteints d'une affection de longue durée qui l'ont choisi en tant que tel, le médecin traitant conventionné bénéficie d'une rémunération spécifique afin de prendre plus particulièrement en compte le besoin particulier de coordination médicale que nécessite la pathologie concernée. Cette rémunération intègre de plus, au titre de la coordination et du suivi, la rédaction et l'actualisation du protocole de soins en liaison avec le médecin correspondant.

Le médecin traitant doit rédiger le protocole de soins initial pour permettre la demande d'ouverture du droit aux dispositions de l'article L. 324-1 pour son patient. Le médecin traitant prendra en considération l'état de santé du patient et les données acquises de la science, notamment les avancées thérapeutiques, et il s'appuiera, le cas échéant, sur les recommandations établies par la Haute Autorité de santé. A tout moment, le médecin traitant peut, sur son initiative, réviser ce protocole de soins en raison de l'évolution de l'état du malade ou des avancées

thérapeutiques.

Le médecin traitant conventionné bénéficie d'une rémunération spécifique pour ceux de ses patients atteints d'une affection de longue durée (ALD) qui l'ont choisi comme médecin traitant.

La caisse verse au médecin traitant une rémunération spécifique de 40 EUR par an par patient en ALD.

Les versements de la rémunération spécifique s'effectueront à compter du 1er mai 2005 selon les modalités suivantes :

Le paiement de la rémunération spécifique 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.

Les parties conviennent de la suppression dès le 1er janvier 2005 de la rémunération afférente au PIREs.

1.1.5. Cas des praticiens ayant adhéré à l'option médecin référent :

Les parties signataires conviennent que la nécessité de privilégier la mise en place du médecin traitant conduit à réexaminer la situation des options conventionnelles, notamment de l'option médecin référent. Ainsi, l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, dispose que lorsque « l'assuré désigne un médecin traitant autre que son médecin référent, ce dernier, pour ce qui concerne cet assuré, perd les avantages relatifs à l'adhésion à cette option conventionnelle. L'assuré perd également cet avantage ».

Les parties signataires conviennent que, pour cette option, les contrats d'adhésion des assurés ne pourront plus faire l'objet que d'un renouvellement à compter de la date d'entrée en vigueur du présent texte, dans l'objectif d'une convergence des deux dispositifs d'ici l'année 2006 ; les conditions de cette convergence seront fixées dans le cadre d'un accord conventionnel au plus tard le 15 novembre 2005. Cet avenant abordera notamment la question du tiers payant pour les patients en bénéficiant.

Dans l'attente de l'accord évoqué ci-dessus, les dispositions issues des textes conventionnels précédents sont reprises dans l'annexe tarifaire pour les praticiens médecins référents à la date d'entrée en vigueur de la présente convention et pour ceux de leurs patients ayant adhéré à l'option. Par contre, aucune nouvelle adhésion de praticien ni de patient ne pourra être demandée à compter de l'entrée en vigueur de la présente convention.

Par ailleurs, la rémunération globale du médecin traitant au titre de ses missions et notamment de son activité de coordination ne peut pas se cumuler avec la rémunération forfaitaire du médecin référent. Dès lors, si le montant de la rémunération forfaitaire médecin référent est inférieur aux rémunérations spécifiques globales du médecin traitant, sera versé en complément au praticien le différentiel entre les deux rémunérations.

1.2. Le médecin correspondant :

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

1.2.1. Missions du médecin correspondant :

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 aux délais transmises par le médecin traitant.

Le conciliateur de la caisse d'affiliation du médecin peut être saisi par le patient qui estime que les délais d'obtention de rendez-vous ne correspondent pas aux critères déterminés à l'alinéa précédent. L'objet de cette conciliation est de favoriser la mise en oeuvre d'une réponse adaptée à l'état de santé des patients.

Contribuer, dans son champ de compétence, à la protocolisation des soins pour les malades en affections de longue durée.

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 - délais qui pourront être précisés par avenant conventionnel, 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.

1.2.2. Valorisation du rôle de médecin correspondant :

Rémunération de l'avis ponctuel de consultant :

Conformément à l'article 18 de la NGAP, le médecin correspondant rend un avis ponctuel de consultant lorsqu'il reçoit le patient à la demande explicite du médecin traitant, ne lui donne pas de soins continus mais laisse au médecin traitant la charge de surveiller l'application de ses prescriptions.

Le médecin correspondant sollicité pour un avis ponctuel de consultant s'engage à adresser au médecin traitant ses conclusions et propositions thérapeutiques et de suivi.

Outre les médecins bénéficiant d'ores et déjà de la possibilité de coter la C2, et sous réserve :

- d'être conventionné et titulaire d'un certificat d'études spécialisées ;
- et de ne pas avoir reçu le patient dans les 6 mois précédant la consultation.

Le médecin correspondant, lorsqu'il rend un avis ponctuel de consultant, est rémunéré dans les conditions définies à l'article 18 de la nomenclature générale des actes professionnels.

Le médecin correspondant ne peut pas coter de C2 s'il doit revoir le patient dans les 6 mois suivants.

La cotation C2 pour avis ponctuel de consultant sera également étendue aux médecins qui obtiendront un diplôme d'études spécialisées de médecine générale à compter du 1er janvier 2007.

Les parties conviennent que l'expression « médecin traitant » citée à l'article 18 de la NGAP est entendue dans le sens du présent texte conventionnel. Dès lors, cette cotation n'est pas applicable en cas d'adressage par un autre praticien que le médecin traitant. Elle ne s'applique pas non plus aux consultations réalisées dans le cadre de prises en charge protocolisées (soins itératifs) ou de séquences de soins nécessitant l'intervention successive de plusieurs intervenants sans passage par le médecin traitant.

Le médecin spécialiste peut faire les actes techniques nécessaires à l'élaboration de son avis ponctuel de consultant.

Par ailleurs, s'agissant des chirurgiens bénéficiant de la cotation C2 définie à l'article 18 de la NGAP, les parties conviennent que leur intervention en troisième recours se cote dans les conditions actuelles, sous réserve d'un retour d'information au médecin traitant.

De plus, un avenant conventionnel définira les conditions particulières de cotation de la C2 pour les médecins anesthésistes-réanimateurs, au plus tard le 1er mars 2005.

Le médecin traitant s'engage par ailleurs à ne pas solliciter, pour un patient donné, un avis ponctuel de consultant de même spécialité et pour la même pathologie, plus d'une fois par semestre ; dans le cas où il juge nécessaire de solliciter un nouvel avis ponctuel dans ce délai, le médecin traitant en informe dans le même temps le service du contrôle médical.

Pour les psychiatres, neuropsychiatres et neurologues, la cotation de l'avis ponctuel de consultant est portée à C2,5.

Pour les autres cas, c'est-à-dire lorsque le médecin correspondant, conventionné à tarifs opposables, reçoit le patient pour des soins itératifs et procède à un retour d'information 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 lors d'un adressage par un médecin correspondant à un autre médecin spécialiste avec information au médecin traitant.

Le montant de cette majoration est fixé à :

- pour les médecins généralistes : 2 EUR ;
- pour les médecins spécialistes : 2 EUR (maintien de la majoration provisoire clinicien (MPC, 2 EUR) et extension aux spécialités techniques comme précisé au point 7.2 du présent texte) ;
- pour les psychiatres, neuropsychiatres et neurologues : 3 EUR (maintien de la majoration provisoire clinicien, 2,70 EUR).

Par dérogation, les médecins du secteur à honoraires différents pourront coter la majoration de coordination dans le cadre de soins délivrés aux bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Les médecins exerçant les spécialités suivantes :

- dermatologie ;
- rhumatologie ;
- endocrinologie ;
- psychiatrie ;
- neuropsychiatrie ;

- gynécologie ;
- ophtalmologie ;
- médecine interne,

pourront coter cette majoration de coordination dès le 1er mars 2005.

Les médecins n'exerçant pas une des spécialités listées supra, ainsi que les médecins généralistes, pourront coter cette majoration de coordination lors de la mise en place opérationnelle du parcours de soins coordonnés, soit à compter du 1er juillet 2005.

1.2.3. L'option de coordination :

1.2.3.1. Objet et champ de l'option :

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 :

- aux médecins généralistes et spécialistes qui sont autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires d'un droit permanent.

1.2.3.2. Engagements du praticien adhérent :

Pour les actes cliniques qu'il effectue, le praticien s'engage à appliquer, pour le patient qui entre dans le parcours de soins coordonnés, les tarifs opposables tels que décrits ci-dessus.

Pour les actes techniques qu'il effectue, le médecin adhérent à l'option s'engage à pratiquer avec tact et mesure des dépassements maîtrisés, pour le patient qui entre dans le parcours de soins coordonnés, applicables par acte facturé et plafonnés à 15 % des tarifs opposables. Ce plafond sera, le cas échéant, déclinable par spécialité et par région, dans le respect de l'encadrement national.

Ces dépassements ne sont pas applicables en cas de consultation en urgence médicalement justifiée, ni lorsque le praticien reçoit un enfant de moins de 16 ans.

De plus :

- pour les actes techniques, le médecin devra respecter 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) ;
- pour les actes cliniques, le médecin devra respecter un ratio honoraires sans dépassements sur honoraires totaux égal ou supérieur à 30 %, avec pour base le SNIR-PS.

Enfin, pour les patients âgés de moins de 16 ans qui le consultent, le praticien adhérent s'engage à respecter les tarifs opposables ; il bénéficie dans ce cadre de la majoration prévue au point 7.6 de la présente convention.

1.2.3.3. Avantages conférés par l'option de coordination :

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 au point 1.2.2 de la convention.

L'assurance maladie prend en charge une partie des cotisations sociales du praticien adhérent :

Cette prise en charge s'applique sur la part de l'activité du praticien adhérent facturée en tarifs opposables, selon les modalités exposées en annexe 8.3. Sur cette part, les taux de prise en charge sont équivalents à ceux des praticiens exerçant dans le secteur à honoraires opposables.

Les parties s'engagent par ailleurs à étudier les modalités d'adaptation de l'option de coordination afin de prendre en compte les problématiques liées à l'accès aux soins aux tarifs opposables dans certaines zones déficitaires en offre de soins.

1.2.3.4. Adhésion à l'option :

Modalités d'adhésion :

Le médecin formalise son adhésion à l'option de coordination par le biais d'un formulaire (modèle en annexe de la convention) 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.

Durée d'adhésion :

L'adhésion est valable cinq ans à compter de la date d'enregistrement par la caisse de l'adhésion et dans la limite de la durée de la présente convention.

Rupture d'adhésion :

Si la caisse constate le non-respect de ses engagements par le praticien adhérent, elle l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception des faits qui lui sont reprochés. 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. La caisse stoppe dès lors immédiatement le versement de sa participation aux cotisations sociales et peut récupérer auprès du médecin les acomptes versés au titre de l'année en cours. Le cas échéant, la caisse pourra également procéder à une action en récupération des sommes indûment versées.

Le médecin peut mettre fin à son adhésion à l'option à tout moment ; il en informe la caisse du lieu d'implantation de son cabinet principal par lettre recommandée avec accusé de réception. La décision du médecin prend effet trois mois à compter de la réception de la lettre par la caisse.

1.2.3.5. Evaluation :

Les parties conviennent de procéder à une évaluation annuelle du dispositif optionnel. Cette évaluation sera suivie par la commission paritaire nationale.

1.2.4. Les plateaux techniques lourds :

L'UNCAM prend acte du souhait des syndicats médicaux d'impliquer les représentants des gestionnaires des établissements de santé privés dans lesquels exercent les médecins libéraux, notamment ceux dont la spécialité et la pratique nécessitent des plateaux techniques lourds.

Les partenaires conventionnels conviennent en outre d'étudier l'opportunité de créer une option conventionnelle, comprenant un cahier des charges et des modalités d'évaluation, relative à cet exercice spécifique.

Les signataires s'accordent d'autre part pour finaliser les modalités de mise en oeuvre, pour ce qui les concerne, du relevé de décisions relatif à la chirurgie libérale du 24 août 2004.

1.3. 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 rémunérés comme tels.

1.3.1. Champ de l'accès spécifique :

Sont concernés certains actes en gynécologie et ophtalmologie.

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

- les examens cliniques gynécologiques périodiques, comprenant les actes de dépistage, conformément aux référentiels scientifiques élaborés par la Haute Autorité de santé ;
- 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.

Dans l'attente de la publication des référentiels scientifiques élaborés par la Haute Autorité de santé, ces soins seront considérés comme coordonnés, au sens du paragraphe 1.3.2 de la présente convention.

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), conformément à un référentiel à définir ;
- les actes de dépistage et de suivi du glaucome.

Dans l'attente de la publication de ce référentiel, ces soins seront considérés comme coordonnés, au sens du paragraphe 1.3.2 de la présente convention.

Pour la psychiatrie, la neuropsychiatrie et la neurologie, les parties conviennent de déterminer les conditions dans lesquelles certains soins pourront donner lieu à un accès spécifique par avenant conventionnel au plus tard le 1er mars 2005. Dans l'attente de la publication de cet avenant, l'accès aux psychiatres, neuropsychiatres et neurologues est considéré comme spécifique pour l'ensemble des soins qu'ils donnent.

Dans les situations décrites ci-dessus, le médecin spécialiste est tenu aux mêmes engagements en terme de coordination que le médecin correspondant. Il apprécie la nécessité de conseiller à son patient de consulter son médecin traitant.

1.3.2. Modalités de rémunération du médecin spécialiste consulté en accès spécifique :

Dès lors qu'ils sont intégrés au parcours de soins coordonnés et que leurs engagements sont identiques à ceux du médecin correspondant, notamment en procédant à un retour d'information au médecin traitant, les praticiens en accès spécifique conventionnés à tarifs opposables ou ayant adhéré à l'option de coordination bénéficient de la majoration de coordination décrite au point 1.2.2.

1.4. Fonctionnement du parcours de soins coordonnés :

1.4.1. Les différentes modalités du parcours de soins coordonnés :

Le médecin traitant assure les soins courants du patient qui l'a choisi comme tel. Dans certaines situations cependant, le médecin traitant peut faire appel à un médecin correspondant.

Les différentes modalités du parcours de soins coordonnés sont les suivantes :

Médecin traitant vers médecin correspondant pour demande d'avis ponctuel :

Le médecin correspondant a un rôle de consultant, selon des modalités définies au point 1.2.2 du présent texte. A ce titre, il ne donne pas de soins continus à ce patient et doit laisser au médecin traitant la charge de surveiller l'application 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 affection de longue durée.

Le patient accède aux médecins correspondants sans passage par le médecin traitant selon les périodicités prédéfinies.

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 (notamment MEP) :

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.

1.4.2. Les cas d'urgence et d'éloignement :

Les parties conviennent que le praticien conventionné en secteur à honoraires opposables ou ayant adhéré à l'option de coordination pour une urgence médicalement justifiée doit respecter les tarifs opposables. Il continue à bénéficier par ailleurs des majorations d'urgence prévues par la NGAP.

En cas de consultation par un assuré éloigné de sa résidence habituelle donc de son médecin traitant désigné, le praticien conventionné à tarifs opposables ou ayant adhéré à l'option de coordination peut, sous réserve de procéder à un retour d'information au médecin traitant, appliquer à la consultation la majoration de coordination définie supra.

1.4.3. Outil de la coordination : le dossier médical personnel :

Conformément à la loi, les médecins conventionnés consulteront et mettront à jour le dossier médical personnel (DMP) des patients qu'ils prennent en charge.

Le DMP a vocation à suivre le patient tout au long de son parcours de soins, aussi bien en ville qu'à l'hôpital, dans le respect des règles du secret médical.

Dans l'attente de la mise en oeuvre du DMP, le médecin traitant établit son dossier médical en conformité avec le parcours de soins coordonné.

A cet effet, ce dossier comporte les éléments d'information suivants :

- une synthèse actualisée des éléments du dossier nécessaires à la continuité des soins ;
- les protocoles de soins, notamment les protocoles relatifs aux soins de longue durée et les protocoles de dépistage ;
- les documents transmis par les professionnels participant à la continuité et à la coordination des soins : courriers de réponses, protocoles de soins proposés, résultats d'examens complémentaires, comptes rendus d'hospitalisation, comptes rendus opératoires, etc.

Les éléments ainsi colligés dans le dossier doivent permettre d'attester de la réalité de la coordination assurée par le médecin traitant. Ils sont remis au patient en cas de changement de médecin traitant.

Les parties conviennent que les modalités de mise en oeuvre du DMP, et notamment son impact sur les missions des différents acteurs du parcours de soins, feront l'objet d'un avenant conventionnel d'ici la fin de l'année 2006.

1.4.4. L'accès non coordonné :

Lorsqu'ils sont consultés en dehors du parcours de soins coordonnés, et en dehors des cas d'urgence et/ou d'éloignement occasionnel du patient, les praticiens spécialistes conventionnés à tarifs opposables sont autorisés à pratiquer des dépassements.

Ces dépassements sont plafonnés à hauteur de 17,5 % pour chaque acte clinique effectué, arrondi à l'euro supérieur, sur la base 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 les actes techniques, le médecin devra respecter un ratio honoraires sans dépassements sur honoraires totaux égal ou supérieur à 70 %, avec pour base le système national inter-régimes des professionnels de santé (SNIR-PS) ;

- pour les actes cliniques, le médecin devra respecter un ratio honoraires sans dépassements sur honoraires totaux égal ou supérieur à 70 %, avec pour base le SNIR-PS.

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

- 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 (NGAP puis CCAM).

1.5. Bilan d'étape annuel :

Les parties signataires conviennent qu'une rencontre annuelle réunira, en fin d'année, les signataires de l'accord conventionnel afin d'examiner l'engagement des médecins dans la mise en oeuvre effective du parcours de soins coordonnés et de la maîtrise médicalisée, et de définir les engagements de maîtrise médicalisée pour l'année suivante.

Cette rencontre annuelle sera l'occasion d'examiner les dépenses de santé et leur évolution ainsi que les honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins, en particulier des médecins généralistes, ainsi que leurs évolutions.

Au 1er janvier 2006, les partenaires conventionnels prévoient :

Pour les médecins correspondants : la revalorisation de la majoration de coordination décrite au point 1.2.2 de 1 EUR, y compris pour les psychiatres, neuropsychiatres et neurologues, en fonction :

- des résultats des engagements de maîtrise médicalisée décrits au chapitre 3 de la convention ;

- du constat d'un retour effectif d'information par le médecin correspondant au médecin traitant ;

- et du respect par les praticiens sollicités pour avis ponctuel de consultant des conditions de cotation définies supra, donc de l'évolution maîtrisée du nombre de ces cotations.

Pour les médecins traitants : les parties conviennent de la nécessité de valoriser, sous réserve des résultats des engagements de maîtrise médicalisée décrits au chapitre 3 de la convention, certains actes de médecine générale.

Sous les conditions précisées supra, les parties s'accordent pour mettre en place une majoration de 3 EUR pour les consultations réalisées par les médecins généralistes auprès d'enfants entre leur deuxième et leur sixième anniversaire.

Enfin, pour les pédiatres, sous réserve des résultats des engagements de maîtrise médicalisée décrits au chapitre 3 de la convention, les parties conviennent de procéder à une revalorisation de la majoration définie au point 7.7 de la présente convention à hauteur de 1 EUR.

2. Accès aux soins et continuité des soins

2.1. Mesures relatives à la politique de démographie médicale :

Les projections soulignent que la baisse de la densité médicale accroît l'importance d'une politique de régulation de l'installation des médecins sur le territoire afin d'atténuer l'inégale répartition des médecins et corrélativement l'inégalité d'accès aux soins.

En partenariat notamment avec l'Etat, les collectivités territoriales et les universités de médecine, les parties signataires souhaitent être un acteur d'une politique de régulation. D'ores et déjà, les parties signataires s'accordent sur le fait que les aides financières à elles seules ne permettront pas de résoudre le problème de l'installation des médecins en zone déficitaire qui suppose une amélioration des conditions d'exercice.

A ce titre, ils conviennent d'adopter, dans un premier temps, des mesures destinées à favoriser les remplacements dans les zones rurales ou urbaines déficitaires en offre de soins.

Dans un second temps, un bouquet de mesures incitatives élaborées en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés sera mis en oeuvre ; les parties s'entendent pour étudier notamment la mise à disposition d'un « titre emploi entreprise » aux médecins conventionnés.

2.1.1. Mesures relatives au remplacement des médecins généralistes :

L'une des principales contraintes évoquée 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.

Les parties signataires conviennent dans un premier temps de mettre en oeuvre les contrats de bonne pratique portant sur les zones concernées.

Une autre mesure vise à accompagner les médecins s'installant ou installés en zone déficitaire de soins. A cet effet, l'UNCAM s'engage à mettre en oeuvre des outils, par exemple un site internet, lui permettant de simplifier pour les médecins de ces zones la recherche de remplaçants.

2.1.2. Outils et travaux complémentaires :

En parallèle de ces dispositions, les parties signataires s'engagent à étudier la mise en oeuvre d'outils complémentaires permettant aux médecins, faisant le choix de s'installer dans des zones déficitaires, de bénéficier d'un accompagnement spécifique et adapté, afin de mettre en oeuvre une politique de régulation démographique fondée sur un partenariat et des dispositifs incitatifs tenant compte des besoins exprimés par les praticiens.

Dans ce champ, des travaux seront entamés, portant notamment sur les quatre volets d'action suivants :

La possibilité d'octroi d'une bourse d'études aux étudiants en médecine s'engageant à s'installer dans une zone déficitaire, en complément et/ou en supplément, de celles qui pourraient éventuellement être offertes par les collectivités territoriales.

Le développement par l'assurance maladie d'une démarche d'offre de services aux professionnels s'installant.

L'offre de service permettrait notamment d'aider les médecins à établir une étude de marché de la zone où ils souhaitent s'installer et de les accompagner dans les démarches administratives afférentes à leur installation. Il s'agirait aussi de les informer sur les maisons médicales, les réseaux, les modalités d'organisation de la permanence des soins, etc. existant dans la zone où ils souhaitent exercer. Ceci pourra s'accompagner d'une démarche d'information des étudiants en médecine au sein des universités sur l'installation et même plus généralement sur l'assurance maladie.

La possibilité d'aides forfaitaires à l'installation. Les parties signataires étudieront d'ici au 1er janvier 2006 les éventuelles modalités d'attribution d'aides dans le champ prévu par l'article 49 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Les parties signataires s'engagent à réaliser, dans le courant de l'année 2006, un bilan des conditions d'accès des assurés aux soins coordonnés à tarifs opposables ou maîtrisés et à étudier, en tant que de besoin, les mesures susceptibles de garantir à l'ensemble des assurés cet accès, en particulier dans les zones de faible densité médicale.

2.2. La permanence des soins ambulatoire :

Les parties signataires s'entendent pour mettre à profit la parution des nouveaux textes réglementaires pour définir le dispositif de permanence des soins ; ce nouveau dispositif sera précisé dans un avenant conventionnel, au plus tard le

15 mars 2005.

Les modifications réglementaires attendues devraient permettre l'adaptation de l'organisation de la permanence des soins la nuit, en fonction du besoin et des possibilités de réponse, donc de relais, qui existent ou peuvent être mises en place sur un secteur donné, en particulier entre minuit et 8 heures.

Les parties signataires optimiseront l'intervention des médecins, notamment lorsqu'ils sont de permanence en deuxième partie de nuit, afin de prendre en compte les différents systèmes de réponse aux urgences nocturnes, notamment les urgences hospitalières. Sera également pris en compte le cas particulier des zones rurales, distinguées des zones urbaines dans lesquelles les réponses offertes à la population au besoin de permanence des soins sont diversifiées.

Dès lors, pourra être mise en place une gestion régionale du dispositif de permanence des soins ambulatoire dans le cadre des missions régionales de santé sur la base d'une enveloppe globale qui leur sera attribuée.

Dans l'attente d'un nouvel accord conventionnel, le dispositif actuel continue de s'appliquer ; les parties signataires s'entendent pour réserver une enveloppe de 60 millions d'euros pour la mise en oeuvre de ce futur dispositif de permanence des soins ambulatoire.

2.3. La permanence des soins en établissements :

Dans l'attente d'un examen de la situation des autres spécialistes soumis aux mêmes obligations de permanence en établissement, les dispositions présentées aux paragraphes suivants sont reprises.

Les signataires conviennent d'étudier, tout particulièrement, la situation des pédiatres soumis à des obligations d'astreinte, ainsi que celle des médecins urgentistes soumis à des obligations de garde en UPATOU privées.

2.3.1. Pratiques professionnelles des chirurgiens et anesthésistes-réanimateurs, relatives à la permanence des urgences :

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles 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'article R. 712-69 du code de la santé publique peuvent adhérer à des contrats conformes au contrat type en annexe.

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.

2.3.2. Pratiques professionnelles des gynécologues obstétriciens et anesthésistes-réanimateurs, relatives à la prise en charge des accouchements dans les unités d'obstétrique pratiquant plus de 1 500 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 1 500 accouchements, les gynécologues obstétriciens et les anesthésistes-réanimateurs exerçant dans une unité mentionnée à l'article D. 712-75 du code de la santé publique peuvent adhérer à des contrats conformes aux contrats types en annexe. 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.

2.3.3. Pratiques professionnelles des pédiatres, relatives à la permanence de la surveillance et de la prise en charge des soins spécialisés de certains nouveau-nés :

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la surveillance et de la prise en charge des soins spécialisés des nouveau-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'article D. 712-90, sous réserve de pratiquer les soins intensifs de néonatalogie, et à l'article D. 712-98 du code de la santé publique peuvent adhérer à des contrats conformes au contrat type en annexe. 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.

2.3.4. 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'article D. 712-108 du code de la santé publique exerçant dans une unité mentionnée à l'article D. 712-106 du même code peuvent adhérer à des contrats conformes au contrat type en annexe.

2.3.5. 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'article D. 712-117 du code de la santé publique, les médecins exerçant dans les unités

mentionnées à l'article D. 712-115 du même code peuvent adhérer à des contrats conformes au contrat type en annexe.

3. Maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses

Les parties signataires conviennent que le caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie ne pourra perdurer qu'au prix d'une action volontariste et résolue impliquant l'ensemble du corps médical dans un effort collectif visant à favoriser le bon usage des soins et le respect des règles de la prise en charge collective.

Les partenaires conventionnels considèrent que les médecins généralistes et les médecins spécialistes, qu'ils soient traitants ou correspondants, ont une responsabilité commune dans la mise en oeuvre de cet effort collectif. Les premiers ont vocation à soigner en première intention, à conseiller leurs patients dans leur orientation dans le parcours de soins et, partant, à contribuer d'une façon décisive à la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé. Les seconds y contribuent pour leur part selon les spécificités de leurs interventions et de leur pratique professionnelle.

A côté des dispositifs structurels introduits par la loi de réforme de l'assurance maladie tels les parcours de soins coordonnés, le dossier médical partagé, les aides à l'installation dans les zones difficiles, la généralisation de l'évaluation des pratiques professionnelles, les parties signataires décident de développer la maîtrise médicalisée conventionnelle autour des objectifs complémentaires suivants :

Etendre le champ des recommandations de bonne pratique à l'ensemble des soins faisant l'objet d'une prise en charge collective.

A cet effet, les parties conviennent d'établir chaque année une liste d'activités médicales à soumettre à la Haute Autorité de santé en vue de l'établissement de références médicales opérationnelles.

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 dès lors que, en comparaison avec des pays comparables au plan sanitaire, les évolutions constatées apparaissent manifestement sans rapport avec des besoins de santé.

A cet effet, les parties s'accordent sur la nécessité de construire un dispositif conventionnel innovant reposant sur les principes suivants :

- un engagement des partenaires sur des objectifs quantifiés et régionalisés ;
- une définition annuelle des thèmes et objectifs de maîtrise ;
- un suivi paritaire et décentralisé.

3.1. Des engagements sur des objectifs quantifiés et régionalisés :

3.1.1. Choix des thèmes et portée :

Ces engagements, qui s'appuient sur le constat de la nécessaire optimisation des dépenses de santé, peuvent avoir un caractère annuel ou pluriannuel. Ils sont chiffrés en termes d'objectifs quantifiés, suivis sur la base d'indicateurs 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.

3.1.2. Nature des engagements :

Sur chacun des thèmes retenus, les engagements conventionnels peuvent répondre 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.

Les engagements prennent alors la forme d'accords de bon usage des soins au sens de l'article L. 162-12-17 du code de la sécurité sociale.

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,...).

3.1.3. Des objectifs quantifiés :

Sur la base d'un constat initial, les parties définissent pour chaque engagement ou accord de bon usage :

- un objectif quantifié d'évolution des dépenses ;
- des indicateurs de mesure répondant aux exigences de fiabilité, de robustesse et de reproductibilité.

3.2. Une définition annuelle des thèmes et objectifs de maîtrise médicalisée :

Chaque année avant le 15 décembre, les syndicats médicaux signataires et l'UNCAM définissent, par voie d'avenant au présent texte conventionnel, les nouveaux objectifs des thèmes déjà déterminés ainsi que, le cas échéant, les nouveaux thèmes d'engagements de maîtrise médicalisée pour l'année suivante.

L'avenant annuel pourra également prévoir les modalités selon lesquelles une partie des dépenses effectivement évitées pourra être utilisée pour valoriser la rémunération des actes médicaux.

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.

Pour l'année 2005, les parties retiennent comme thèmes de maîtrise, avec des économies attendues de 998 millions d'euros :

Sous forme d'engagements de maîtrise médicalisée :

- un infléchissement de 10 % des montants tendanciels 2005 de la prescription des antibiotiques (91 millions d'euros d'économies) ;
- un infléchissement de 10 % des montants tendanciels 2005 de la prescription des anxiolytiques et des hypnotiques (33 millions d'euros d'économies) ;
- une baisse de 1,6 % des montants tendanciels 2005 de la prescription d'arrêts de travail (150 millions d'euros d'économies) ;
- un infléchissement de 12,5 % des montants tendanciels 2005 des remboursements (prise en charge collective) de statines (161 millions d'euros d'économies) ;
- un meilleur respect de la réglementation de l'ordonnancier bizonne et des feuilles de soins permettant une juste attribution des dépenses sans rapport avec une affection de longue durée à hauteur de 5 points (455 millions d'euros d'économies).

Sous forme d'accords de bon usage de soins (AcBUS) :

- l'efficacité des prescriptions d'anti-agrégants plaquettaires (23 millions d'euros d'économies) ;
- le bon usage des examens biologiques explorant la fonction thyroïdienne (15 millions d'euros d'économies) ;
- la pratique de la coloscopie après polypectomie (15 millions d'euros d'économies).

Un engagement des médecins à augmenter la prescription des médicaments génériques sera proposé par l'UNCAM, dans l'objectif d'atteindre une économie complémentaire de 55 millions d'euros d'économies.

Enfin, les parties entendent aborder la question des prescriptions de transports en 2005, en concertation avec les syndicats signataires de la convention nationale des transporteurs sanitaires.

Est joint en annexe à la présente convention, le tableau présentant les déclinaisons régionales des engagements de maîtrise médicalisée pour l'année 2005.

3.3. Un suivi paritaire et décentralisé :

L'atteinte des objectifs fixés dans chacun des accords ou 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 :

En ce qui concerne la maîtrise médicalisée, la commission paritaire nationale (CPN) arrête les thèmes des engagements et des accords de bon usage nationaux. Pour chacun d'eux, elle détermine les objectifs à atteindre et propose les mesures d'accompagnement jugées nécessaires.

Elle assure le pilotage de la maîtrise médicalisée conventionnelle.

Elle se prononce sur les projets d'accords de bon usage régionaux qui lui sont soumis par l'UNCAM.

Au vu des tableaux de bord qui lui sont régulièrement fournis, elle analyse la situation des différentes régions au regard des objectifs prévus et propose toute mesure de nature à tenir les objectifs fixés à chaque région.

Au niveau régional :

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

Au vu des tableaux de bord transmis par l'URCAM, 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.

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

Concernant la maîtrise médicalisée, la commission paritaire locale (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 » pour toute mesure de caractère médical.

Elle décide des modalités d'information des médecins libéraux pour lesquels des écarts sont constatés par rapport aux engagements collectifs.

Réunie en « formation médecins », la CPL :

Recueille, en tant que de besoins, tous éléments d'information auprès des praticiens dont la pratique présente des atypies au regard des engagements conventionnels de maîtrise ;

Adresse les mises en garde qu'elle estime nécessaires et en informe le directeur de la caisse ;

Elabore à l'attention de la CPR toute proposition visant à renforcer l'efficacité du dispositif d'accompagnement collectif ou individuel.

4. Modalités d'exercice conventionnel

4.1. Délivrance des soins :

4.1.1. Modalités pratiques liées à l'activité du professionnel :

Les consultations médicales sont données au cabinet du praticien, sauf lorsque l'assuré est dans l'incapacité de se déplacer selon des critères soit médico-administratifs, soit sociaux et environnementaux.

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.

Les médecins s'engagent à respecter les accords conclus concernant leur pratique médicale et notamment les accords de bon usage des soins.

4.1.1.1. Rédaction des ordonnances (support papier ou électronique) :

Le médecin porte lisiblement sur l'ordonnance, en cas d'utilisation d'un support papier, outre son numéro d'identification, les mentions prévues par la réglementation en vigueur.

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 garantissant la délivrance de l'intégralité du traitement et 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 ;
- de fournitures et appareils ;
- d'interventions nécessaires des auxiliaires médicaux ;
- d'examens de laboratoire.

Le médecin ne peut utiliser des ordonnances préimprimées, sauf dans le cas où il préciserait les modalités pratiques de préparation à un examen ou à une intervention.

Ordonnance dupliquée :

Les parties conventionnelles conviennent de la nécessité de délivrer au patient l'ordonnance toujours accompagnée de son exemplaire dupliqué. L'original étant 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.

4.1.1.2. Documents ouvrant droit au remboursement des prestations :

Les médecins s'engagent à n'utiliser que les feuilles de soins, imprimés et documents sur support papier ou électronique conformes aux modèles prévus par les lois et les règlements en vigueur. Ces documents sont transmis préalablement aux membres de la commission paritaire nationale.

Lorsque ces imprimés ne sont pas préidentifiés, les médecins doivent y reporter leur identification nominale et codée.

La réalisation des soins et des prestations doit être attestée conformément aux listes citées à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

4.1.1.3. Facturation des honoraires :

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.

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 ad hoc.

Ces dispositions seront réexaminées dans le cadre de la mise en oeuvre de la CCAM technique.

Lorsque les soins sont dispensés à titre gratuit, 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 accomplis 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.

4.1.1.4. Facturation des actes effectués par le personnel salarié du médecin :

Lorsque les actes sont effectués par un auxiliaire médical, salarié d'un médecin :

- 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 ;
- l'auxiliaire médical atteste la prestation de l'acte et le médecin le paiement des honoraires ;
- la signature du médecin sur la feuille de soins ou tout autre support engage sa responsabilité sur l'application, par l'auxiliaire médical, des cotations de la nomenclature générale des actes professionnels et des tarifs en vigueur ainsi que du code correspondant.

4.1.1.5. Les modalités de paiement des honoraires :

Le règlement direct :

Le patient règle directement au médecin ses honoraires. 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.

Modalités particulières à l'exercice dans un établissement de santé :

Actes réalisés dans un établissement de santé privé ne participant pas au service public hospitalier.

Pour les actes médicaux effectués en établissement de santé privé ne participant pas au service public hospitalier - avec ou sans hébergement -, à l'exclusion des soins externes, l'ensemble des actes dispensés ainsi que le montant correspondant des honoraires sont inscrits sur un support dit « bordereau de facturation ».

Le praticien ne peut conserver la carte de l'assuré à son cabinet.

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, en adhérant à la présente convention, 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.

4.1.1.6. Situation du remplaçant :

Le remplaçant est tenu de faire connaître aux caisses son numéro d'inscription à l'ordre des médecins de son département ou 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.

Ainsi, 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 dans le cadre de la présente convention durant son remplacement.

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) et du régime de cotisations d'assurance maladie et d'allocations familiales.

Il indique sa situation de remplaçant et son numéro d'inscription à l'ordre des médecins ou, à défaut, le numéro attribué par la caisse à l'emplacement prévu à cet effet sur les différents supports de facturation.

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.

4.1.2. Les modes de rémunération :

Les modes de rémunération du médecin permettent de reconnaître la diversité de ses fonctions.

Principe du paiement à l'acte :

Le paiement à l'acte reste le mode de rémunération le plus adapté pour rémunérer des fonctions soignantes directes.

Rémunération forfaitaire :

Afin de reconnaître les différentes missions des médecins, il est possible de faire appel à des modes de rémunération forfaitaires légalement définis, au travers notamment de dispositions spécifiques.

4.1.3. La dispense d'avance des frais et accords locaux spécifiques :

Les partenaires conventionnels conviennent d'étudier la possibilité de mettre en place une procédure de dispense d'avance des frais pour les assurés bénéficiaires du dispositif prévu à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, ainsi que leurs ayants droit.

La procédure de dispense d'avance des frais permet le versement direct au médecin par l'organisme d'assurance maladie de la part des honoraires pris en charge.

La feuille de soins, ou son support électronique, est alors transmise par le médecin à la caisse d'affiliation du patient.

Cette procédure s'applique dans les cas suivants :

4.1.3.1. CMU complémentaire :

Dans ce cadre, les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires, fixés conventionnellement, ne peuvent donner lieu à dépassement pour les actes dispensés aux bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Les médecins ne peuvent facturer de dépassements sur ces actes qu'en cas d'exigence particulière du patient ou d'application du droit à dépassement autorisé pour les soins non coordonnés, au sens des points a et b du chapitre 4.3 de la présente convention.

4.1.3.2. Actes et coefficients visés :

La dispense d'avance des frais peut s'appliquer aux actes de spécialités dont le coefficient inscrit à la Nomenclature générale des actes professionnels est égal ou supérieur à :

50 pour les actes en K, KC, KCC ou KE ;

50 pour les actes en Z ou ZN.

Ces seuils seront réexaminés dès la mise en oeuvre de la CCAM technique.

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

L'assuré règle au praticien le montant du ticket modérateur et les dépassements autorisés.

4.1.3.3. Accords locaux spécifiques :

Des accords locaux peuvent être conclus pour permettre des formes de dispense d'avance des frais non inscrites dans la convention nationale, notamment pour les actes d'urgence ou pour les cas médicaux non programmés ou pour les soins destinés aux patients en situation de précarité. Il sera procédé, dans ce dernier cas, par l'instance locale à un examen préalable de la situation économique et sociale de la circonscription.

Dans le cadre de cet accord, les médecins s'engagent à pratiquer les tarifs conventionnels.

Une copie de ces accords locaux est transmise aux parties signataires pour avis conforme.

4.1.3.4. Expérimentations :

La procédure de dispense d'avance des frais et le respect des tarifs prévus par le présent règlement s'appliquent au bénéfice des assurés qui ont choisi d'adhérer à l'une des expérimentations agréées par application de l'article L. 162-31 du code de la sécurité sociale, lorsque celle-ci le prévoit et dans les conditions qu'elle détermine.

4.1.3.5. La dispense d'avance des frais des prestations pharmaceutiques délivrées par les médecins propharmaciens :

Afin de pallier l'absence d'officine dans certaines agglomérations, l'article L. 4211-3 du code de la santé publique précise que les médecins qualifiés de propharmaciens peuvent être autorisés par arrêté préfectoral 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 à exercer la propharmacie et adhérant à la présente convention médicale cadre 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 obligatoires signataires.

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

4.2. Télétransmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge :

4.2.1. Télétransmission des feuilles de soins électroniques par les médecins :

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

Ils mettent en oeuvre les moyens nécessaires à la réalisation, l'émission des feuilles de soins électroniques (FSE) conformément à la réglementation et à la version en vigueur du cahier des charges SESAM-Vitale.

Les parties à la convention favorisent la procédure d'échange électronique des feuilles de soins sécurisées, notamment en menant des actions partenariales en direction des médecins qui ne facturent pas sous format électronique SESAM-Vitale.

Ces actions se traduisent notamment par : l'identification de correspondants dans chaque organisme local de l'assurance maladie, de manière à apporter aux médecins toutes les informations, l'assistance et le conseil qui leur sont nécessaires, notamment sur le dispositif SESAM-Vitale et sa mise en oeuvre.

Compte tenu des aides décrites ci-après, les parties signataires conviennent de faire progresser de manière significative le taux de télétransmission des feuilles de soins électroniques, en particulier pour les médecins spécialistes, d'ici le terme de la présente convention. Ils s'engagent sur une progression annuelle d'au moins 5 % du taux de télétransmission, avec pour objectif d'atteindre à terme un taux de télétransmission supérieur à 90 %.

Les parties signataires s'accordent pour considérer que c'est par l'incitation des praticiens à télétransmettre, et non par des sanctions conventionnelles, que cet objectif pourra être atteint.

4.2.2. Maintenance et évolution du système SESAM-Vitale :

L'assurance maladie met en oeuvre les moyens nécessaires :

- pour spécifier et organiser au mieux les évolutions du système SESAM-Vitale imposées par la réglementation, contraintes par des changements techniques ou demandées par les usagers ;
- pour faciliter aux médecins les opérations de mise à jour du système qui les concernent.

Le médecin met en oeuvre 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 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, y compris en cas de dysfonctionnement de son équipement.

En annexe, est joint l'ensemble des modalités pratiques relatives à la télétransmission.

4.2.3. Aides à la télétransmission :

4.2.3.1. Aide pérenne :

Le médecin reçoit pour la durée de la convention une aide dont le montant est fixé à 0,07 euro par feuille de soins électronique, élaborée et émise par le médecin et reçue par la caisse conformément aux spécifications SESAM-Vitale. Le calcul s'effectue sur la période du 1er janvier au 31 décembre de l'année considérée ou, lorsque le professionnel a démarré la télétransmission au cours de l'année, à compter du premier jour du mois qui suit la date de sa première feuille de soins électronique sécurisée. Ce montant est calculé annuellement.

La télétransmission d'une FSE non sécurisée ne donne pas lieu à l'aide à la télétransmission.

4.2.3.2. Aide CPS :

Les cartes de professionnel de santé 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.

4.2.3.3. Aide à l'équipement informatique :

Les parties signataires conviennent de réserver prioritairement le montant excédentaire du FORMMEL pour le versement d'une aide à l'équipement informatique des praticiens conventionnés, sous réserve qu'ils n'aient pas bénéficié de l'aide précédente et qu'ils s'engagent à télétransmettre.

Le montant de cette aide sera défini en fonction du solde du FORMMEL qui reste à évaluer.

4.2.3.4. Modalités de versement :

Chaque aide est versée annuellement par la CPAM du lieu d'installation du médecin pour le compte de l'ensemble des caisses d'assurance maladie au mois de mars de chaque année civile au titre de l'année précédente.

Les difficultés d'application éventuelles seront soumises au Comité technique paritaire permanent instauré près la CPN.

4.2.4. Comité technique paritaire permanent :

Un comité technique paritaire permanent est instauré près la CPN.

Les attributions de ce comité sont spécifiques aux médecins dans le cadre de leurs engagements conventionnels de télétransmission SESAM-Vitale.

Les échanges de données dématérialisées entre l'assurance maladie et les médecins conventionnés font partie de ses attributions.

Il est saisi de tout dysfonctionnement du système et examine 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.

Il peut formuler des observations sur le cahier des charges SESAM-Vitale.

Il peut formuler des propositions tendant à l'amélioration du système.

Dans ce domaine, la mission du comité technique paritaire comprendra le suivi des procédures informatiques de gestion de la dispense d'avance de frais ou de tout autre dispositif issu de la réglementation.

4.3. Secteurs conventionnels et tarifs :

Les signataires de l'accord conventionnel soulignent que, par leur adhésion à la présente convention, les médecins conventionnés s'engagent à respecter les tarifs que celle-ci prévoit.

Les tarifs opposables s'imposent aux médecins conventionnés en dehors de cas limitativement énumérés dans le présent chapitre. Le respect des tarifs opposables ainsi que des modalités d'utilisation des possibilités de dépassements listées aux paragraphes suivants est un terme essentiel de la convention organisant les rapports entre les médecins libéraux et les caisses d'assurance maladie.

Les médecins appliquent donc les tarifs opposables, fixés dans l'annexe de la convention, sauf dans les cas énumérés aux paragraphes suivants :

a) Le médecin peut s'affranchir des tarifs opposables en cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade non liée à un motif médical (DE).

Dans ce cas, 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 ne peut se cumuler avec un dépassement autorisé plafonné (DA) tel que défini au paragraphe suivant.

b) Application de dépassements autorisés plafonnés (DA), pour les soins non coordonnés, au sens de la convention et selon les modalités fixées par celle-ci.

Dans ce cas, le médecin spécialiste 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.

c) Application du droit permanent à dépassement (DP) pour les médecins qui en étaient titulaires à la date d'entrée en vigueur de la présente convention.

d) Application d'honoraires différents, pour les médecins autorisés à les pratiquer à la date d'entrée en vigueur de la convention.

Peuvent demander à être autorisés à pratiquer des honoraires différents les médecins qui, à compter de la date d'entrée en vigueur de la 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 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 ;
- ancien assistant des hôpitaux généraux ou régionaux n'appartenant pas à un CHU ;
- ancien assistant des hôpitaux spécialisés ;
- praticien-chef de clinique ou assistant des hôpitaux militaires ;

- praticien temps plein hospitalier dont le statut relève du décret n° 84-131 du 24 février 1984 ;
- praticien temps partiel hospitalier comptant au minimum cinq années d'exercice dans ces fonctions et dont le statut relève du décret n° 84-131 du 24 février 1984.

S'agissant des titres acquis dans les établissements privés participant au service public hospitalier 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.

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 ;
- et 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 conventionné 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.

e) Application de dépassements maîtrisés (DM) sur les tarifs opposables des seuls actes techniques, dans les conditions prévues par la convention, pour les médecins adhérant à l'option de coordination décrite au point 1.2.3 de la convention et autorisés à pratiquer des honoraires différents au sens des paragraphes c ou d du présent article.

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

4.4. 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 caisses d'assurance maladie participeront au financement des cotisations dues par les médecins conventionnés exerçant en secteur à honoraires opposables selon les modalités suivantes :

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 est assise sur le montant du revenu net de dépassements d'honoraires. Cette participation correspond à 9,7 % de ce montant.

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 est assise sur le montant du revenu net de dépassements d'honoraires. Cette participation correspond à 5 % de ce montant, dans la limite du plafond annuel de sécurité sociale ; au-delà, la participation correspond à 2,9 % du montant évoqué supra.

Au titre du régime des avantages complémentaires de vieillesse prévu à l'article L. 645-2 du code de la sécurité sociale, la participation des caisses à la cotisation due par les médecins conventionnés est fixée à hauteur de 66,66 % et le cas échéant en fonction d'un barème à définir qui tiendra compte de la part d'activité réalisée en tarifs opposables.

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

La CNAMTS effectue une répartition interrégimes selon la part de chacun des régimes d'assurance maladie dans les dépenses (ONDAM).

5. Vie conventionnelle

5.1. Durée et résiliation de la convention :

5.1.1. Durée de la convention :

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

5.1.2. Résiliation de la convention :

La convention peut être résiliée soit par décision de l'UNCAM, soit par décision conjointe d'au moins deux organisations syndicales représentatives signataires de la convention, représentant la majorité absolue des suffrages exprimés aux élections aux URML 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'assurances maladie et les médecins ;
- modification substantielle des conditions de fonctionnement du système par rapport à la date de la signature de la convention.

La résiliation s'effectue par lettre recommandée avec avis de réception adressée à tous les signataires de la convention.

L'UNCAM invite alors les organisations syndicales représentatives à engager de nouvelles négociations conventionnelles dans un délai de six mois.

5.2. Modalités de notification et d'adhésion des praticiens :

5.2.1. Notification :

Conformément à l'article R. 162-54-7 du code de la sécurité sociale, les URCAM notifient par courrier aux médecins le présent texte conventionnel, ainsi que ses avenants, dans le mois qui suit leur publication.

5.2.2. Modalités d'adhésion :

Conformément à l'article R. 162-54-7 du code de la sécurité sociale :

Les médecins généralistes précédemment conventionnés et les médecins spécialistes précédemment placés sous le règlement conventionnel minimal, à la date d'entrée en vigueur de la convention, sont considérés tacitement comme y adhérant. Dans le cas où ils souhaiteraient être placés en dehors des présentes dispositions conventionnelles, ces praticiens devront adresser à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils exercent leur activité un courrier recommandé l'en informant.

Les médecins généralistes et spécialistes précédemment placés en dehors de la convention nationale des médecins généralistes ou du règlement conventionnel minimal, de même que les praticiens s'installant en exercice libéral au cours de la vie conventionnelle qui souhaitent adhérer à la convention en font la demande par courrier adressé à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils exercent leur activité. Leur adhésion à la convention est effective à la date à laquelle la caisse accuse réception de leur demande.

Conformément à l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, le médecin qui souhaite ne plus être régi par les dispositions de la convention en informe la caisse primaire de son lieu d'installation par lettre recommandée avec avis de réception. Sa décision prend effet un mois après la date de réception de son courrier par la caisse.

5.3. 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 ;
- 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 et de la Réunion une seule commission paritaire est mise en place. Elle assure les missions des CPR et CPL.

Outre ces trois instances conventionnelles, les parties signataires conviennent de mettre en place des sessions de travail afin de réunir l'UNCAM et l'ensemble des syndicats représentatifs des médecins libéraux. Ces sessions permettront entre autres d'examiner les projets d'avenants au présent texte conventionnel, les thèmes de formation professionnelle conventionnelle et de faire le point sur les résultats de la maîtrise médicalisée ainsi que sur le bon usage du parcours de soins coordonnés.

5.3.1. La Commission paritaire nationale (CPN) :

Missions :

La CPN décide des actions à mener afin d'assurer la réussite de la politique conventionnelle.

Ses travaux portent sur l'ensemble du champ conventionnel, et en particulier :

Maîtrise médicalisée des dépenses de santé, selon les modalités prévues au chapitre 3 :

- pilotage et suivi des réalisations au niveau des régions et des départements ;
- préparation annuelle des objectifs de maîtrise ;
- élaboration d'accords de bon usage des soins nationaux et définition des modalités de mise en oeuvre de ceux-ci au niveau régional ;
- suivi des travaux préparatoires aux accords régionaux.

Référentiels médicaux :

- choix des activités médicales à soumettre à la Haute Autorité de santé en vue de l'établissement de références médicales opérationnelles ;
- définition des modalités selon lesquelles certaines de ces références peuvent être rendues opposables, conformément à l'article L. 162-12-15 du code de la sécurité sociale.

Suivi et évaluation annuelle du dispositif optionnel décrit au point 1.2.3 de la présente convention.

Suivi et évaluation du dispositif du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés.

Suivi des dépassements d'honoraires et de leur évolution.

Formation professionnelle conventionnelle :

- installation du Comité paritaire national de formation professionnelle conventionnelle dont le rôle est défini au chapitre 6 ;
- fixation des orientations nationales.

Installation et suivi des travaux du comité technique paritaire permanent décrit au point 4.2.4 de la présente convention.

Permanence des soins : contribution, en ce qui concerne la médecine libérale et dans son domaine de compétence, à la mise en oeuvre et au suivi.

Installation des médecins libéraux dans les zones démographiquement défavorisées : propositions permettant de favoriser ces installations et suivi de leur mise en oeuvre.

D'autre part, la CPN :

- prépare les avenants et annexes de la convention ;
- accompagne ses décisions auprès des instances régionales et locales et assure un suivi des différents aspects de la vie conventionnelle ;
- 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 ;
- prend toutes les dispositions nécessaires au bon fonctionnement des instances régionales et locales ;
- peut examiner la problématique des départements comportant plusieurs CPAM ;
- constitue la commission d'appel pour les mesures de mise hors convention d'une durée supérieure à un mois ou pour une décision de suspension de la prise en charge des cotisations sociales d'une durée supérieure à 6 mois.

Composition :

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

Chaque section désigne son président.

Section professionnelle :

Cette section est composée de 12 représentants titulaires des syndicats médicaux signataires de la présente convention, dont 6 généralistes et 6 spécialistes.

Seuls des médecins n'ayant pas fait l'objet d'une mise hors convention définitive peuvent siéger dans cette instance.

Section sociale :

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

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

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

Régime des professions indépendantes : 2 représentants, dont un médecin-conseil.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

En « formation médecins », la CPN est composée :

- de la section professionnelle telle que décrite supra, soit 12 représentants titulaires ;
- de deux médecins-conseils du régime général siégeant dans la section sociale, chacun de ces médecins-conseils possédant 4 voix ;
- du médecin-conseil du régime agricole et du médecin-conseil du régime des professions indépendantes, siégeant dans la section sociale, chacun de ces médecins-conseils possédant 2 voix.

5.3.2. La commission paritaire régionale (CPR) :

Missions :

La CPR est chargée de la coordination de la politique conventionnelle au niveau de la région, en particulier :

- maîtrise médicalisée des dépenses de santé, selon les modalités prévues au chapitre 3 ;
- préparation d'accords régionaux de bon usage des soins dans le respect des objectifs, thèmes et règles générales de mise en oeuvre décidé par la convention ;
- permanence des soins et l'installation des médecins libéraux : mise en oeuvre au niveau de la région des mesures conventionnelles correspondantes et transmission à la CPN de tout élément utile au suivi de ces mesures.

D'autre part, la CPR :

- peut installer, sur demande du CPN-FPC, un comité paritaire régional de formation professionnelle conventionnelle, tel que prévu au chapitre 6 de la présente convention ;
- est informée des travaux des instances locales de la région ;
- informe régulièrement la CPN de ses travaux et dresse chaque année un bilan régional des résultats de la maîtrise médicalisée ;
- constitue la commission d'appel pour les mesures de mise hors convention d'une durée inférieure ou égale à 1 mois ou de suspension de la prise en charge des cotisations sociales d'une durée inférieure ou égale à 6 mois.

Composition :

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

Chaque section désigne son président.

Section professionnelle :

Cette section est composée de 12 représentants titulaires des syndicats médicaux signataires de la présente convention, dont 6 généralistes et 6 spécialistes.

Seuls des médecins conventionnés n'ayant pas fait l'objet d'une mise hors convention définitive peuvent siéger dans cette instance.

Section sociale :

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

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

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

Régime des professions indépendantes : 2 représentants, dont un médecin-conseil.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

En « formation médecins », la CPR est composée :

- de la section professionnelle telle que décrite supra, soit 12 représentants titulaires ;
- de deux médecins-conseils du régime général siégeant dans la section sociale, chacun de ces médecins-conseils possédant 4 voix ;
- du médecin-conseil du régime agricole et du médecin-conseil du régime des professions indépendantes, siégeant dans la section sociale, chacun de ces médecins-conseils possédant 2 voix.

5.3.3. La commission paritaire locale (CPL) :

Missions :

La CPL :

- assure le bon fonctionnement des dispositifs conventionnels. Elle s'efforce de régler toute difficulté relative à leur application ;
- conduit toute analyse concernant l'évolution de la consommation des soins et les conditions d'accès aux soins des assurés ;
- est responsable de la mise en oeuvre de la maîtrise médicalisée :
- assure la mise en place opérationnelle de la maîtrise médicalisée au niveau du département, selon les modalités prévues au chapitre 3 de la convention ;
- établit le contrat local d'objectifs relatifs à la maîtrise médicalisée ;
- accompagne la mise en place des accords de bon usage des soins nationaux ou régionaux au niveau du département.

La CPL informe régulièrement la CPR et la CPN de ses travaux.

Composition :

La CPL est constituée d'une section professionnelle et d'une section sociale. Chaque section désigne son président.

Section professionnelle :

Cette section est composée de 12 représentants titulaires des syndicats médicaux signataires de la présente convention, dont 6 généralistes et 6 spécialistes.

Seuls les médecins conventionnés n'ayant pas fait l'objet d'une mise hors convention définitive peuvent siéger dans cette instance.

Section sociale :

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

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

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

Régime des professions indépendantes : 2 représentants, dont un médecin-conseil.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

En « formation médecins », la CPL est composée :

- de la section professionnelle telle que décrite supra, soit 12 représentants titulaires ;
- de deux médecins-conseils du régime général siégeant dans la section sociale, chacun de ces médecins-conseils possédant 4 voix ;
- du médecin-conseil du régime agricole et du médecin-conseil du régime des professions indépendantes, siégeant dans la section sociale, chacun de ces médecins-conseils possédant 2 voix.

5.3.4. Dispositions communes aux instances : installation et fonctionnement :

Les instances conventionnelles doivent être installées dans les deux mois suivant l'entrée en vigueur de la convention.

Les sièges de la section professionnelle sont répartis par accord entre les organisations syndicales signataires. En l'absence d'accord, les sièges sont répartis entre les organisations signataires sur la base des derniers résultats nationaux aux élections aux unions régionales des médecins libéraux mentionnées aux articles L. 4134-1 à L. 4134-7 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 sièges à pourvoir, la répartition des restes s'effectuant à la plus forte moyenne et chaque syndicat signataire étant assuré de disposer d'au moins un siège.

A la demande conjointe des représentants de la section professionnelle, le nombre de membres siégeant dans cette section peut être réduit jusqu'à 4. Le nombre de voix représentées sera proratisé pour conserver la parité entre les deux sections.

Elles adoptent un règlement intérieur, reprenant a minima le règlement type en annexe, qui précise notamment les règles de convocation aux réunions, de fixation de l'ordre du jour, de quorum et les procédures de vote. Dans le cas où un règlement intérieur ne serait pas adopté par la commission, le (ou les) règlement(s) type(s) en annexe de la convention doi(ven)t s'appliquer tel(s) quel(s).

Les présidents de chacune des sections assument, par alternance annuelle (année civile), la présidence et la vice-présidence de l'instance.

La présidence de plusieurs instances conventionnelles ne peut être assurée simultanément par la même personne.

Les sections professionnelle et sociale s'engagent à être toujours représentées dans des conditions permettant le fonctionnement des commissions.

Le secrétariat et les moyens nécessaires au fonctionnement sont mis en place par l'UNCAM pour la CPN, l'URCAM pour la CPR et une CPAM pour la CPL.

Le secrétariat assure les tâches administratives de l'instance. Il rédige chaque année un bilan d'activité.

Les membres de l'instance sont soumis au secret des délibérations.

Chaque instance peut se réunir en « formation médecins », c'est-à-dire en sous-commission paritaire composée de représentants de la section professionnelle et de représentants des services du contrôle médical, 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.

Chaque instance peut se réunir, lorsque nécessaire, en « formation médecins », c'est-à-dire en sous-commission paritaire composée de représentants de la section professionnelle et de représentants des services du contrôle médical.

Chaque instance met en place, en tant que de besoin, des sous-commissions paritaires spécifiques chargées des questions intéressant respectivement médecins traitants et médecins correspondants.

Chaque instance 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.

Chaque instance, ainsi que chacune de ses sections, fait appel aux experts qu'elles jugent nécessaires. Les experts n'interviennent que sur le point inscrit à l'ordre du jour pour lesquels leur compétence est requise.

La présidence de plusieurs instances conventionnelles ne peut être assurée simultanément par la même personne.

Les représentants des syndicats signataires membres de la section professionnelle perçoivent une indemnité de 12 C par réunion et une indemnité de déplacement dans les conditions prévues par le règlement intérieur type de l'instance à laquelle ils appartiennent.

Les mêmes dispositions s'appliquent aux médecins qui participent aux sous-commissions et aux groupes de travail créés par les instances conventionnelles ainsi qu'à la commission prévue au paragraphe 8.1.1.

5.4. Le non-respect des dispositions conventionnelles :

5.4.1. Non-respect de la présente convention :

Les médecins dont les pratiques ne respectent pas les dispositions de la présente convention pourront faire l'objet de procédures contentieuses, selon les modalités prévues par la loi, conduites par le service du contrôle médical.

Une circulaire précisera les modalités d'articulation entre les différents dispositifs de sanctions, notamment ceux prévus respectivement par la loi et par la convention.

5.4.1.1. Non-respect constaté par une caisse :

Cas de constatation, par une caisse, du non-respect des dispositions de la présente convention par un médecin libéral, et notamment :

- application, de façon répétée, de tarifs supérieurs aux tarifs opposables en dehors des cas autorisés ;
- abus de droit à dépassement ;
- non-utilisation ou mauvaise utilisation, de façon répétée, des documents auxquels sont subordonnées la constatation des soins et leur prise en charge par l'assurance maladie ;
- non-inscription, de façon répétée, du montant des honoraires perçus ou du code des actes.

En cas d'absence de modification de la pratique du professionnel dans un délai d'un mois après l'envoi par la caisse d'un avertissement par lettre recommandée avec accusé de réception, la CPAM, pour le compte de l'ensemble des caisses, communique le relevé des constatations au médecin concerné par lettre recommandée avec avis de réception, avec copie aux présidents des deux sections de la CPL.

Le médecin libéral dispose d'un délai d'un mois à compter de la date de communication du relevé des constatations pour présenter ses observations éventuelles ou être entendu à sa demande par le directeur de la caisse ou son représentant. Le médecin peut se faire assister par un avocat ou par un confrère de son choix.

La CPL donne son avis dans le même délai. A l'issue de ce délai d'un mois, l'avis de la CPL est réputé rendu.

Lorsque la CPL 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. Cette dernière invite le praticien à lui faire connaître ses observations dans le mois suivant la communication du relevé des constatations au praticien. Durant cette période, le médecin peut être entendu à sa demande par la « formation médecins » de la CPL ; il peut se faire assister par un avocat ou par un confrère de son choix.

La « formation médecins » de la CPL donne son avis dans le même délai. A l'issue de ce délai d'un mois, l'avis de la « formation médecins » de la CPL est réputé rendu.

A l'issue de ce délai d'un mois, les caisses décident de l'éventuelle sanction.

5.4.1.2. Mesures encourues :

Lorsqu'un médecin ne respecte pas, dans sa pratique, les dispositions de la présente convention, il peut, après mise en oeuvre des procédures conventionnelles décrites au paragraphe précédent, encourir les mesures suivantes :

- suspension du droit permanent à dépassement, du droit de pratiquer des honoraires différents, 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 4.3, 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 participations des caisses est de un, trois, six ou douze mois ;
- application d'une contribution financière, cette mesure ne pouvant être prononcée qu'en cas de non-respect des références médicales opposables. Le dispositif sera précisé dans le cadre d'un avenant à la présente convention ;
- suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel. Cette suspension peut être temporaire (trois jours, une semaine, un, trois, six ou douze mois) ou prononcée pour la durée d'application de la convention, selon l'importance des griefs.

La mise hors convention de trois mois ou plus entraîne la suppression de la participation des caisses aux avantages sociaux pour une durée égale à celle de la mise hors convention.

5.4.2. Cas de condamnation par l'ordre ou les tribunaux :

Lorsque le conseil régional ou national de l'ordre des médecins, ou une juridiction, a prononcé à l'égard d'un médecin une sanction devenue définitive qui consiste en une interdiction de donner des soins aux assurés sociaux ou en une interdiction d'exercer ;

Ou, lorsqu'une juridiction a prononcé à l'égard d'un médecin une peine effective d'emprisonnement, le professionnel se trouve placé automatiquement hors convention, à partir de la date d'application de la sanction ordinaire ou judiciaire et pour une durée équivalente.

Lorsque les faits sanctionnés par une instance ordinaire ou judiciaire constituent en outre une infraction au regard des règles conventionnelles, les caisses peuvent envisager à l'encontre du praticien l'une des mesures prévues au paragraphe précédent.

5.4.3. Dispositions générales :

Les décisions prises sont notifiées par le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'exercice du

professionnel agissant pour le compte de l'ensemble des régimes, par lettre recommandée avec avis de réception.

Cette notification précise la date d'effet de la décision et les voies de recours ; cette décision doit être motivée.

Une copie de la notification est adressée à la CPL.

Le praticien dispose des voies de recours de droit commun.

5.4.4. Dispositif d'appel faisant suite à la procédure prévue à l'article 5.4.1.1 :

Lorsqu'un médecin fait l'objet d'une décision de mise hors convention d'une durée inférieure ou égale à 1 mois ou d'une décision de suspension de la prise en charge des cotisations sociales d'une durée inférieure ou égale à 6 mois dans le cadre des procédures prévues à l'article 5.4.1.1 de la présente convention, il peut saisir la CPR à titre de commission d'appel.

Lorsque la « formation médecins » de la CPL a rendu un avis, la « formation médecins » de la CPR est saisie à titre de commission d'appel.

La saisine par le médecin doit intervenir dans le mois qui suit la notification de la sanction. Elle est adressée au président de la CPR, par lettre recommandée avec accusé de réception.

La saisine de cette commission d'appel (CPR ou « formation médecins » de la CPR) ne modifie en rien les modalités de saisine et les délais des voies de recours habituelles.

La saisine de cette commission suspend l'application de la sanction.

La commission d'appel se prononce dans les 30 jours de sa saisine sur pièces, sauf impossibilité de se réunir du seul fait de la section sociale. Dans tous les cas, la commission doit se réunir dans les 2 mois et son avis est réputé rendu dans un délai de 3 mois.

La commission d'appel donne un avis sur la qualification des faits ainsi que la nature et la durée de la sanction notifiée. Son avis motivé est transmis au médecin qui l'a saisie ainsi qu'aux directeurs des caisses qui ont décidé de la première sanction notifiée.

Ces derniers peuvent alors décider de modifier la sanction initiale afin de tenir compte des éléments nouveaux apportés par la commission d'appel.

Si la sanction est modifiée, la décision, qui annule et remplace la sanction initiale, est notifiée par la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'exercice du professionnel agissant pour le compte de l'ensemble des régimes, par lettre recommandée avec avis de réception.

S'il est décidé de maintenir la sanction initiale, le directeur de la CPAM en informe le médecin concerné.

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 dans le cadre des procédures prévues à l'article 5.4.1.1 de la présente convention, 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.

La saisine par le médecin doit intervenir dans le mois qui suit la notification de la sanction. Elle est adressée au président de la CPN, par lettre recommandée avec accusé de réception.

La saisine de cette commission d'appel (CPN ou « formation médecins » de la CPN) ne modifie en rien les modalités de saisine et les délais des voies de recours habituelles.

La saisine de cette commission suspend l'application de la sanction.

La commission d'appel se prononce dans les 45 jours de sa saisine sur pièces, sauf impossibilité de se réunir du seul fait de la section sociale. Dans tous les cas, la commission doit se réunir dans les 2 mois et son avis est réputé rendu dans un délai de 3 mois.

La commission d'appel donne un avis sur la qualification des faits ainsi que la nature et la durée de la sanction notifiée. Son avis motivé est transmis au médecin qui l'a saisie ainsi qu'aux directeurs des caisses qui ont décidé de la première sanction notifiée.

Ces derniers peuvent alors décider de modifier la sanction initiale afin de tenir compte des éléments nouveaux apportés par la commission d'appel.

Si la sanction est modifiée, la décision, qui annule et remplace la sanction initiale, est notifiée par la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'exercice du professionnel agissant pour le compte de l'ensemble des régimes, par lettre recommandée avec avis de réception.

S'il est décidé de maintenir la sanction initiale, le directeur de la CPAM en informe le médecin concerné.

La CPN établit un bilan annuel du recours aux commissions régionales et nationales d'appel, notamment quant à la modification, à la suite de cette procédure, des mesures initialement notifiées.

Les parties conviennent qu'à partir du bilan mentionné supra, les cas d'ouverture de l'appel pourront être réexaminés et faire l'objet d'un avenant conventionnel modificatif.

6. Formation professionnelle conventionnelle

Remarque préliminaire :

Les agréments des organismes et actions de formation professionnelle conventionnelle et d'évaluation des compétences et des pratiques professionnelles, prononcés par les comités paritaires de FPC au titre de la campagne 2005 et notifiés par l'OGC à la date de parution de la présente convention au Journal officiel, sont maintenus par la présente convention.

6.1. Finalité de la formation professionnelle conventionnelle :

Conformément aux articles L. 162-5 (14°) et L. 162-5-12 du code de la sécurité sociale, les parties signataires mettent en place un dispositif de formation professionnelle conventionnelle (FPC) destiné aux médecins libéraux.

Ce dispositif accompagne les orientations de la convention et notamment les engagements de maîtrise médicalisée.

Il s'intègre dans l'obligation qu'ont tous les médecins de formation médicale continue et d'évaluation individuelle des pratiques professionnelles.

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 des dépenses.

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, et en particulier sur les référentiels et recommandations publiés par la Haute Autorité de santé ;
- 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.

Afin de contribuer à l'amélioration de la coordination des soins, la CPN peut déterminer, en concertation avec les instances conventionnelles des autres professions de santé libérales (biologistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, orthophonistes, orthoptistes, infirmières, masseurs-kinésithérapeutes), des thèmes réservés à des actions de formation interprofessionnelles.

6.2. Les instances de FPC :

La CPN installe :

Un Comité paritaire national de formation professionnelle conventionnelle, auquel elle délègue la mise en oeuvre de la politique de FPC.

Le CPN-FPC est composé de 20 membres titulaires, dont :

Section professionnelle : 10 membres (5 médecins généralistes et 5 médecins spécialistes) désignés dans les conditions fixées au paragraphe 5.3 ;

Section sociale : 10 représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie signataire de la convention.

Régime général : 2 administratifs, 2 administrateurs, 4 médecins-conseils.

Régime agricole : 1 représentant.

Régime des professions indépendantes : 1 représentant.

Pour chaque titulaire, un suppléant est également nommé.

Le président du conseil scientifique de la FPC, le président de l'organisme gestionnaire conventionnel, un membre désigné par le CN FMC des médecins libéraux et un membre désigné par la Haute Autorité de santé participent aux réunions du CPN-FPC avec voix consultative.

Le CPN-FPC fonctionne sur le mode de la Commission paritaire nationale défini au paragraphe 5.3.4. Notamment, il met en place des groupes de travail paritaires qu'il juge nécessaires, en particulier pour traiter des formations spécifiques aux médecins généralistes, des formations spécifiques aux médecins spécialistes, et des formations mixtes.

Un conseil scientifique de la formation professionnelle conventionnelle, conseiller scientifique et pédagogique du CPN-FPC.

Ce conseil est constitué de 20 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 le CN FMC des médecins libéraux et 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 (cf. ci-dessus) : 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.

Les membres de ce conseil sont nommés pour la durée de la convention. En cas de vacance d'un poste, il est procédé à son remplacement.

Le secrétariat du conseil est tenu par l'UNCAM.

Les missions du conseil scientifique de la FPC sont fixées en annexe de la présente convention.

6.3. Composition 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.

Le conseil de gestion est composé de 20 membres titulaires, dont :

Section professionnelle : 10 représentants des syndicats médicaux signataires de la convention (5 médecins généralistes et 5 médecins spécialistes).

Les sièges sont répartis selon les modalités définies au paragraphe 5.3.

Section sociale : 10 représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie signataire de la convention.

Régime général : 4 administratifs, 4 administrateurs.

Régime agricole : 1 représentant.

Régime des professions indépendantes : 1 représentant.

Un nombre identique de suppléants est désigné.

Les membres du conseil de gestion sont nommés pour la durée de la convention.

Les missions de l'OGC sont fixées en annexe de la présente convention.

6.4. Rôle du CPN-FPC :

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 de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé 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 (les modalités d'évaluation de la FPC sont détaillées en annexe de la présente convention).

Les cahiers des charges et les résultats des agréments sont transmis pour information au CN FMC des médecins libéraux.

Il fixe le rôle du conseil scientifique par une lettre de mission.

Il peut demander aux CPR de mettre en place des CPR-FPC sur leur région, composés et fonctionnant selon le mode défini au paragraphe 5.3.

6.5. Les financements :

Le financement des actions de formation et des frais de fonctionnement du dispositif :

Chaque année, au plus tard le 15 septembre, le montant de la contribution affectée à la FPC 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 national de l'action sanitaire et 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, d'une part, et entre niveau national et niveau régional, d'autre part.

Il est prévu un financement spécifique pour la formation à la vie conventionnelle.

Le financement de l'indemnisation de la formation professionnelle conventionnelle.

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 national de l'action sanitaire et 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.

Les médecins pouvant prétendre au versement d'une indemnité quotidienne pour perte de ressources à l'occasion de leur participation à une action de formation professionnelle conventionnelle agréée doivent exercer sous le régime de la présente convention.

Les conditions de versement de l'indemnité quotidienne pour perte de ressource sont précisées en annexe de la présente convention.

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 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.

L'indemnisation concerne également les médecins libéraux conventionnés intervenant en tant que formateurs sur toute la durée du séminaire.

Les indemnités pour perte de ressources sont versées par l'OGC à chaque médecin selon les modalités fixées en annexe.

7. Mesures diverses d'accompagnement relatives aux rémunérations et honoraires des médecins généralistes et spécialistes

Afin d'accompagner l'entrée en vigueur du présent texte, les parties signataires souhaitent mettre en oeuvre des mesures relatives aux rémunérations et honoraires des médecins spécialistes et généralistes. Le cas échéant, les partenaires conventionnels demanderont les modifications nécessaires des listes citées à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

7.1. Prise en charge des nourrissons par le médecin généraliste :

Afin de prendre en compte le rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des nourrissons, les parties souhaitent créer une majoration pour les consultations et visites auprès de ces derniers.

Ainsi, les consultations effectuées par le médecin généraliste à destination d'un enfant âgé de 0 à 24 mois inclus ouvriront droit, en sus des honoraires et le cas échéant des frais de déplacement, à une majoration dénommée majoration nourrisson (MNO), lorsqu'elles comportent un interrogatoire, un examen complet, un entretien de conclusions avec la conduite à tenir, les prescriptions préventives ou thérapeutiques ou d'examen complémentaires éventuels et qu'elles donnent lieu à une mise à jour du carnet de santé.

Cette majoration ne s'appliquera pas aux consultations qui ne répondent pas aux conditions prévues ci-dessus.

Cette majoration ne se cumulera pas avec la majoration prévue à l'article 14-4-1. Forfait pédiatrique du médecin omnipraticien des dispositions générales de la NGAP.

La valeur de la MNO est fixée à 5 EUR. Les médecins généralistes pourront coter la MNO dès le 1er mars 2005.

7.2. Majorations de certaines consultations :

Les médecins généralistes correspondants auront la possibilité de coter la majoration de coordination généraliste (MCG) définie au point 1.2.2 de la convention dans les conditions fixées dans ce même point. La valeur de la MCG est fixée à 2 EUR.

De plus, les médecins spécialistes correspondants auront la possibilité de coter la majoration de coordination spécialiste (MCS) définie au point 1.2.2 de la convention dans les conditions fixées dans ce même point. La valeur de la MCS est fixée à 2 EUR ; elle est portée à 3 EUR pour les psychiatres, neuropsychiatres et neurologues.

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, ces majorations ne pourront être cotées que par les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables et par les praticiens ayant adhéré à l'option de coordination décrite au point 1.2.3 du présent texte ; par dérogation, les médecins du secteur à honoraires différents pourront coter la MCS et la MCG dans le cadre de soins délivrés aux bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Les parties signataires conviennent que la MCS ne peut pas se cumuler avec la facturation d'un dépassement autorisé (DA) prévu au point 1.4.4 de la convention. Les parties signataires conviennent en revanche que la MCS peut se cumuler avec la majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste (MPC) prévue à l'article 2 bis des dispositions générales de la NGAP.

La possibilité de coter la MPC sera étendue à l'ensemble des spécialités.

La MPC ne s'applique pas aux consultations prévues aux articles 14-4 et 15-1 des dispositions générales de la NGAP. La MPC n'est pas cumulable avec la facturation d'un DE.

En dehors du parcours de soins coordonnés, cette majoration ne pourra être cotée que par les médecins exerçant en

secteur à honoraires opposables ; par dérogation, les médecins du secteur à honoraires différents pourront coter la MPC dans le cadre de soins délivrés aux bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, cette majoration ne pourra être cotée que par les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables et par les praticiens ayant adhéré à l'option de coordination décrite au point 1.2.3 de la présente de la convention ; par dérogation, les médecins du secteur à honoraires différents pourront coter la MPC dans le cadre de soins délivrés aux bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Les valeurs actuelles de la MPC ne sont pas modifiées : la MPC de la CS est égale à 2 EUR et la MPC de la CNPSY s'élève à 2,70 EUR.

7.3. Cardiologues :

Les cardiologues pourront coter une majoration applicable à la CSC réalisée dans les conditions définies par l'article 15-1 des dispositions générales de la NGAP. Son montant est fixé à 2,27 EUR.

Cette majoration ne pourra être cotée que par les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables et par les praticiens ayant adhéré à l'option de coordination décrite au point 1.2.3 du texte ; par dérogation, les médecins du secteur à honoraires différents pourront coter la MCC dans le cadre de soins délivrés aux bénéficiaires de la CMU complémentaire.

La MCC n'est pas cumulable avec le DA.

7.4. Médecins spécialistes en anatomo-cytopathologie :

Les parties signataires s'entendent pour élaborer un avenant conventionnel avant le 1er mars 2005 proposant des mesures de nomenclature adaptées à la spécificité de l'exercice des anatomo-cytopathologistes.

7.5. Soins conservateurs réalisés par les médecins spécialistes en stomatologie :

Les parties signataires souhaitent que la valeur de la lettre-clé SCM, actuellement fixée à 2,32 EUR, soit revalorisée au niveau de la lettre-clé SC cotée par les chirurgiens-dentistes.

La valeur de la SCM est fixée à 2,41 EUR. Les médecins stomatologues pourront coter cette nouvelle valeur de la SCM dès le 1er mars 2005.

7.6. Valorisation de la MPC pour les consultations de patients de moins de 16 ans :

Les parties signataires s'entendent pour revaloriser de 2 EUR la MPC pour les consultations de patients de moins de 16 ans. Cette revalorisation concerne les médecins spécialistes (spécialités cliniques et techniques) conventionnés à tarifs opposables ou ayant adhéré à l'option de coordination. Cette revalorisation est de 2,70 EUR pour les médecins psychiatres, neuropsychiatres et neurologues.

La valeur de la MPC est donc portée, pour les patients de moins de 16 ans, à 4 EUR pour la CS et 5,40 EUR pour la CNPSY.

7.7. Pédiatres :

Les pédiatres bénéficient de la revalorisation de la MPC, telle que décrite au paragraphe précédent, pour leurs patients âgés de plus de 2 ans et de moins de 16 ans.

D'autre part, les parties signataires s'entendent pour créer une majoration applicable à la consultation pour les pédiatres conventionnés à tarifs opposables. Cette majoration « pédiatres » s'applique aux consultations réalisées pour les patients de 0 à 2 ans. Elle n'est cumulable ni avec la MPC, ni avec la facturation d'un DE.

Son montant, fixé à 2 EUR, est cumulable avec le FPE dont le montant est de 5 EUR. Les pédiatres pourront coter cette majoration dès le 1er mars 2005.

7.8. Classification commune des actes médicaux :

La mise en place de la CCAM - technique codante et tarifante sera effective au 1er mars 2005, conformément aux accords conclus entre les caisses d'assurance maladie et des syndicats médicaux le 10 janvier 2003.

Dans ce cadre, au 1er mars 2005, tous les actes de chirurgie cervico-faciale communs à plusieurs spécialités ainsi que les actes de chirurgie mammaire à visée thérapeutique ou réparatrice et les actes de chirurgie réparatrice par lambeaux bénéficieront, dans les mêmes conditions, de la revalorisation effective prévue par le point 8 du relevé de décisions relatif à la chirurgie du 24 août 2004.

Les signataires s'entendent pour qu'il soit défini un tarif de référence par l'affectation à chaque acte de la CCAM du tarif le plus proche possible du tarif actuellement pratiqué dans le cadre de la NGAP. Ceci, afin de permettre, d'une part, une observation affinée de l'impact de la CCAM sur les honoraires des médecins et de définir, d'autre part, d'ici au 15 janvier 2005, les modalités d'accession progressive aux tarifs cibles de la CCAM au terme d'une période de 5 ans à 8 ans de manière à réaliser une première étape dès le 1er mars 2005.

Pour ce qui concerne la CCAM clinique, les parties reprennent les termes de l'accord du 10 janvier 2003 et s'entendent pour engager le processus d'entrée en vigueur avant la fin de l'année 2006, en parvenant à terme à une rémunération des actes cliniques qui tienne compte du contenu et de la nature de l'acte réalisé en écartant la référence, aujourd'hui prédominante, à la discipline du médecin qui la réalise. Cette ambition forte nécessite que les partenaires s'entendent sur les modalités et le rythme de sa montée en charge ; ils y procéderont en même temps qu'ils achèveront le travail de définition même de cette classification commune des actes.

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 parties signataires conviennent enfin de ne pas reconduire, à partir du 1er janvier 2005, les contrats de bonne pratique relatifs à la fonction de coordination et de suivi péri et post-opératoire en chirurgie, la réalisation d'échographies obstétricales et la fonction de coordination et de suivi péri et post-opératoire en anesthésie-réanimation.

Fait à Paris, le 12 janvier 2005.

Le directeur général de l'UNCAM,

F. Van Roekeghem

Au titre des généralistes :

Le président de la CSMF,

Dr M. Chassang

Le président du SML,

Dr D. Cabrera

Au titre des spécialistes :

Le président d'Alliance,

Dr F. Benouaich

Le président de la CSMF,

Dr M. Chassang

Le président du SML,

Dr D. Cabrera

8. Annexes

8.1. Annexes tarifaires :

8.1.1. Modalités d'organisation et de fonctionnement de la commission chargée de déterminer les règles de hiérarchisation des actes et prestations :

Rôle de la commission :

Cette commission a pour objet de définir les règles de hiérarchisation des actes et des prestations 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.

Composition de la commission :

La commission est composée de représentants des syndicats représentatifs des médecins libéraux et de représentants de l'UNCAM. Un représentant de l'Etat assiste à leurs travaux.

Membres avec voix délibérative :

Deux collèges comprenant autant de membres chacun :

- le collège professionnel, 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 comprenant 7 membres, avec pour chacun d'eux un suppléant. Chacun des membres du collège de l'UNCAM dispose de deux voix.

Un président désigné d'un commun accord par les membres des commissions.

Assistent aux travaux :

- un représentant de l'Etat et son suppléant ;
- un représentant de l'ATIH et de la DHOS ;
- un représentant de la Haute Autorité de santé.

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

Règlement intérieur :

La commission élabore et adopte un règlement intérieur, qui précise notamment les règles de convocation aux réunions, de fixation de l'ordre du jour, de quorum et de vote.

8.1.2. Tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins généralistes :

=====
Vous pouvez consulter le tableau en cliquant,
en bas du document, dans l'encart "version PDF"
JO n° 35 du 11/02/2005 texte numéro 4
=====

Les mesures suivantes s'appliqueront, sous réserve, le cas échéant, de la publication de la modification des listes citées à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale :

A compter du 1er mars 2005

=====
Vous pouvez consulter le tableau en cliquant,
en bas du document, dans l'encart "version PDF"
JO n° 35 du 11/02/2005 texte numéro 4
=====

A compter du 1er mai 2005

=====
Vous pouvez consulter le tableau en cliquant,
en bas du document, dans l'encart "version PDF"
JO n° 35 du 11/02/2005 texte numéro 4
=====

A compter du 1er juillet 2005

=====
Vous pouvez consulter le tableau en cliquant,
en bas du document, dans l'encart "version PDF"
JO n° 35 du 11/02/2005 texte numéro 4
=====

8.1.3. Tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins spécialistes :

=====
Vous pouvez consulter le tableau en cliquant,
en bas du document, dans l'encart "version PDF"
JO n° 35 du 11/02/2005 texte numéro 4
=====

=====
Vous pouvez consulter le tableau en cliquant,
en bas du document, dans l'encart "version PDF"
JO n° 35 du 11/02/2005 texte numéro 4
=====

=====
Vous pouvez consulter le tableau en cliquant,
en bas du document, dans l'encart "version PDF"
JO n° 35 du 11/02/2005 texte numéro 4
=====

Les mesures suivantes s'appliqueront, sous réserve, le cas échéant, de la publication de la modification des listes citées à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale :

A compter du 1er mars 2005

=====
Vous pouvez consulter le tableau en cliquant,
en bas du document, dans l'encart "version PDF"
JO n° 35 du 11/02/2005 texte numéro 4
=====

A compter du 1er juillet 2005

=====
Vous pouvez consulter le tableau en cliquant,
en bas du document, dans l'encart "version PDF"
JO n° 35 du 11/02/2005 texte numéro 4
=====

8.2. Option de coordination, modèle de formulaire d'adhésion :

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 à l'article 1.2.3 de la

convention nationale des médecins libéraux de janvier 2005. »

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

8.3. Participation aux cotisations sociales des médecins adhérant à l'option de coordination :

Taux de participation des caisses aux cotisations sociales

pour les médecins affiliés au régime des PAM

=====
Vous pouvez consulter le tableau en cliquant,
en bas du document, dans l'encart "version PDF"
JO n° 35 du 11/02/2005 texte numéro 4
=====

Taux de participation des caisses aux cotisations sociales

pour les médecins affiliés au régime des AMPI

=====
Vous pouvez consulter le tableau en cliquant,
en bas du document, dans l'encart "version PDF"
JO n° 35 du 11/02/2005 texte numéro 4
=====

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 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 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).

8.4. Maîtrise médicalisée : engagements de maîtrise et AcBUS pour l'année 2005 :

=====
Vous pouvez consulter le tableau en cliquant,
en bas du document, dans l'encart "version PDF"
JO n° 35 du 11/02/2005 texte numéro 4
=====

8.5. 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 appelée « l'union régionale des caisses

d'assurance maladie »,

D'une part, et

Le réseau des chirurgiens et anesthésistes-réanimateurs exerçant dans 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'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 EUR par période d'astreinte opérationnelle de 12 heures assurée les nuits, week-ends et jours fériés.

8.6. 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'article D. 712-75 du code de la santé publique et pratiquant plus de 1 500 accouchements par an :

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 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 1 500 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 18e alinéa de l'article D. 712-84 du code de la santé publique, une présence sous la forme d'une garde sur place la nuit (de 20 heures à 8 heures), les dimanches ou les jours fériés (de 8 heures à 20 heures).

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 EUR par période de garde assurée.

8.7. 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'article D. 712-75 du code de la santé publique et pratiquant plus de 1 500 accouchements par an :

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 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 1 500 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 dix-neuvième alinéa de l'article D. 712-84 code de la santé publique, une présence sous la forme d'une garde sur place la nuit (de 20 heures à 8 heures), les dimanches ou les jours fériés (de 8 heures à 20 heures).

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 EUR par période de garde assurée.

8.8. 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'article D. 712-98 du code de la santé publique et dans les unités de néonatalogie pratiquant les soins intensifs de néonatalogie mentionnée à l'article D. 712-90 du code de la santé publique :

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 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 néonatalogie pratiquant des soins intensifs de néonatalogie 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 nouveau-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'article D. 712-96 ou du 1° de l'article D. 712-101 du code de la santé publique, une présence sous la forme d'une garde sur place la nuit de 20 heures à 8 heures, les dimanches ou les jours fériés de 8 heures à 20 heures.

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 EUR par période de garde assurée.

8.9. 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'article D. 712-106 du code de la santé publique :

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 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'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'article D. 712-106 du code de la santé publique, une présence sous la forme d'une garde la nuit (de 20 heures à 8 heures), les dimanches ou les jours fériés (de 8 heures à 20 heures).

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 EUR par période de garde assurée.

8.10. 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'article D. 712-117 du code de la santé publique :

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 spécialistes mentionnés à l'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'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'article D. 712-117 du code de la santé publique, une présence sous la forme d'une garde la nuit (de 20 heures à 8 heures), les dimanches ou les jours fériés (de 8 heures à 20 heures).

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 EUR par période de garde assurée.

8.11. Modalités pratiques relatives à la télétransmission :

8.11.1. Mise en oeuvre de la télétransmission :

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, dans la limite des équipements agréés par le Centre national de dépôt et d'agrément (CNDA) de l'assurance maladie, ou homologués par le GIE SESAM-Vitale.

Pour assurer l'élaboration et la télétransmission des feuilles de soins électroniques, le médecin a l'obligation de se doter :

- ou bien d'un logiciel agréé par le Centre national de dépôt et d'agrément (CNDA) et d'un lecteur de carte homologué conforme au référentiel publié par le GIE SESAM-Vitale ;

- ou bien d'un dispositif intégré équivalent homologué conforme au référentiel publié par le GIE SESAM-Vitale ;

- et des moyens de télécommunication suffisants.

8.11.2. Carte de professionnel de santé :

La réalisation et l'émission de feuilles de soins électroniques 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 (CPS ou CPE).

Le médecin demande au conseil de l'ordre dont il dépend un formulaire de carte de professionnel de santé. Il le transmet après visa à la DDASS. Au terme des vérifications d'informations entre la DDASS et la caisse primaire d'assurance maladie, le GIP CPS délivre la carte de professionnel de santé au médecin.

8.11.3. 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 professionnel 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 feuilles de soins électroniques.

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 flux électroniques.

Lorsqu'il souhaite utiliser les services d'un OCT, le médecin doit s'assurer de l'existence des garanties suivantes :

Garanties relatives à la confidentialité du service :

L'OCT s'engage à respecter le secret professionnel tel que défini aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal ;

L'OCT s'engage à effectuer auprès de la CNIL les déclarations et/ou demandes d'autorisation relatives aux traitements qu'il opère pour le compte du médecin ;

L'OCT garantit au médecin la conformité du contrat qui lui est proposé au modèle type qui fait l'objet d'un dépôt dans les conditions dont les parties sont convenues.

Garanties relatives à la liberté de choix du médecin :

L'OCT garantit au médecin utilisant un logiciel agréé SESAM-Vitale la possibilité de ne plus télétransmettre par son intermédiaire dans un délai raisonnable à compter de sa décision et au moyen d'un simple paramétrage du logiciel, réalisable sans frais, afin que le médecin ne soit pas captif de son OCT.

Le médecin utilisant un logiciel agréé doit pouvoir utiliser un réseau d'accès sans être contraint de passer par un OCT et inversement, sauf nécessité technique dûment justifiée (cas des dispositifs homologués où le poste de travail, le réseau et l'OCT forment un ensemble intégré).

Garanties relatives à la neutralité :

L'OCT s'interdit de diffuser aux médecins des messages publicitaires pour des produits ou services pris en charge par l'assurance maladie.

L'OCT garantit aux médecins la conformité du contrat qui les lie, ainsi que de son fonctionnement, avec les dispositions des articles L. 4113-6 et L. 4113-7 du code de la santé publique.

Garanties de qualité de service et cahier des charges SESAM-Vitale :

L'OCT s'engage à ne pas dégrader par son intervention la qualité du service de télétransmission SESAM-Vitale réalisé par le médecin (acheminement des FSE et des messages en retour dans les délais impartis et sans altération).

A cet effet, il doit certifier auprès du médecin :

- qu'il respecte le cahier des charges publié par le GIE SESAM-Vitale ;

- qu'il a passé avec succès les tests techniques ad hoc proposés par le GIE SESAM-Vitale et qu'il les renouvellera en tant que de besoin, notamment en cas de modification intervenue dans les procédures ou sur demande du GIE

SESAM-Vitale ;

- qu'il a passé un accord d'information réciproque avec le GIE SESAM-Vitale relatif aux incidents de télétransmission ;

- qu'il est informé que, faute d'un accusé de réception logique positif (ARL +) en provenance de l'organisme destinataire, sous les 48 heures, le médecin doit émettre à nouveau les lots de feuilles de soins électroniques concernés et que, faute d'un « ARL + » à l'issue d'un nouveau délai de 48 heures, le médecin devra produire des duplicatas papier ;

- qu'il prend toute disposition nécessaire pour informer ses abonnés en cas d'interruption de service supérieure à 24 heures, de manière à ce qu'ils puissent décaler leurs envois, dans les limites des délais réglementaires, pour ne pas être contraints de recourir à des feuilles de soins papier.

8.11.4. Procédure de transmission des feuilles de soins électroniques.

8.11.4.1. Etablissement de la feuille de soins :

La télétransmission des feuilles de soins électroniques s'applique à l'ensemble des médecins, des assurés sociaux et des caisses 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.

8.11.4.2. Validité des informations contenues dans la carte :

Sous réserve de l'inscription de la carte SESAM-Vitale à la liste d'opposition, les informations contenues dans la carte d'assurance maladie le jour de la réalisation de l'acte sont opposables aux caisses comme au médecin et sont seules prises en compte pour le règlement des prestations dues.

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.

8.11.4.3. Garantie de paiement :

Les caisses d'assurance maladie s'engagent, en procédure de dispense d'avance de frais, à effectuer le paiement du médecin de la part obligatoire des prestations facturées dans la feuille de soins électronique, sur la base des informations relatives à la couverture maladie obligatoire contenues dans la carte d'assurance maladie au jour de sa présentation, et sous réserve que la carte ne figure pas sur la liste d'opposition.

8.11.4.4. Liste nationale inter-régime d'opposition des cartes :

L'assurance maladie fait évoluer le système SESAM-Vitale afin de diffuser régulièrement la liste d'opposition aux médecins et de permettre son utilisation conformément à la réglementation.

La liste d'opposition est constituée des numéros de série, classés par ordre croissant, des cartes définitivement mises en opposition. Elle n'est diffusée que sous forme électronique.

La diffusion aux médecins de la liste d'opposition débutera un an après la date à laquelle le GIE SESAM-Vitale aura mis à la disposition des sociétés de service informatiques intéressées l'ensemble des éléments permettant d'accéder à cette liste et de l'utiliser. Cette date sera constatée par le comité technique paritaire permanent prévu à la section IV de la présente convention.

A l'expiration du délai mentionné ci-dessus, seuls les médecins équipés d'un logiciel agréé ou d'un dispositif homologué permettant l'utilisation de la liste d'opposition bénéficieront, en cas de dispense d'avance des frais, de la garantie mentionnée dans la présente annexe.

La liste d'opposition sera mise à la disposition du médecin ou de son OCT dans les huit derniers jours de chaque mois.

A chaque diffusion, cette liste d'opposition sera datée et déposée auprès du comité technique paritaire permanent.

La liste sera opposable au médecin dès sa réception. Elle sera réputée reçue ou rendue accessible au plus tard le premier jour du mois, sauf si le médecin signale, par courrier recommandé avec accusé de réception, dans les 6 premiers jours du mois, à la caisse primaire d'assurance maladie de la circonscription de son lieu d'exercice, un défaut de réception ou une impossibilité d'accès. Sauf abus manifeste, la liste qui lui sera opposable sera la dernière qu'il sera réputé avoir reçue.

8.11.5. Transmission des feuilles de soins électroniques :

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.

8.11.5.1. Tiers payant légal :

La gestion du tiers payant légal (notamment AMG, AT, CMU) 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 définie dans la présente annexe.

8.11.5.2. Traitement des incidents :

Les feuilles de soins non sécurisées (absence ou dysfonctionnement de la carte lors de l'élaboration de la FSE), ne peuvent bénéficier des dispositions de l'article 8.5.4.3 de la présente annexe.

Informations réciproques :

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

Dysfonctionnement lors de l'élaboration de la feuille de soins électronique :

En cas de dispense d'avance des frais et d'impossibilité de produire une feuille de soins électronique sécurisée, chaque organisme d'assurance maladie peut autoriser le médecin à lui transmettre des feuilles de soins électronique en mode « dégradé », c'est-à-dire non signées. Parallèlement, le médecin transmet la feuille de soins papier correspondante à l'organisme d'assurance maladie.

Dans tous les autres cas d'impossibilité de produire une feuille de soins électronique, le médecin remet une feuille de soins sur support papier au patient.

Dysfonctionnement lors de la transmission des feuilles de soins électroniques :

En cas d'échec de la télétransmission d'une feuille de soins électronique, le médecin fait une nouvelle tentative dans les délais réglementairement prévus. En cas de nouvel échec dans la télétransmission de la feuille de soins électronique, et selon les conditions décrites par le code de la sécurité sociale, il établit un duplicata sous forme papier de la feuille de soins électronique. Ce duplicata mentionne expressément le motif de sa délivrance et les références de la FSE non transmise (numéro de FSE et de lot).

En cas de duplicata d'une feuille de soins établie sans dispense d'avance des frais consentie à l'assuré, le médecin signe le duplicata et le remet à l'assuré.

En cas de dispense totale ou partielle des frais consentie à l'assuré, le médecin adresse à la caisse gestionnaire de l'assuré le duplicata de feuille de soins signé par lui-même et si possible par l'assuré.

8.11.5.3. Les retours d'information :

Les retours tiers sont les informations transmises au médecin ou à son mandataire par l'assurance maladie sous la norme NOEMIE concernant l'état de la liquidation des prestations servies par le médecin.

Les caisses s'engagent à développer la norme NOEMIE afin de permettre aux professionnels de santé de disposer des informations utiles et de simplifier leur lisibilité. Son développement implique en particulier la définition des informations essentielles permettant l'identification et le traitement de la facturation de tout autre paiement ou régulation comptable.

Les parties signataires définissent les principaux éléments du retour :

- le libellé sera identifié par les caractéristiques de la facture transmise. Il sera commun à tous les organismes d'assurance maladie excepté les situations spécifiques ;
- le retour correspondra 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 régulation ou la récupération d'indus seront clairement signalés ;
- le rejet sera accompagné des informations permettant d'identifier l'erreur. Il impliquera la modification et le renvoi de la facture par le médecin ;
- tout mouvement financier ou paiement conventionnellement prévu sera spécifié distinctement des factures.

8.12. Vie conventionnelle : règlements types des instances :

8.12.1. Règlement type de la Commission paritaire nationale (CPN) :

Composition :

Les membres consultatifs :

Est membre de plein droit avec voix consultative, un représentant du Conseil national de l'ordre des médecins.

Chacune des sections peut faire appel à des experts lorsqu'elle le juge utile.

Les experts sont alors convoqués par décision de l'instance nationale.

Les experts n'interviennent que sur le point de l'ordre du jour pour lequel leur compétence a été requise.

Installation et fonctionnement :

L'instance nationale doit être installée dans les deux mois suivant l'entrée en vigueur de la convention.

Réunions et tenue du secrétariat :

Réunions :

L'instance nationale se réunit en tant que de besoin et au minimum quatre fois par an.

La réunion est de droit si elle est demandée par le président ou par le vice-président.

L'ordre du jour, cosigné par le président et le vice-président, est adressé par le secrétariat avec la convocation et la documentation au moins 10 jours ouvrés avant la date de la réunion.

La tenue du secrétariat :

Les moyens nécessaires au fonctionnement sont mis en place par l'UNCAM.

Il assure toutes les tâches administratives de l'instance (convocations, relevés de décisions, constat de carence...).

Les délibérations :

L'instance nationale ne peut valablement délibérer que si le quorum est atteint.

Le quorum s'entend comme un nombre de membres présents ou représentés au moins égal à la moitié des membres composant chacune des sections.

En l'absence de quorum, une nouvelle réunion est convoquée dans un délai de quinze jours. Elle délibère valablement quel que soit le nombre de membres présents, sous réserve que la parité soit respectée.

En cas d'absence du titulaire ou du suppléant, une délégation de vote est donnée à un représentant présent de la même section.

Les membres de l'instance nationale sont soumis au secret des délibérations.

Les conditions de vote :

Les décisions sont prises à la majorité des suffrages exprimés. Le nombre de votes est calculé sans tenir compte des bulletins blancs ou nuls.

En cas de partage égal des voix, la question est portée devant les parties signataires.

La CPN adopte, à la majorité des deux tiers, un règlement intérieur qui précise les modalités de son fonctionnement.

Un comité technique paritaire permanent est instauré près la CPN comme prévu au point 4.2.4 de la convention.

La CPN peut constituer des groupes de travail par décision prise à la majorité des deux tiers.

Le relevé de décisions :

Les délibérations font l'objet d'un relevé de décisions signé par le président et vice-président.

Il est adressé aux membres de l'instance nationale et à leurs suppléants, puis soumis à l'approbation des membres à la séance suivante.

Ce document est conservé au secrétariat.

La présidence :

Les présidents de chacune des deux sections assument, par alternance annuelle (année civile), la présidence et la vice-présidence de l'instance nationale.

Le président et le vice-président ne doivent pas appartenir à la même section.

L'indemnité de vacation :

Les représentants des syndicats signataires membres de la section professionnelle, perçoivent une indemnité de 12 C par séance et une indemnité de déplacement.

Carence :

Les partenaires reconnaissent qu'il y a situation de carence dans les cas suivants :

Défaut d'installation dans le délai imparti ; dans ce cas, la section constituée constate la carence et adresse ce constat à la CPN, qui assure alors ses missions ;

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 ;

Absence de quorum plus d'une fois à des réunions ayant donné lieu à convocation officielle, du fait de l'une ou l'autre des sections ;

Refus répété (plus d'une fois), par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour ;

Défaut de réponse de la part du CPN-FPC à une demande de la CPN concernant son domaine de compétence et en particulier ses obligations conventionnelles.

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 cette instance jusqu'à ce qu'il soit remédié à la situation de carence.

Lorsque la carence résulte du refus de voter un point inscrit à l'ordre du jour, le constat de carence ne porte que sur ce point.

Lorsque la carence concerne le CPN FPC, le constat est transmis à la CPN, qui se substitue au CPN-FPC.

8.12.2. Règlement type de la commission paritaire régionale (CPR) :

Composition :

Membres consultatifs :

Sont membres de plein droit avec voix consultative :

- le directeur de l'URCAM ou son représentant, si ces derniers ne sont pas membres délibératifs de la CPR ;
- un représentant du conseil régional de l'ordre des médecins.

Experts :

Chacune des sections peut faire appel à des experts, désignés par la section lorsqu'elle le juge utile. Les experts n'interviennent que sur le point de l'ordre du jour pour lequel leur compétence a été requise.

Selon l'ordre du jour, l'instance régionale peut inviter notamment aux réunions :

- le président du comité paritaire régional de FPC ;
- un membre du conseil scientifique de la FPC ;
- un représentant de chacune des sections généralistes et spécialistes désigné par l'union régionale de médecins libéraux URML.

Chacune des sections peut faire appel à des experts lorsqu'elle le juge utile.

Installation et fonctionnement :

L'instance régionale doit être installée dans les deux mois suivant l'entrée en vigueur de la convention.

Réunions et tenue du secrétariat :

Les réunions :

L'instance régionale se réunit en tant que de besoin et au minimum deux fois par an.

La réunion est de droit si elle est demandée par le président ou par le vice-président.

L'ordre du jour, cosigné par le président et le vice-président, est adressé par le secrétariat avec la convocation et la documentation au moins dix jours ouvrés avant la date de la réunion.

La tenue du secrétariat :

Les moyens nécessaires au fonctionnement sont mis en place par l'URCAM.

Le secrétariat est tenu par l'URCAM. Le secrétariat assure toutes les tâches administratives de l'instance (convocations, relevés de décisions, constat de carence...).

Les délibérations :

L'instance régionale ne peut valablement délibérer que si le quorum est atteint.

Le quorum s'entend comme un nombre de membres présents ou représentés au moins égal à la moitié des membres composant chacune des sections.

En l'absence de quorum, une nouvelle réunion est convoquée dans un délai de quinze jours.

Elle délibère valablement, quel que soit le nombre de membres présents sous réserve que la parité soit respectée.

En cas d'absence du titulaire ou du suppléant, une délégation de vote est donnée à un représentant présent de la même section.

Les membres de l'instance régionale sont soumis au secret des délibérations.

L'instance régionale délibère hors de la présence des experts.

Les conditions de vote :

Les décisions sont prises à la majorité des suffrages exprimés. Le nombre de votes est calculé sans tenir compte des bulletins blancs ou nuls.

En cas de partage égal des voix, sauf dispositions spécifiques, notamment en cas de vote à bulletin secret, la voix du président est prépondérante.

L'instance régionale adopte, à la majorité des deux tiers, un règlement intérieur qui précise les modalités de son fonctionnement.

L'instance régionale peut constituer des groupes de travail par décision prise à la majorité des deux tiers.

Le relevé de décisions :

Les délibérations suivies d'un vote font l'objet d'un relevé de décisions. Il est adressé aux membres de l'instance régionale et à leurs suppléants, puis soumis à l'approbation des membres à la séance suivante. Ce document, signé par le président et le vice-président, est conservé au secrétariat.

Après signature du président et du vice-président, une copie du relevé de décision est adressée à la CPN.

La présidence :

Les présidents de chacune des deux sections assument, par alternance annuelle (année civile), la présidence et la vice-présidence de l'instance régionale.

Le président et le vice-président ne doivent pas appartenir à la même section.

L'indemnité de vacation :

Les représentants des syndicats signataires, membres de la section professionnelle, perçoivent une indemnité de 12 C par séance et une indemnité de déplacement.

La carence :

Il y a situation de carence dans les cas suivants :

a) Non-installation de l'instance, dans le délai de trois mois à compter de la date d'entrée en vigueur de la convention, résultant :

De l'absence de désignation des membres des instances par l'une ou l'autre section ;

Ou de l'insuffisance du nombre de titulaires ou membres suppléants désignés dans l'une ou l'autre section de l'instance, au regard du nombre de sièges prévu dans le texte conventionnel.

Le constat de carence est dressé par le secrétariat de l'instance et adressé à la CPN.

La section constituée assure alors les travaux qui relèvent de l'instance régionale, jusqu'à installation complète de l'instance.

b) En cas de dysfonctionnement :

En cas de :

Absence de réunion résultant de l'incapacité répétée (plus d'une fois) des sections de l'instance soit à fixer une date de réunion, soit à arrêter un ordre du jour commun, soit à atteindre le quorum à une réunion ayant donné lieu à convocation officielle, du fait de l'une ou l'autre section de l'instance.

Refus répété (plus d'une fois), par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour nécessitant délibération.

Le constat de carence est dressé par le secrétariat de l'instance, et adressé à la CPN, ou au CPN FPC lorsque l'instance est le CPR FPC.

Dans ces cas, 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 cette instance jusqu'à ce qu'il soit remédié à la situation de carence.

Lorsque la carence résulte du refus de voter un point inscrit à l'ordre du jour, le constat de carence ne porte que sur ce point.

8.12.3. Règlement type de la commission paritaire locale (CPL) :

Composition :

Les membres consultatifs :

Les directeurs des caisses ou leur représentant, si ces derniers ne sont pas membres délibératifs de la CPL, sont membres consultatifs de plein droit.

Est membre de plein droit avec voix consultative un représentant du conseil départemental de l'ordre des médecins.

Les experts :

Chacune des sections peut faire appel à des experts lorsqu'elle le juge utile.

Les experts n'interviennent que sur le point de l'ordre du jour où leur compétence a été requise.

Installation et fonctionnement :

L'instance locale doit être installée dans les deux mois suivant l'entrée en vigueur de la convention.

Réunions et tenue du secrétariat :

Les réunions :

L'instance locale se réunit en tant que de besoin et au minimum 6 fois par an.

La réunion est de droit si elle est demandée par le président ou par le vice-président.

L'ordre du jour, cosigné par le président et le vice-président, est adressé par le secrétariat avec la convocation et la documentation au moins 10 jours ouvrés avant la date de la réunion.

La tenue du secrétariat :

Les moyens nécessaires au fonctionnement sont mis en place par les caisses.

Sauf avis contraire prévu au règlement intérieur, le secrétariat est tenu par le régime général. Il assure toutes les tâches administratives de l'instance (convocations, relevés de décisions, constat de carence...).

Les délibérations :

L'instance locale ne peut valablement délibérer que si le quorum est atteint.

Le quorum s'entend comme un nombre de membres présents ou représentés au moins égal à la moitié des membres

composant chacune des sections.

En l'absence de quorum, une nouvelle réunion est convoquée dans un délai de 15 jours. Elle délibère valablement quel que soit le nombre de membres présents, sous réserve que la parité soit respectée.

En cas d'absence du titulaire ou du suppléant, une délégation de vote est donnée à un représentant présent de la même section.

Les membres de l'instance locale sont soumis au secret des délibérations.

L'instance locale délibère hors de la présence des experts.

Les conditions de vote :

Les décisions sont prises à la majorité des suffrages exprimés. Le nombre de votes est calculé sans tenir compte des bulletins blancs ou nuls.

L'instance locale adopte, à la majorité des deux tiers, un règlement intérieur qui précise les modalités de son fonctionnement.

L'instance locale peut constituer des groupes de travail par décision prise à la majorité des deux tiers.

En cas de partage égal des voix :

a) S'il s'agit des travaux de la CPL, autres que ceux visés en b ci-après, la délibération sur le point litigieux est reportée à une séance ultérieure intervenant au plus tard dans le mois qui suit.

Il est alors procédé à un deuxième vote. La décision est adoptée à la majorité simple des voix exprimées. En cas de nouveau partage des voix, la voix du président est alors prépondérante ;

b) Dans le cadre des procédures liées à un suivi individuel, la commission doit se prononcer. Il est procédé à un deuxième vote au cours de la même séance. La décision est adoptée à la majorité simple des voix exprimées.

Les délibérations portant sur les procédures conventionnelles individuelles visées en b font l'objet d'un vote à bulletin secret.

Le relevé de décisions :

Les délibérations font l'objet d'un relevé de décisions signé par le président et le vice-président.

Il est adressé aux membres de l'instance locale et à leurs suppléants, puis soumis à l'approbation des membres à la séance suivante.

Ce document est conservé au secrétariat.

La présidence :

Les présidents de chacune des deux sections assument, par alternance annuelle (année civile), la présidence et la vice-présidence de l'instance locale.

L'indemnité de vacation :

Les représentants des syndicats signataires, membres de la section professionnelle, perçoivent une indemnité de 12 C par séance et une indemnité de déplacement.

La carence :

Les partenaires reconnaissent qu'il y a situation de carence dans les cas suivants :

Situation générale :

a) Non-installation de l'instance, dans le délai de trois mois à compter de la date d'entrée en vigueur de la convention, résultant :

- de l'absence de désignation des membres des instances par l'une ou l'autre section ;

- ou de l'insuffisance du nombre de titulaires ou membres suppléants désignés dans l'une ou l'autre section de l'instance, au regard du nombre de sièges prévu dans le texte conventionnel.

Dans cette situation, la section constituée informe la CPN. Les travaux qui relèvent de l'instance locale sont alors assurés par la section constituée et ce, jusqu'à ce qu'un accord soit trouvé.

b) En cas de dysfonctionnement :

Non-tenu de réunion résultant de l'incapacité répétée (plus d'une fois) des sections de l'instance, soit à fixer une date de réunion, soit à arrêter un ordre du jour commun, soit à atteindre le quorum à une réunion ayant donné lieu à convocation officielle, du fait de l'une ou l'autre section de l'instance.

c) Refus, par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour nécessitant délibération.

Dans les cas a et b, 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.

Le constat de carence est dressé par le secrétariat de l'instance. Le constat est adressé à la CPN.

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 cette instance jusqu'à ce qu'il soit remédié à la situation de carence.

Lorsque la carence résulte du refus de voter un point inscrit à l'ordre du jour, le constat de carence ne porte que sur ce point.

8.13. Modalités pratiques relatives à la formation professionnelle conventionnelle :

8.13.1. Missions du conseil scientifique de la FPC :

Le conseil scientifique donne un avis au CPN FPC pour l'agrément des organismes de formation souhaitant organiser des actions de formation professionnelle conventionnelle. Cet avis porte sur les compétences pédagogiques et scientifiques des organismes. Il s'impose au CPN FPC qui ne peut agréer que les organismes de formation ayant fait l'objet d'un avis favorable du conseil scientifique.

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. 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.

8.13.2. Missions de l'organisme gestionnaire conventionnel :

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.

Conformément à la remarque préliminaire formulée en tête du chapitre 6 du présent texte, afin de ne pas interrompre le déroulement de la campagne de FPC 2005 : le protocole de financement dont il est fait mention au paragraphe 6.5, conclu entre les caisses nationales d'assurance maladie et l'OGC le 17 janvier 2003, est maintenu par la présente convention dans l'attente de la conclusion éventuelle d'un nouveau protocole.

8.13.3. Conditions et modalités de versement de l'indemnité pour perte de ressources aux médecins formés dans le cadre du dispositif de 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 suivantes :

- exercer sous le régime de la présente convention nationale ;
- suivre une action de formation agréée dans les conditions définies par la présente convention, et d'une durée :
 - soit au moins égale à deux journées consécutives ;
 - soit au moins égale à trois journées non consécutives, pour un cursus de formation selon les modalités du cahier des charges défini par le CPN FPC.

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 continue, et comportant les informations suivantes :

- l'identification du praticien ;
- le thème, les lieux 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.

8.13.4. De l'évaluation de la formation professionnelle conventionnelle :

8.13.4.1. 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.

8.13.4.2. 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 des actions de formation par les parties signataires réunies en CPN FPC.

Les résultats de ces évaluations font l'objet d'un rapport annuel d'activité réalisé par le conseil scientifique et transmis au CPN FPC.

8.13.4.3. 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'efficacité de la formation professionnelle conventionnelle.

8.13.4.4. 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.

8.14. Permanence des soins :

L'article 2.2 de la convention nationale prévoit que les parties signataires définiront au plus tard le 15 mars 2005, par voie d'avenant conventionnel, un nouveau dispositif de permanence des soins conformément aux modifications réglementaires attendues.

Dans l'attente, c'est le dispositif actuel, dont les bases réglementaires sont deux avenants conventionnels publiés par arrêtés du 31 janvier 2002 et du 28 juin 2002 rappelés ci-après, qui continue de s'appliquer.

8.14.1. Dispositions de l'arrêté du 31 janvier 2002 (JO du 1er février 2002) : avenant n° 8.

« 3. L'organisation de la permanence des soins

Les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité d'une meilleure organisation des gardes et astreintes permettant à la fois d'alléger la contrainte que représente cette activité pour les médecins généralistes et d'autre part de mieux rémunérer ces périodes d'exercice.

Les articles 3.1 "Associations de garde et d'astreinte" et 3.2 "Conditions des médecins libéraux au sein des associations" ont été abrogés par l'arrêté du 28 juin 2002.

3.3. Dispositions financières

3.3.1. Financement de la régulation

30 millions d'euros seront consacrés au financement de la régulation.

3.3.2. Honoraires du médecin d'astreinte

Une enveloppe de 40 millions d'euros est attribuée aux instances régionales conventionnelles pour le financement d'astreintes, réparties sur le territoire à partir des secteurs de garde existants. Dans ce cadre, la réalisation d'une astreinte de 12 heures donne lieu au versement de 50 euros.

3.4. Meilleure prise en compte des soins dispensés la nuit

Afin de prendre en compte la pénibilité des soins effectués la nuit, la majoration de nuit prévue par l'article 14 des dispositions générales de la NGAP est revalorisée à compter du 1^{er} février 2002 pour les médecins généralistes. Le montant de cette majoration est porté à 35 euros pour les actes effectués de 20 heures à minuit et de 6 heures à 8 heures, et 40 euros pour les actes effectués entre 0 heure et 6 heures.

3.5. Mesure immédiate

Les partenaires conventionnels conviennent que la majoration de dimanche et jours fériés est étendue à compter du 1^{er} février 2002 aux consultations réalisées le samedi après-midi par le médecin de garde dans chacun des 3 100 secteurs (remplacé dans l'arrêté du 28 juin par "dans chacun des secteurs existants). »

8.14.2. Dispositions de l'arrêté du 28 juin 2002 (JO du 29 juin 2002) : avenant n° 10.

II. - Modification de l'avenant 8 :

Article 7

Les partenaires conventionnels décident de modifier les articles suivants de l'avenant n° 8 à la convention nationale comme suit.

Article 7.1

L'article 3.1 "Associations de garde et d'astreinte et l'article 3.2 "Conditions d'exercice des médecins libéraux au sein des associations de l'avenant 8 sont abrogés et remplacés par les articles suivants :

Article 3.1

Dans le cadre du dispositif de permanence des soins organisé conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur, et afin d'en améliorer le fonctionnement tant du point de vue des patients que de celui des praticiens, les partenaires conventionnels ont décidé de mettre en place, sur la base du volontariat, une rémunération du médecin d'astreinte désigné par l'autorité compétente.

Ce dispositif pourra éventuellement faire l'objet d'une modification afin de prendre en compte les évolutions légales et réglementaires et notamment la parution du décret d'application de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.

Article 3.2

Article 3.2.1

L'astreinte rémunérée est celle effectuée la nuit de 20 heures à 8 heures ainsi que le dimanche et les jours fériés de 8 heures à 20 heures.

Peuvent bénéficier de la rémunération de l'astreinte, les médecins désignés par l'autorité compétente, chargés d'assurer l'astreinte dans un secteur de permanence des soins.

Article 3.2.2

Les partenaires conventionnels se fixent pour objectif de favoriser, en concertation avec l'ensemble des partenaires compétents, une meilleure sectorisation en vue d'améliorer leurs conditions d'exercice et d'assurer la permanence des soins pour l'ensemble des patients.

Un suivi de la mise en oeuvre du dispositif et, en particulier, à partir de l'existant, du regroupement des secteurs sera assuré par les signataires. Un premier bilan sera réalisé au 30 novembre 2002.

Article 3.2.3

Les parties signataires conviennent de l'importance de compléter le dispositif de permanence des soins par le renforcement de la régulation des appels téléphoniques.

La régulation est organisée en lien avec le Centre 15. Elle suppose la participation des médecins généralistes libéraux. Cette participation fera l'objet d'un financement.

Ces financements seront gérés au niveau régional par les instances compétentes notamment conventionnelles, en liaison avec les représentants de l'ordre des médecins et de l'Etat.

Article 7.4

A l'article 3-5 "Mesure immédiate, les mots : "3 100 secteurs sont remplacés par les termes : "secteurs existants. »

8.15. L'option conventionnelle médecin référent.

La présente convention prévoit au paragraphe 1.1.5 que les modalités pratiques de la convergence des dispositifs « médecin traitant » et « médecin référent », feront l'objet d'un avenant au plus tard le 15 novembre 2005. Dans l'attente, les dispositions issues des textes conventionnels précédents sont reprises ci-après pour les praticiens médecins référents à la date d'entrée en vigueur de la présente convention et pour ceux de leurs patients ayant adhéré à l'option.

En revanche, aucune nouvelle adhésion de praticien ni de patient ne pourra être demandée à compter de l'entrée en vigueur de la convention.

8.15.1. Extrait de la convention nationale des médecins généralistes du 26 novembre 1998 parue au Journal officiel du 5 décembre 1998.

« Chapitre V

Les parties signataires considèrent que la coordination des soins est un élément essentiel de l'amélioration du système de soins.

Conformément aux dispositions de l'article L. 162-5 (11°) du code de la sécurité sociale, elles conviennent de définir les conditions particulières d'exercice destinées à assurer la coordination des soins par les médecins généralistes qui le souhaitent et rempliront un rôle de médecin référent auprès de ceux de leurs patients qui en auront fait le choix.

Au travers de cette option, les parties signataires entendent favoriser :

- la qualité des soins ;
- la prévention et les actions de santé publique ;
- le suivi médical et la continuité des soins ;
- l'amélioration des conditions d'accès aux soins ;
- l'optimisation des dépenses de santé.

Les Parties signataires sont conscientes des exigences de qualité qu'implique cette nouvelle forme de délivrance des soins, tant pour les médecins que pour les patients adhérents. Elles sont conscientes aussi que sa mise en oeuvre et son fonctionnement exigeront l'effort et l'attention particulière des organismes nationaux et locaux d'assurance maladie.

Section 1

Organisation de l'option

Article 5.1

Adhésion de l'assuré

Article 5.1.1

Acte d'adhésion

Tout assuré ou tout ayant droit âgé de seize ans ou plus a la possibilité de s'engager dans une démarche qualité fondée sur la continuité et la coordination des soins. A cette fin, il souscrit un acte d'adhésion formalisant son engagement auprès d'un médecin référent librement choisi. Cet engagement est transmis par l'assuré à sa caisse, qui vérifie notamment sa situation au regard de l'ouverture des droits.

Cet acte d'adhésion est conforme à un modèle type fixé par la CCPN.

Article 5.1.2

Durée de l'adhésion

La durée de cette option est d'un an renouvelable ; elle peut être transférée sur un autre médecin référent, dans les mêmes conditions que la décision initiale. Sauf cas exceptionnel et justifiable, ce transfert ne peut s'effectuer qu'au moment du renouvellement de l'option.

Son renouvellement fait l'objet d'une démarche expresse entre l'adhérent et sa caisse d'affiliation. La caisse informe, le cas échéant, le médecin du non-renouvellement de l'adhésion de son patient.

Article 5.2

Adhésion du médecin

Article 5.2.1

Situation du médecin

Sous réserve des lois d'amnistie, le praticien qui adhère à l'option doit n'avoir subi aucune condamnation ordinaire ou professionnelle devenue définitive et comportant interdiction d'exercer la médecine ou de donner des soins aux assurés sociaux, déconventionnement ou suspension de conventionnement, dans les cinq années qui précèdent son adhésion.

Article 5.2.2

Conditions d'exercice du médecin

Les conditions d'exercice du médecin doivent être adaptées aux nouvelles responsabilités du médecin référent dans le domaine de la continuité et de la coordination des soins et permettre d'améliorer la qualité des soins et les conditions d'accès aux soins.

Dans cette perspective, le médecin doit exercer l'essentiel de son activité dans le cadre de la médecine générale et satisfaire aux conditions d'activité figurant aux articles 1er et 2 de la charte de qualité du médecin référent figurant en annexe II.

La condition d'exercice de l'activité dans le cadre de la médecine générale s'apprécie au regard d'un taux minimum de 75 % de l'activité en actes cotés en C ou V.

Article 5.2.3

Acte d'adhésion

Les médecins généralistes formalisent, auprès de la caisse du lieu d'implantation de leur cabinet principal, leur entrée dans l'option par le biais d'un formulaire dont le modèle est fixé par la CCPN. Ce formulaire rappelle les termes de la charte d'engagement professionnel.

Toutefois, le médecin peut renoncer à l'option et, dans ce cas, il doit assurer jusqu'à leur terme le suivi des malades qui l'ont choisi comme référent. Il en informe expressément la caisse par écrit.

Après information du patient, le médecin peut dénoncer, avant son échéance, le contrat conclu avec ce dernier. Il en informe la caisse par écrit.

Article 5.3

Charte de qualité

En adhérant à la présente option, le médecin référent décide d'assurer les garanties professionnelles et de respecter les engagements de compétence et de transparence mentionnés dans la charte de qualité de l'annexe II.

Le respect des garanties professionnelles est vérifié chaque année comme critère de renouvellement de l'option.

Le respect des engagements de compétence et de transparence peut être apprécié à tout moment par les instances conventionnelles. Il conditionne le maintien dans l'option.

Article 5.4

Engagements et droits des patients

Le patient choisit une démarche qualité fondée sur la continuité et la coordination des soins. En adhérant, il accepte la transparence et la complétude des données médicales le concernant.

Les coordonnées du médecin référent figurent sur son carnet de santé.

Article 5.5

Recours de première intention

L'assuré adhérent a un recours exclusif au médecin référent pour toute demande de soins de première intention.

Il s'engage à ne pas consulter un autre médecin généraliste, sauf urgence, changement momentané de résidence, ou autre situation exceptionnelle.

Lorsque la situation le justifie, il fait appel à des spécialistes qu'il choisit en concertation avec son médecin référent.

Le service médical peut vérifier les raisons qui ont amené le patient à ne pas respecter ses engagements et, le cas échéant, le placer hors de l'option. La notification de la sortie de l'option est assurée par la caisse, qui en informe le médecin.

De même, si le médecin référent constate que le patient adhérent ne respecte pas l'esprit et la portée de cette option, il lui signifie sa décision de rompre le contrat et en informe la caisse.

Article 5.6

Document médical de synthèse

L'assuré adhérent demande au médecin référent de tenir son document médical de synthèse, dans le respect des dispositions relatives au secret médical.

La transmission des informations figurant dans le document médical de synthèse aux autres médecins qu'il serait amené à consulter sur indication du médecin référent est soumise à son accord.

Il signale à tous les médecins qu'il est amené à consulter l'existence de ce document. Tout médecin consulté adhérent à la présente convention transmet au médecin référent, conformément au code de déontologie et pour des raisons de transparence, le compte rendu de son intervention. Il atteste cette démarche sur la feuille de soins. En adhérant à l'option, l'assuré s'engage à demander une telle transmission pendant toute la durée de son adhésion. L'assuré adhérent demande à tous les autres médecins consultés de respecter les mêmes formalités.

Le patient produit à chaque consultation son carnet de santé, sauf cas d'urgence ou force majeure. Il demande à tout médecin consulté d'y inscrire les informations pertinentes dans le respect de la déontologie.

Article 5.7

Prévention

L'assuré adhérent prend en compte, dans l'intérêt de sa santé, les recommandations de son médecin référent en matière de prévention et dépistage.

Section 2

Avantages conférés par l'adhésion

Article 5.8

Rémunération forfaitaire

En contrepartie des obligations définies dans la charte de qualité, le médecin référent perçoit une rémunération forfaitaire annuelle par patient. Elle est versée par la caisse d'affiliation du patient.

Cette rémunération est fixée à 150 F pour les adhésions formulées au cours de l'année 1999. Avant le 1er juin 1999, un avenant conventionnel fixera le montant d'une majoration de cette somme, modulée selon des critères conformes aux objectifs qui figurent dans la charte de qualité, ainsi que, le cas échéant, selon la zone géographique d'exercice.

La somme due au titre de cette rémunération forfaitaire est versée pour moitié au vu de l'acte d'adhésion conjoint du médecin et de son patient. La deuxième moitié est versée à son échéance, sauf dans les cas où l'option a été interrompue en cours d'année pour quelque motif que ce soit.

Pour les groupes de médecins référents et dans les cas de mise en commun de tout ou partie des honoraires (SCM, SCP, SEL), la rémunération forfaitaire peut être versée à un compte désigné en commun par l'ensemble des médecins référents du groupe médical.

Article 5.9

Application de la dispense d'avance des frais

Le versement de la part des honoraires due aux médecins référents par l'organisme de prise en charge est assuré par la procédure de dispense d'avance des frais. La feuille de soins ou son support électronique est transmise par le médecin à la caisse d'affiliation du patient, sous réserve des dispositions du dernier alinéa.

Les assurés ayant choisi un médecin référent peuvent bénéficier de cette procédure de dispense d'avance des frais pour les actes réalisés par ce médecin et concernant leurs ayants droit âgés de moins de seize ans et figurant sur leur carte d'assuré social.

Dans le cas d'un groupe de médecins référents avec mise en commun des documents médicaux de synthèse, organisation commune de permanence et de continuité des soins, l'assuré adhérent bénéficie de la dispense d'avance des frais quand il est amené à faire appel à un autre médecin référent du groupe en l'absence de son médecin référent.

Les caisses s'engagent à émettre l'ordre de virement de la facturation dans un délai maximum de huit jours à compter de la réception par celles-ci des feuilles de soins ou de leurs supports électroniques. S'il s'avérait, pour des circonstances exceptionnelles que le règlement des honoraires aux praticiens soit impossible ou s'il devait excéder le délai susvisé, les parties signataires pourraient suspendre temporairement la procédure de dispense d'avance des frais et autoriser les praticiens à percevoir directement leurs honoraires.

Cette dispense d'avance des frais est étendue aux actes réalisés par des médecins spécialistes qui se déclarent "correspondants d'un médecin référent, pratiquent les tarifs du secteur 1, dont le nom est transmis aux organismes d'assurance maladie par un médecin référent.

Pour les patients non exonérés du ticket modérateur pour des raisons médicales ou sociales et qui bénéficient d'une couverture complémentaire, les caisses chercheront à favoriser par le biais d'accords conclus avec les régimes complémentaires les conditions permettant aux patients d'être également dispensés du règlement direct du ticket modérateur.

Les caisses mettront en oeuvre les modalités de centralisation des envois des feuilles de soins papier lorsqu'un tel envoi ne s'oppose aux dispositions du chapitre II.

Article 5.10

Plate-forme de services

Les parties signataires mettent en place, au niveau local, sous réserve d'un nombre suffisant de médecins référents et de patients adhérents, une plate-forme de services.

Cette plate-forme, au service des assurés adhérents, assure un accueil téléphonique de conseil et d'orientation médicale.

Elle est notamment destinée à être appelée en cas d'absence du médecin référent.

Elle assure également, au service du médecin référent, un service d'aide technique, administrative et médicale.

La CCPN ou, le cas échéant, les CCPL en assurent le suivi et l'évolution des fonctionnalités.

Section 3

Engagements de l'assurance maladie

Article 5-11

Procédures d'adhésion et de renouvellement

de l'option conventionnelle

Article 5.11.1

Les CPAM agissant pour le compte des autres régimes envoient à chaque médecin généraliste dans le mois qui suit l'agrément de la convention le texte conventionnel accompagné d'un document de communication présentant le dispositif de l'option médecin référent.

Le formulaire de levée d'option est inclus dans l'envoi de la convention.

Le médecin qui désire adhérer à l'option fait retour du formulaire à la CPAM. Sans réponse de celle-ci au médecin dans les quinze jours, cette adhésion est réputée acquise.

La CPAM met librement à disposition des régimes complémentaires des assurés et des partenaires conventionnels locaux la liste et les coordonnées des médecins adhérant à l'option.

Article 5.11.2

La CPAM met à la disposition des médecins référents les formulaires d'adhésion des patients. Ces formulaires comportent quatre volets, l'un est conservé par le médecin référent, deux sont adressés respectivement par l'adhérent à sa caisse d'affiliation et à son régime complémentaire éventuel, le dernier étant conservé par l'adhérent.

Les formulaires d'adhésion sont acheminés en tant que de besoin sur la demande des médecins référents, avec un premier envoi qui ne peut être inférieur à cinquante exemplaires.

Sans réponse de la part de la caisse d'affiliation dans un délai de quinze jours, l'option est réputée ouverte pour le patient. Le refus d'enregistrement éventuel est motivé et porté simultanément à la connaissance du médecin et du patient.

Il en est de même, dans les quinze jours qui suivent l'échéance annuelle de l'option, en cas de refus de prolongation de l'option pour un patient.

Article 5.12

Gestion de la dispense d'avance de frais

Article 5.12.1

Disposition transitoire

Dans l'attente de la mise en oeuvre de la télétransmission des feuilles de soins, un dispositif transitoire de gestion de la dispense d'avance des frais papier est mis en oeuvre par les organismes locaux.

Ce dispositif comprend la mise à disposition des médecins référents du département :

- d'une adresse unique par médecin pour l'envoi des feuilles de soins ;
- d'une procédure de règlement a priori de la part remboursable des honoraires.

Article 5.12.2

En ce qui concerne les patients non exonérés du ticket modérateur pour des raisons médicales ou sociales et disposant d'une couverture complémentaire, les organismes locaux recherchent et mettent en oeuvre les accords techniques, nécessaires au plan local, permettant d'assurer en un seul ou plusieurs flux l'intégralité du règlement dû au médecin référent.

Article 5.12.3

Les dispositions de l'article 5.12 sont mises en oeuvre avant l'acheminement des actes d'adhésion des patients et, au plus tard trois mois après l'entrée en vigueur de la présente convention. Elles conditionnent l'ouverture de l'option aux assurés de la circonscription de caisse considérée.

Les CCPL en apprécient l'effectivité avant le lancement de la campagne de communication locale.

Article 5.13

Communication et information

Article 5.13.1

Communication

Conscientes de l'effort qui devra être entrepris afin d'informer tant les médecins que les assurés des différents aspects et avantages de cette option, les parties signataires définissent chaque année en CCPN un plan de communication sur ce thème. Ce plan précise le calendrier et les moyens consacrés aux différentes campagnes d'information et de sensibilisation.

Article 5.13.2

Des documents de communication à destination des patients sont établis par la CCPN. Ils sont adressés en nombre suffisant à chaque médecin référent afin d'être mis à disposition de ses patients.

Les caisses déterminent les modalités d'information et de sensibilisation des assurés et des médecins généralistes les mieux adaptées (messages, réunions publiques, usage des média locaux).

Les CCPL veillent à l'ensemble des opérations de communication. Elles proposent le budget des différentes actions et leur calendrier de réalisation.

Article 5.13.3

Les organismes locaux de l'assurance maladie mettent en place un système d'information permettant la diffusion ou le retour d'information sur chaque médecin référent. Ce retour s'effectue sur support informatique.

Il comprend des informations générales spécifiques aux médecins référents telles que :

- l'information sur le nombre de médecins ou de patients inscrits dans l'option dans la circonscription ;
- le nom des nouveaux médecins généralistes entrés dans l'option à même d'organiser la permanence ou la continuité des soins ;
- les informations à destination des médecins référents issues des commissions paritaires locales ou nationale ;
- les nouvelles recommandations ou nouveaux référentiels destinés aux médecins référents.

Article 5.14

Aide administrative

Les organismes locaux mettent en oeuvre un accompagnement personnalisé des médecins référents, avec comme règle de base "Un médecin référent, un correspondant administratif personnel, un médecin conseil correspondant.

Ces derniers l'assistent pour assurer le bon fonctionnement de l'option.

Le correspondant administratif contacte le médecin référent lors de son entrée dans l'option.

Le médecin référent et le médecin conseil peuvent se rencontrer à l'initiative de l'un ou de l'autre pour toute question ayant trait à l'amélioration et à la coordination des soins. Pour qu'ils puissent assurer leur mission de façon coordonnée, les caisses et les échelons locaux du service médical veilleront à ce que les correspondants assistent les mêmes groupes de médecins référents. »

8.15.2. Annexe II de la convention nationale des médecins généralistes du 26 novembre 1998 : charte de qualité du médecin référent.

« Section 1

Garanties professionnelles

Article 1er

Condition d'activité liée à la qualité des soins

A titre de critère d'entrée dans l'option et de maintien dans celle-ci, le médecin doit attester avant son entrée dans l'option d'une activité minimale, correspondant à un nombre d'actes en C + V, calculé sur l'année civile précédant l'année de l'adhésion à l'option, de 1 500 actes pour une activité libérale à temps complet. Les médecins installés depuis moins de deux ans ainsi que ceux ayant momentanément réduit leur activité de 10 % au minimum au profit d'une autre activité médicale, prescriptive ou non, sont dispensés du respect de ce seuil.

Article 2

Seuil de qualité

Le médecin référent s'engage à respecter un seuil maximal annuel d'activité correspondant au nombre d'actes au-delà duquel les partenaires conventionnels estiment qu'il n'est plus possible d'assurer une médecine de qualité, compte tenu des responsabilités nouvelles qui s'attachent à l'adhésion à l'option.

Ce seuil, calculé en nombre d'actes en C + V sur l'année qui précède le renouvellement de l'option, est établi par les CMPL compte tenu des caractéristiques locales. Lorsque le seuil excède 7 500 actes, il est soumis pour aval au CMPN qui détermine les conditions de son évolution.

En l'absence d'accord local, ce seuil est fixé par le CMPN.

Article 3

Permanence et continuité des soins

Le médecin référent apporte à son patient une réponse organisée à sa demande de soins. Pendant les jours et heures d'ouverture de son cabinet prévues pour les consultations et les visites, il assure la permanence et la continuité des soins.

En dehors des heures et jours d'ouverture de son cabinet, le médecin référent s'engage à prendre les dispositions nécessaires pour que le patient bénéficie à tout moment d'une réponse adaptée à ses besoins. Il s'assure que les patients bénéficient des services d'un système de permanence des soins et d'urgence auquel il participe et auprès duquel il obtient, dans le respect du code de déontologie, les données médicales issues du recours éventuel de son patient à ce système. Il en informe le patient.

Dans les cas où le médecin exerce seul, il propose au patient adhérent un médecin le remplaçant durant ses absences, avec lequel il entretient les relations nécessaires à la coordination des soins, notamment grâce au document médical de synthèse informatisé.

Le médecin référent établit les relations partenariales nécessaires à une bonne coordination des soins pour les patients, tant avec les spécialistes qu'avec les services hospitaliers et les équipes médico-sociales.

Article 4

Exercice de groupe

Afin d'améliorer les conditions de la permanence et de la continuité des soins, les parties signataires conviennent de favoriser l'exercice en groupe des médecins référents.

Dans le cadre d'un groupe de médecins référents, les seuils définis aux articles 1er et 2 pourront être appréciés sur l'activité équivalent temps plein du groupe, en fonction du nombre de médecins.

Les médecins référents exerçant dans ces groupes peuvent assumer collectivement certaines responsabilités nouvelles relatives à l'option, notamment dans les domaines de la continuité des soins, de la tenue du document médical de synthèse ou des activités de prévention.

Article 5

Respect des tarifs conventionnels

Le médecin référent s'engage à faire bénéficier ses patients adhérant à l'option des tarifs conventionnels, en s'interdisant l'usage des dépassements visés aux paragraphes b et c de l'article 1er.11 de la convention nationale.

Article 6

Dispense d'avance des frais

Le médecin référent s'engage à faire bénéficier son patient adhérent de la procédure de dispense d'avance des frais décrite à l'article 5-9 de la convention.

Article 7

Document médical de synthèse

Article 7.1

Tenue du document médical de synthèse

Le médecin référent s'engage à tenir pour le compte de son patient un document médical de synthèse dans lequel il fait figurer toute information utile concernant la santé de son patient. Les rubriques de ce document peuvent être précisées par le CMPN.

Ce document médical, élément essentiel de la qualité et de la coordination des soins, est la propriété du patient, qui peut à tout moment obtenir communication de tout ou partie de ses éléments conformément aux dispositions en vigueur.

Lorsqu'il conseille à son patient de consulter un autre médecin, le médecin référent s'engage à demander à ce dernier les informations médicales nécessaires dans le respect du code de déontologie médicale et dans le respect du droit du malade.

Le médecin référent fait figurer dans ce document les informations médicales nécessaires qui lui sont communiquées par l'ensemble des médecins, notamment hospitaliers, consultés par le patient adhérent.

En cas de changement par le patient de médecin référent, dans les conditions prévues à l'article 5.1.2 de la convention, ce dernier s'engage à transmettre toutes les données médicales utiles en sa possession au nouveau médecin référent désigné par le patient.

Il s'engage en outre à remplir le carnet de santé de son patient conformément à la réglementation en vigueur.

Article 7.2

Informatisation du document médical de synthèse

Ce document médical doit faire l'objet d'une gestion informatisée dans le délai d'un an maximum à compter de l'adhésion à l'option. Le médecin référent s'engage à respecter l'ensemble des dispositions législatives, réglementaires et déontologiques en vigueur.

Avant le 1er mars 1999, les partenaires conventionnels soumettront pour avis à la CNIL et au Conseil supérieur des systèmes d'information en santé les conditions de la sécurisation, du stockage et de la transmission des données qu'ils recommandent.

Article 8

Prescriptions pharmaceutiques

Le médecin référent se tient régulièrement informé de la mise sur le marché des médicaments génériques.

Lorsqu'il existe plusieurs équivalents thérapeutiques ayant la même dénomination commune internationale (DCI), le médecin référent s'engage à prescrire les médicaments les moins onéreux parmi ceux-ci sur la base du guide des équivalents thérapeutiques, régulièrement mis à jour par les partenaires conventionnels réunis au sein de la CCPN, après avis du CMPN, et diffusé par l'assurance maladie.

Le médecin référent s'engage à prescrire les médicaments visés ci-dessus à concurrence d'au moins 15 % de la valeur de sa prescription médicamenteuse totale, dont 5 % au titre des médicaments génériques tels que définis par la réglementation en vigueur. Ces taux pourront être revus par les parties signataires, à l'occasion de l'élaboration de l'annexe annuelle.

Les dispositions du présent article pourront être réexaminées par les parties signataires en cas de modification substantielle de la législation et/ou de la réglementation relatives aux modalités de prescription et de distribution des médicaments et aux systèmes de formation des prix des produits pharmaceutiques.

Section 2

Engagements de compétence et de transparence

Article 9

Dépistage, prévention

Article 9.1

Participation à la prévention

Le médecin référent participe aux actions de prévention que les Parties signataires décident chaque année de promouvoir et, dans les mêmes conditions, à toute enquête ou recueil d'information à caractère épidémiologique, notamment sur l'initiative du réseau national de santé publique.

Article 9.2

Suivi de dépistage et de prévention

Le médecin référent propose à ses patients le bénéfice d'un suivi adapté de dépistage et de prévention. Dans le cadre de la prescription des examens systématiques, notamment de nature préventive, il s'engage au respect des référentiels, établis notamment en fonction de l'âge, du sexe et, le cas échéant, des facteurs de risques, et des conclusions des conférences de consensus validées par les instances scientifiques d'experts (ANAES, Agence du médicament).

Dans les situations de comportements à risque (tabagisme, alcoolisme, toxicomanie, état suicidaire...), il s'engage à pratiquer une médecine privilégiant écoute et dialogue dans le cadre d'un suivi planifié entre lui-même et le malade.

Article 10

Recommandations, référentiels et plans de soins

Article 10.1

Respect des recommandations

de bonne pratique et référentiels

Le médecin référent intègre dans sa pratique les recommandations de bonne pratique en médecine générale et les référentiels élaborés notamment par l'ANAES et l'Agence du médicament.

Article 10.2

Participation à l'évolution

des recommandations de bonne pratique

Les médecins référents ont pour vocation de participer à l'évolution des référentiels de bonne pratique, au travers des évaluations qu'ils seront amenés à réaliser, notamment en partenariat avec les services médicaux des caisses, et dans le cadre d'actions financées par le "fonds qualité".

Article 10.3

Elaboration de plans de soins,

notamment pour les affections de longue durée

Les Parties signataires engagent une démarche qualité dans le traitement et le suivi de certaines affections particulièrement fréquentes qu'elles déterminent en commun, telles que notamment certaines ALD, et qui constituent un axe privilégié pour la coordination des soins tant en termes d'amélioration de la qualité des soins que de maîtrise médicalisée.

A cette fin, le médecin référent élabore, pour les patients adhérents concernés, un plan de soins prenant en compte les référentiels de bonne pratique élaborés notamment par l'ANAES.

Les parties signataires conviennent de mettre en place un dispositif permettant le suivi de la mise en oeuvre de cette démarche, notamment en organisant un retour d'information vers le professionnel.

Article 11

Participation à des actions

de formation professionnelle conventionnelle

Le médecin référent bénéficie en priorité des actions de formation professionnelle conventionnelle (FPC) prévues par la convention.

Il participe chaque année à des actions de formation professionnelle conventionnelle parmi celles dont les thèmes sont jugés prioritaires pour la pratique de médecin référent. La liste de ces actions est établie annuellement par le CPNFPC.

Article 12

Participation à des évaluations

de connaissances et de pratique

Le médecin référent participe chaque année à une action de FPC recommandée par le CPN-FPC ou le CPR-FPC.

Elle comporte un module d'évaluation destiné à être réalisé à l'issue de l'action.

Ce module de connaissance et de bonne pratique porte sur le rôle spécifique du médecin référent dans l'optique de la coordination de l'ensemble des soins, dans une situation pathologique ou pour une catégorie de patients déterminée.

Ce module d'évaluation, élaboré par l'organisme de FPC responsable de l'action, est joint au projet d'action et fait l'objet d'une validation scientifique et d'un agrément dans les mêmes conditions que l'ensemble du projet.

Le prestataire de FPC communique les résultats du module d'évaluation aux participants. Il invite le médecin référent qui n'aurait pas satisfait à cette évaluation à participer dans les trois mois à une action du même type, dont le succès conditionne son maintien dans l'option conventionnelle.

A l'issue de chaque campagne de FPC, les organismes de FPC transmettent le bilan général de ces modules d'évaluation aux conseils scientifiques concernés.

Article 13

Travail en groupe

Le médecin référent s'engage à rechercher auprès de ses confrères et le cas échéant auprès des acteurs du domaine médico-social, un dialogue critique et constructif sur certaines situations médicales rencontrées. »

8.15.3. Extrait de l'avenant n° 2 de la convention nationale des médecins généralistes du 26 novembre 1998 (JO du 19 août 2000).

« Article 2

I. - Dans l'annexe II intitulée "Charte de qualité du médecin référent, le deuxième alinéa de l'article 2 intitulé "Seuil de qualité est ainsi rédigé :

Ce seuil, calculé en nombre d'actes en C + V sur l'année civile qui précède le renouvellement de l'option, est fixé à 7 500 actes.

Exceptionnellement, dans les seules situations limitativement énumérées ci-après et dûment constatées par la CCPL après avis du CMPL sur l'opportunité d'accorder des dérogations au seuil dans le département, ce seuil peut être individuellement fixé à une valeur supérieure, sur demande du médecin concerné à sa demande d'entrée dans l'option, ou à la date d'entrée en vigueur du présent avenant, pour les médecins ayant déjà adhéré :

- activité dépassant le seuil en raison de l'importance numérique de la clientèle et non de la fréquence des actes, constatée sur la base du nombre moyen d'actes par an et par patient, comparée à la moyenne régionale ;
- activité importante liée à la faible densité des médecins généralistes par rapport à la population, dans le canton ;
- activité importante liée à une faible densité des médecins spécialistes libéraux et hospitaliers dans le département entraînant un transfert d'actes vers les médecins généralistes.

Le médecin qui bénéficie d'une dérogation s'engage à ramener son activité à 7 500 actes dans l'année civile qui suit celle de son attribution.

II. - Le troisième alinéa de ce même article est supprimé.

III. - Le paragraphe "Seuil de qualité de l'acte d'adhésion à la charte de qualité du médecin référent est modifié de manière identique. »

8.15.4. Avenant n° 5 de la convention nationale des médecins généralistes du 26 novembre 1998 (JO du 6 avril 2001).

« Chapitre 1er

Précisions sur certaines dispositions de la charte

de qualité du médecin

Article 1er

Tenue du document médical de synthèse

Pour l'application de l'article 7.1, un document médical de synthèse dont les rubriques ont été précisées par le CMPN est annexé à la convention nationale. Il représente le modèle type que les instances conventionnelles locales sont tenues d'adresser à tous les médecins référents.

Dans la rubrique définie comme "plan de prévention personnalisé figureont les informations relatives aux examens de prévention dispensés au patient. Sauf opposition du patient ces mêmes informations seront mises à disposition du patient, par inscription dans son carnet de santé, en y indiquant notamment le calendrier de répétition de ces examens.

Le médecin référent, dans le respect des règles de la déontologie médicale, communique au service du contrôle médical lorsqu'il le demande le document médical de synthèse.

Article 2

Actions de santé publique et prévention

Les médecins référents sont rendus destinataires, par les caisses primaires et les caisses générales de sécurité sociale, des documents élaborés dans le cadre des campagnes nationales de santé publique financées notamment par le Fonds national de prévention d'éducation et d'information sanitaires. Ces documents sont spécifiquement identifiés lorsqu'ils sont adressés au médecin référent.

En application de l'article 9.1 "relatif à la participation à la prévention, il est prévu pour l'année 2001, que les parties signataires conviennent que les médecins référents participent au programme portant sur les vaccinations dans le cadre des actions menées par les fonds nationaux de prévention des caisses nationales de l'assurance maladie.

Pour l'application de l'article 9.2 relatif au suivi de dépistage et de prévention.

1. Les médecins référents s'impliquent dans les programmes de dépistage des maladies aux conséquences mortelles évitables arrêtés en application de l'article L. 55 du code de la santé publique et retenus par les parties conventionnelles.

Leur implication prend les formes suivantes :

Ils informent chaque patient adhérent à l'option entrant dans le champ des différents programmes. Cette information concerne à la fois les aspects médicaux (information sur les maladies visées et les risques encourus) mais aussi organisationnels (orientation du patient).

Ils participent directement à la réalisation des programmes, chaque fois que sa participation est prévue dans le cadre de l'action considérée et qu'il satisfait aux conditions fixées par voie réglementaire en application de l'article L. 55 du code de la santé publique.

Ils vérifient à chaque fois que le patient adhérent à l'option s'engage dans un programme (et quel que soit le praticien concerné), qu'il bénéficie de manière régulière des examens de dépistage prévus selon la périodicité définie pour chaque pathologie.

Ils indiquent le résultat dans le document médical de synthèse à chaque fois que le patient adhérent à l'option a fait l'objet d'un dépistage organisé (que celui-ci ait été effectué par un confrère ou par lui-même et quel que soit le praticien concerné).

Ils répondent dans tous les cas aux sollicitations des instances chargées du pilotage des programmes dans le domaine des enquêtes épidémiologiques retenus par la Commission conventionnelle paritaire nationale.

2. La CCPN peut décider que les médecins référents s'impliquent dans des programmes de dépistage organisé ne relevant pas de l'article L. 55 du code de la santé publique dans les conditions fixées ci-dessus. Toutefois, la participation directe du médecin référent à la réalisation d'un tel programme n'est possible que s'il satisfait aux critères de ce programme.

3. La commission conventionnelle paritaire locale donne toute information utile aux médecins référents sur les programmes de dépistage organisé y compris les programmes ne relevant pas de l'article L. 55 du code de la santé publique (mise en place, évaluation etc.) notamment dans le cadre des rencontres locales visées à l'article 4 du présent accord.

4. Le médecin référent élabore et tient à jour un plan de prévention personnalisé pour chaque patient adhérent. Ce plan constitue une rubrique du document médical de synthèse.

Les éléments de ce document peuvent être précisés par le CMPN.

Ce plan comprend notamment :

- les recommandations individualisées résultant d'examens périodiques de dépistage des risques du patient ;
- le suivi de ces recommandations ;
- la situation du patient au regard de sa participation aux campagnes de dépistage organisé ou de prévention placées sous l'égide de l'assurance maladie ou des autorités compétentes de l'Etat.

Les partenaires conventionnels favoriseront l'utilisation par le médecin référent d'outils d'aide informatisée pour l'évaluation de l'importance relative des facteurs de risques individuels en particulier en demandant au CPN-FPC d'intégrer l'utilisation de ces outils dans ses objectifs de formation.

5. Le médecin référent réalise pour ses patients adhérents les examens de santé proposés par les caisses d'assurance maladie lorsque ces dernières confient tout ou partie de leur réalisation aux médecins généralistes libéraux selon les modalités propres à l'organisation de ces examens.

6. Le médecin référent propose le bénéfice des vaccinations faisant l'objet d'une campagne nationale à tous ses patients adhérent à l'option en respectant les protocoles médicaux établis à ce sujet. Il vérifie que ces vaccinations sont réalisées selon la périodicité fixée pour chacune d'entre elles. Par ailleurs, il mentionne ces vaccinations dans le carnet de santé et le document médical de synthèse.

Le médecin référent porte une attention toute particulière aux populations à risque définies par chacune de ces campagnes.

Article 3

Evaluation de la pratique du médecin référent

dans le cadre de la formation professionnelle conventionnelle

Dans le cadre de l'application de l'article 12 relatif à la participation à des évaluations de connaissance et de pratique, le CPN-FPC est chargé de faire appel à un partenaire extérieur ayant une compétence reconnue dans le domaine de la formation médicale afin d'élaborer des recommandations destinées aux organismes de FPC pour construire ces modules d'évaluation.

Ce travail devra être achevé et présenté au CPN-FPC avant le 30 juin 2001 de manière à intégrer les recommandations dans le cahier des charges pour les formations de l'année 2002.

A partir du 1er janvier 2002, les organismes de FPC devront joindre aux actions dont les thèmes sont jugés prioritaires ce module d'évaluation qui fait l'objet d'une validation scientifique et d'un agrément dans les mêmes conditions que l'ensemble du projet.

Le médecin référent transmet son attestation de participation à une action de formation à la CCPL du département dont il dépend par l'intermédiaire de son correspondant administratif. Cette attestation mentionne le résultat du module d'évaluation.

Article 4

Participation à des rencontres entre médecins référents sur des thèmes prioritaires définis en partenariat

Dans le cadre de l'application de l'article 13 relatif au travail en groupe, la participation du médecin référent peut revêtir deux formes : une participation à des rencontres locales ou à un groupe local d'échanges et d'amélioration des pratiques (GLEAP).

"Participation à des rencontres locales :

Les instances locales, notamment sous la conduite du groupe de suivi de l'option, organisent deux fois par an, des rencontres départementales ou locales, auxquelles les médecins référents participent.

Chaque caisse d'assurance maladie chargée du secrétariat de la commission prend en charge l'organisation des réunions, salle, matériel pédagogique, édition des supports de communication, convocations, diffusion des comptes rendus, etc.

Les réunions ont pour objet :

- d'assurer un retour d'information vers les médecins référents tel que prévu dans l'article 5.13.3 de la convention médicale ;
- de présenter les campagnes ou les thèmes de prévention retenus par les instances nationales ou décidés en application de l'article 55 du code de la santé publique ;
- de présenter les choix des instances locales en termes d'action à mettre en oeuvre ;
- de recueillir en retour toutes informations nécessaires auprès des médecins référents du département, tant en ce qui concerne le fonctionnement administratif que médical, afin d'orienter, de préciser ou d'enrichir les choix et les actions des instances locales.

Les réunions départementales font l'objet de comptes rendus et d'un suivi national. Ce suivi national participe tant à l'alimentation en retour d'information des réunions départementales régulières des référents qu'à l'évaluation nationale du dispositif.

Le suivi des travaux menés, le cas échéant par des groupes locaux, leurs agrégats départementaux, régionaux ou nationaux, font l'objet de publications internes ou externes, de colloques, opérations nationales de communication en tant que de besoin.

Mise en place de "groupes locaux d'échanges et d'amélioration des pratiques :

Les parties signataires de la convention s'engagent, dans un délai d'un an, à élaborer un avenant pour expérimenter un dispositif de maîtrise médicalisée, spécifique à l'option "médecin référent, fondé sur la méthode des groupes locaux d'échanges et d'amélioration des pratiques. Ce dispositif, au vu de son évaluation, aura vocation à être généralisé.

Dans ce dispositif, les médecins référents participants choisissent périodiquement un thème d'amélioration de leur pratique. Ils définissent et formalisent eux-mêmes les voies et moyens susceptibles d'optimiser, sur ce thème, leur pratique, dans une démarche de qualité et d'économie. Le choix des thèmes est validé en comité médical paritaire local.

Article 5

Organisation du cabinet pour assurer la permanence et la continuité des soins

La permanence des soins et la continuité des soins telles que prévues par l'article 3 de la charte de qualité se traduisent de la manière suivante :

- le médecin référent informe son patient de l'organisation au cabinet ;
- il participe à un système de garde ;

- il assure une continuité effective des soins.

Organisation du cabinet et information du patient :

L'information du patient concerne :

- les heures d'ouverture et fermeture du cabinet avec les plages horaires de consultations ;
- les coordonnées téléphoniques du ou des médecin(s) de préférence référent(s) à contacter, en cas d'indisponibilité de sa part ;
- les coordonnées du service de garde dont il fait partie ;
- la possibilité de recourir au centre 15.

Le support de cette information repose sur :

- l'inscription de ces informations sur les ordonnances ;
- l'affichage d'un tableau récapitulatif en salle d'attente ;
- la remise à ses patients abonnés d'une brochure d'information ;
- un affichage sur les données d'urgence, visible de l'extérieur du cabinet en dehors des heures d'ouverture ;
- une reprise des éléments utiles sur le dispositif de réponse téléphonique, secrétariat ou répondeur.

Avant le 30 juin 2001, la Commission conventionnelle paritaire nationale élaborera un questionnaire type reprenant ces éléments, qui sera adressé aux médecins référents. A charge pour ces derniers, de les compléter et de les retourner à leurs caisses de rattachement. Ces informations, régulièrement réactualisées, alimenteront les sites électroniques d'information mis en place par l'assurance maladie.

Garde :

Le médecin référent participe, effectivement, au système de garde mis en place localement dans le respect des dispositions du code de déontologie médicale.

La réalité de sa participation au tour de garde est un des critères de renouvellement de l'option.

Dans le cadre de la continuité des soins, lorsque le médecin référent prend en charge un patient qui a adhéré auprès d'un autre médecin référent, il informe ce dernier avec l'accord du patient de la nature de son intervention.

Chapitre 2

Suivi et contrôle des engagements du médecin référent

Article 6

Modalités de suivi et de contrôle

des engagements du médecin référent

Les parties signataires se fixent pour objectif qu'un avenant à la convention portant sur les modalités de suivi et de contrôle des engagements du médecin référent soit conclu dans les conditions fixées à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale et approuvé par les ministres concernés soit suivant les modalités fixées par l'article L. 162-15-2 soit suivant les modalités fixées par l'article L. 162-15-3 et publié au Journal officiel de la République française avant le 31 mai 2001.

Si cet avenant n'est pas publié au 30 mai 2001 et à compter de cette date le deuxième alinéa de l'article 5.3 de la convention nationale est remplacé par la phrase suivante : "Le respect des garanties professionnelles est vérifié chaque année par les caisses comme critère de renouvellement de l'option. »

8.15.5. Avenant n° 6 de la convention nationale des médecins généralistes (JO du 15 mars 2002).

« Article 1er

Afin de préciser les dispositions de l'article 3 de la charte de qualité relatives à la permanence et continuité des soins, les parties conviennent que les médecins référents doivent faire figurer sur leurs ordonnances les jours et heures de consultation ainsi que la mention "En cas d'urgence, suivie du numéro d'appel.

Article 2

Il est ajouté à l'article 8.6 de la convention nationale le paragraphe suivant :

"Délibération, vote, carence et arbitrage dans le cadre du suivi des engagements du médecin référent.

1. Conditions de vote :

Les décisions sont prises conformément aux procédures prévues au b des "conditions de vote de l'article 8.7 (CCPL) et au b des "conditions de vote de l'article 8.8 (CMPL) et aux dispositions du 2.3 de l'article 5.15 de la convention nationale.

Si à l'issue des procédures de vote prévues aux articles 8.7 b et 8-8 b aucune majorité ne se dégage, la commission est réputée avoir acquiescé au principe d'une mesure.

Chaque section de l'instance paritaire propose alors l'application d'une des mesures prévues au 3.1 de l'article 5.15 de la convention.

En cas de désaccord, il est procédé à un vote. En cas d'égalité des voix, l'instance paritaire locale retient la moins grave des deux mesures proposées.

2. Arbitrage :

Si l'une ou l'autre des sections qui composent l'instance paritaire locale est en désaccord avec la mesure retenue, elle dispose de huit jours à compter de la délibération de l'instance paritaire locale pour saisir la CCPN ou le CMPN en fonction du manquement reproché au médecin.

La section concernée effectue sa demande argumentée auprès du secrétariat de l'instance paritaire locale. Ce dernier transmet le dossier du praticien et la demande de la section au secrétariat de l'instance paritaire nationale correspondante dans un délai de quinze jours à compter de la demande de la section.

L'instance paritaire nationale statue alors conformément aux dispositions du paragraphe : "Les délibérations et le vote dans le cadre de la procédure d'arbitrage prévue pour le suivi et le contrôle des engagements du médecin référent de l'article 8.1.2.

En cas de saisine de la CCPN ou du CMPN, l'instance paritaire locale est réputée ne s'être pas prononcée.

3. Carence :

Dans les cas de carence prévus aux b et c du présent article, le constat de carence est dressé par le secrétariat de l'instance et adressé à l'instance nationale concernée.

Si aucune décision n'est intervenue dans le mois suivant le constat, la section n'étant pas à l'origine de la carence se détermine aux lieux et place de la CCPL ou du CMPL, suivant le cas, quant à l'application de l'une des mesures prévues au 3.1 de l'article 5.15 de la convention et selon les règles fixées au 2.3.1 de ce même article.

Article 3

Il est ajouté à l'article 8.1.2 de la convention nationale le paragraphe suivant :

"Les délibérations et le vote dans le cadre de la procédure d'arbitrage prévue pour le suivi et le contrôle des engagements du médecin référent.

Lorsque la CCPN ou le CMPN sont saisis par l'une ou l'autre des sections agissant dans le cadre de la procédure d'arbitrage prévue au 2 de l'article 8.6, ils disposent d'un délai de deux mois à compter de la réception de la saisine par le secrétariat de l'instance nationale, pour statuer sur le dossier du praticien. Passé ce délai, la mesure initialement retenue par l'instance paritaire locale est réputée adoptée.

L'instance paritaire nationale concernée réexamine "sur pièces le dossier et se prononce à la majorité des suffrages exprimés.

En application du 2.3.1 de l'article 5.15, si à l'issue de la procédure de vote aucune majorité ne se dégage, l'instance est réputée avoir acquiescé au principe d'une mesure.

Chaque section de l'instance paritaire nationale propose alors librement l'application d'une des quatre mesures prévues au 3.1 de l'article 5.15 de la convention.

En cas de désaccord, il est procédé à un vote. En cas d'égalité des voix, l'instance paritaire nationale retient la moins grave des deux mesures proposées.

La décision se substitue à celle prise par l'instance paritaire locale. Elle est transmise au secrétariat de cette dernière dans les quinze jours qui suivent la délibération de l'instance nationale.

Article 4

Au paragraphe "Mission de l'article 8.7 de la convention nationale, il est créé un f ainsi rédigé :

Suivi des règles conventionnelles :

La CCPL instruit et se prononce sur les dossiers individuels présentés par les caisses dans les conditions fixées par les textes conventionnels.

Article 5

Il est ajouté après le dernier paragraphe du b de l'article 8.3.2 de la convention nationale le paragraphe suivant :

de statuer conformément à la procédure d'arbitrage prévue par les textes conventionnels pour le suivi et le contrôle des engagements du médecin référent.

Article 6

Il est ajouté après le dernier paragraphe de l'article 8.4.2 de la convention nationale le paragraphe suivant :

Il statue conformément à la procédure d'arbitrage prévue par les textes conventionnels pour le suivi et le contrôle des engagements du médecin référent.

Article 7

L'article 5.3 de la convention nationale des médecins généralistes est rédigé de la façon suivante :

"En adhérant à l'option conventionnelle, le médecin référent s'engage à assurer les garanties professionnelles et à respecter les engagements de compétence et de transparence mentionnés dans la charte de qualité figurant à l'annexe II et dans l'avenant n° 5 à la présente convention nationale, selon les dispositions prévues à l'article 5.15 de la présente convention.

Article 8

Dans l'annexe II intitulée "Charte de qualité du médecin référent, le deuxième alinéa de l'article 2 : "Seuil de qualité est remplacé par l'alinéa suivant :

"Ce seuil, calculé en nombre d'actes en C + V sur une période déterminée au 1.2 du I de l'article 5.15 de la convention nationale, est fixé à 7 500.

Article 9

Dans l'annexe II intitulée "charte de qualité du médecin référent, l'article 1er : "Condition d'activité liée à la qualité des soins est rédigé comme suit :

"A titre de critère d'entrée dans l'option, le médecin doit attester, avant son entrée dans l'option, d'une activité minimale correspondant à un nombre d'actes en C + V de 1 500 actes pour une activité libérale à temps complet, calculé sur la période qui s'étend du cinquième trimestre civil au deuxième trimestre civil inclus qui précède sa demande d'entrée dans l'option.

De même, comme critère de maintien dans l'option, le médecin référent doit attester, lors du renouvellement de son contrat, d'une activité minimale correspondant à un nombre d'actes en C + V de 1 500 actes, pour une activité libérale à temps complet, calculé sur une période déterminée au 1.2 du I de l'article 5.15 de la convention nationale.

Les médecins installés depuis moins de deux ans ainsi que ceux ayant momentanément réduit leur activité de 10 % au minimum au profit d'une autre activité médicale, prescriptive ou non, sont dispensés du respect de ce seuil.

Article 10

Il est ajouté au chapitre V : "Option conventionnelle de l'actuelle convention nationale des médecins généralistes une section 4 intitulée : "Des modalités de suivi et de contrôle des engagements du médecin référent et un article 5.15 intitulé : "Suivi des engagements du médecin référent.

"Section 4

"Des modalités de suivi et de contrôle des engagements du médecin référent

Article 5.15

Suivi des engagements du médecin référent

"Sans préjudice des dispositions de contrôle individuel mis en oeuvre par les caisses et les services médicaux dans le cadre des textes législatifs et réglementaires, les parties signataires décident de mettre en oeuvre un dispositif spécifique de suivi et d'évaluation, tant collectif qu'individuel, de l'option médecin référent, placé sous la responsabilité des instances paritaires, dont l'objet est d'apprécier la pratique du médecin référent au regard d'une démarche de qualité.

Suivi des engagements du médecin référent :

1. Principe :

"Le suivi des engagements est effectué par les caisses et le service médical pour le compte des instances conventionnelles.

1.1. La situation du médecin référent prévue aux articles 5.2.1 (situation du médecin) et (conditions d'exercice du médecin) de la convention ainsi que le respect par le médecin référent des engagements de la charte de qualité (annexe II de la convention nationale) peuvent être vérifiés à tout moment par les instances conventionnelles à l'initiative de l'une ou l'autre des parties.

1.2. Ces mêmes engagements sont vérifiés par les instances conventionnelles au moins une fois par an, au moment du renouvellement du contrat du médecin.

Le respect des obligations du médecin référent est alors vérifié sur la période qui s'étend du cinquième trimestre civil au deuxième trimestre civil inclus qui précède le renouvellement.

Lors du premier renouvellement, le respect des obligations du médecin référent est vérifié sur la période qui s'étend sur les deux trimestres civils qui suivent son adhésion.

Dans l'attente de précisions qui seront apportées par les instances conventionnelles nationales, le respect des obligations relatives aux prescriptions médicales (article 8 de la charte de qualité) ne fait pas l'objet d'un examen lors des renouvellements décidés en 2001, le respect des obligations relatives aux dépistage et prévention (article 9 de la charte de qualité) et aux recommandations, référentiels et plans de soins (article 10 de la charte de qualité) ne font pas l'objet d'un examen lors des renouvellements décidés en 2001 et 2002.

De plus, durant cette même période, la vérification lors du renouvellement par les instances paritaires locales du respect des engagements suivants est limitée :

- pour la permanence et continuité des soins (article 3 de la charte de qualité), à la réalité de la participation du médecin référent aux tours de garde ;

- pour le document médical de synthèse (article 7 de la charte de qualité), à la réalité de son existence.

1.3. Les obligations conventionnelles relatives à l'activité en C + V des médecins référents sont appréciées à la date de remboursement des soins, dans l'attente de la mise en oeuvre effective d'un suivi en droit constaté.

2. Procédures :

2.1. Compétence de la CCPL :

Pour tous les engagements du médecin référent, à l'exception de ceux qui sont du ressort du CMPL (article 2.2 ci dessous), lorsqu'une caisse constate un non-respect par le médecin référent des engagements de la charte de qualité, elle transmet le relevé de ses constatations à la CCPL.

Le médecin référent concerné en est simultanément informé par la caisse par courrier avec accusé de réception.

Le médecin dispose d'un délai de 30 jours à compter de la date de réception du courrier pour présenter ses observations éventuelles ou demander à être entendu par la CCPL. Le médecin peut se faire assister par un médecin de son choix.

Après avoir pris connaissance des observations du médecin ou à défaut de réponse de celui-ci dans le délai de 30 jours suivant la date à laquelle il a reçu les observations de la CPAM, la CCPL se détermine quant à l'application de l'une des mesures prévues à l'article 3.1 ci-dessous et selon les règles fixées au paragraphe 2.3.1 infra.

La CPAM pour le compte de l'ensemble des caisses notifie la décision au médecin concerné dans un délai de 30 jours.

2.2. Compétence du CMPL :

Lorsque le service du contrôle médical constate un non-respect par le médecin référent des engagements des articles 7 (document médical de synthèse), 9 (dépistage, prévention) et 10 (recommandations, référentiels et plans de soins) de la charte de qualité, il transmet le relevé de ses constatations au CMPL.

Le médecin référent concerné en est informé par le secrétariat du CMPL par courrier avec accusé de réception.

Le médecin dispose d'un délai de 30 jours à compter de la date de réception du courrier pour présenter ses observations éventuelles ou demander à être entendu par le CMPL. Le médecin peut se faire assister par un médecin de son choix.

Après avoir pris connaissance des observations du médecin ou à défaut de réponse de celui-ci dans le délai de 30 jours suivant la date à laquelle l'instance a reçu les constatations du service médical, le CMPL se détermine quant à l'application de l'une des mesures prévues à l'article 3.1 ci-dessous et selon les règles fixées au paragraphe 2.3.1 infra.

Le secrétariat transmet le résultat de la délibération à la CPAM.

La CPAM pour le compte de l'ensemble des caisses notifie la décision au médecin concerné dans un délai de 30 jours.

2.3. Décisions des instances paritaires :

2.3.1. Dès lors qu'il est avéré, tout manquement à un engagement prévu par la charte de qualité entraîne l'application d'une des mesures mentionnées à l'article 3.1 du présent texte.

Ainsi, lorsque la caisse ou le service médical constate un manquement du médecin référent à une garantie professionnelle ou un engagement de compétence et de transparence, elle ou il saisit l'instance paritaire compétente.

Dans le cas où l'instance paritaire estime que la règle précisée au premier alinéa du présent article n'a pas à être appliquée, elle se détermine à la majorité simple des voix exprimées selon les procédures décrites aux articles 8.6, 8.7 b (CCPL), 8.8 b (CMPL) et 8.1.2 (les délibérations et le vote dans le cadre de la procédure d'arbitrage prévue pour le suivi et le contrôle des engagements du médecin référent) de la convention nationale.

2.3.2. En cas de situation de carence :

Il est fait application des dispositions de l'article 8.6 de la convention nationale relatives à la carence dans le cadre du suivi du médecin référent.

3. Mesures encourues :

3.1. Les mesures pouvant être prononcées à l'encontre du médecin référent sont, par ordre de gravité croissante, les suivantes :

a) Avertissement : cette décision ne peut être prise que s'il s'agit d'un premier manquement ;

b) Avertissement assorti de demande de mise en oeuvre de mesures correctives qui peuvent notamment porter sur les engagements non respectés. La décision mentionne le délai dans lequel la ou les mesures correctives doivent être mises en oeuvre ;

c) Non-renouvellement de l'option conventionnelle et suspension de la possibilité d'adhérer à l'option conventionnelle durant un, deux ans ou pour la durée pour laquelle la convention a été conclue, ou éventuellement renouvelée ;

d) Exclusion de l'option conventionnelle pour un, deux ans ou pour la durée pour laquelle la convention a été conclue, ou éventuellement renouvelée.

Lorsqu'un médecin référent a déjà fait l'objet d'une des mesures prévues au a ci-dessus, il ne peut être décidé, pour un manquement au même engagement, qu'une des mesures prévues au b, c ou d.

Lorsqu'un médecin référent a déjà fait l'objet de la mesure prévue au b ci-dessus, il ne peut être décidé, pour un manquement au même engagement, qu'une des mesures prévues au c ou d.

Lorsqu'un médecin référent s'est vu notifier une des mesures prévues au paragraphe 1 de l'article 9.1 de la convention nationale des médecins généralistes, la caisse lui notifie sa sortie de l'option pour la durée pour laquelle la convention a été conclue, ou éventuellement renouvelée.

3.2. Procédures de notification des mesures :

3.2.1. Ces mesures sont notifiées par la caisse primaire du lieu d'exercice du professionnel agissant pour le compte des caisses des autres régimes au plus tôt neuf jours après la délibération de l'instance locale.

La notification s'effectue par lettre recommandée avec avis de réception. Elle précise la nature du ou des manquements, la date d'effet de la décision. Celle-ci ne peut prendre effet avant le délai d'un mois suivant sa notification.

3.2.2. Lorsqu'un praticien n'est plus médecin référent, soit de son propre fait, soit en raison du non-respect de ses obligations liées à l'option, les caisses doivent en informer par simple courrier tous ses patients optants et uniquement ces derniers, sans préciser les raisons pour lesquelles le praticien n'est plus médecin référent.

Plan de suivi :

1. Généralités :

Chaque année, les instances conventionnelles nationales peuvent arrêter un plan de suivi portant sur un ou plusieurs thèmes figurant à la charte de qualité.

Chacun des thèmes choisis donne lieu à une méthodologie de suivi, élaborée par les instances conventionnelles nationales, dans les quatre mois qui suivent l'adoption des thèmes. Cette méthodologie prévoit notamment un calendrier, un mode de recueil de l'information, une analyse ainsi que des actions collectives et individuelles auprès des médecins référents.

Au niveau local, la CCPL et le CMPL sont chargés de conduire ce plan de suivi.

La CCPL après avis du CMPL peut également arrêter chaque année un thème supplémentaire, qui peut être reconduit. Ce thème donne lieu à une méthodologie de suivi, élaborée par les instances conventionnelles locales, dans les quatre mois qui suivent l'adoption du thème. Cette méthodologie prévoit notamment un calendrier, un mode de recueil de l'information, une analyse ainsi que des actions collectives et individuelles auprès des médecins référents.

Pour la période 2001-2002, les thèmes arrêtés par les parties conventionnelles nationales sont cités au 2 ci-après.

2. Plan de suivi collectif pour la période 2001-2002.

La CCPN choisit pour la période 2001-2002 les thèmes suivants :

Permanence et continuité des soins ;

Les vaccinations à travers le DMS.

3. Rapport d'activité :

Une fois par an, un bilan de l'option conventionnelle est réalisé par la CCPL et adressé à la CCPN.

Ce bilan comporte deux parties :


- la première partie concerne le plan de suivi ; il s'agit d'une analyse des informations recueillies pour chaque thème selon la méthodologie définie lors du choix du thème ;

- la seconde partie est une analyse globale des actions que les CPAM et les partenaires conventionnels ont menées pour favoriser l'option.

Ce bilan comprend notamment un suivi des dispositifs fonctionnels tels que le nombre d'adhésions, de renouvellements et de sorties de l'option, la gestion de la dispense d'avance des frais, l'aide administrative, la FPC...

Clause de révision :

Les dispositions du présent article pourront être réexaminées à la demande de l'une ou l'autre des parties signataires à l'issue de la première année d'application de l'avenant n° 6 à la convention nationale. »

Consulter la version PDF de ce document	Télécharger le document en RTF	Copier ou envoyer l'adresse de ce document	
--	-----------------------------------	---	---



[À propos du site](#) [Plan du site](#) [Nous écrire](#) [Établir un lien](#) [Mise à jour des textes](#)