

Relevé de fin de négociation entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie et les syndicats médicaux représentatifs

22 – 23 décembre 2004

L'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie et trois syndicats médicaux représentatifs – Confédération des Syndicats Médicaux Français, Syndicat des Médecins Libéraux, et Alliance – ont arrêté ce jour le contenu ci-joint, hors annexes, de la future convention nationale destinée à organiser les rapports entre les médecins généralistes et spécialistes et les Caisses d'Assurance Maladie.

Les parties signataires du présent relevé de fin de négociation saisiront leurs instances délibératives de ces éléments de texte conventionnel dans les prochaines semaines, afin de pouvoir procéder à la signature de la convention nationale avant le 15 janvier 2005.

Fait à Paris, le 23 décembre 2004.

**Pour l'UNCAM,
Monsieur Frédéric VAN ROEKEGHEM, Directeur général**

Au titre des généralistes :

**Pour la CSMF,
Docteur Michel CHASSANG, Président**

**Pour le SML,
Docteur Dinorino CABRERA, Président**

Au titre des spécialistes :

**Pour Alliance,
Docteur Félix BENOUAICH, Président**

**Pour la CSMF,
Docteur Michel CHASSANG, Président**

**Pour le SML,
Docteur Dinorino CABRERA, Président**

ELEMENTS DE TEXTE CONVENTIONNEL - MEDECINS LIBERAUX

PREAMBULE

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 sa 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 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 relatives aux revalorisations ci-après 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 MEDECIN 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 cœur 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. 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€ par an par patient en ALD.

Les versements de la rémunération spécifique s'effectueront à compter du 1^{er} 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 1^{er} 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 cette même date.

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 MEDECIN 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.

- 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 à compter du 1^{er} 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 1^{er} 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€,
- pour les médecins spécialistes : 2€ (maintien de la majoration provisoire clinicien (MPC) et extension aux spécialités techniques comme précisé au point 7.2 du présent texte),
- pour les psychiatres, neuropsychiatres et neurologues : 2,70€ (maintien de la majoration provisoire clinicien).

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 1^{er} 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 1^{er} 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 décrit 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 interrégimes 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. Sur cette part, la prise en charge est équivalente à celle 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 5 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 3 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 œuvre, pour ce qui les concerne, du relevé de décisions relatif à la chirurgie libérale du 24 août 2004.

1.3. L'ACCES SPECIFIQUE

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.

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.

Pour la psychiatrie et la neuro-psychiatrie, 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 1^{er} mars 2005. Dans l'attente de la publication de cet avenant, l'accès aux psychiatres, neuro-psychiatres 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 COORDONNES

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 œuvre 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 œuvre 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 interrégimes 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 la majoration de coordination et la majoration forfaitaire transitoire (MPC) à la consultation,
- 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'ETAPE 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 œuvre 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 1^{er} 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€ (1,35€ 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€ 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€.

2. ACCES AUX SOINS ET CONTINUTE DES SOINS

2.1. MESURES RELATIVES A LA POLITIQUE DE DEMOGRAPHIE MEDICALE

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 œuvre ; 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 œuvre les contrats de bonne pratique cités en annexe.

Une autre mesure vise à accompagner les médecins s'installant ou installés en zone déficiente de soins. A cet effet, l'UNCAM s'engage à mettre en œuvre 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 œuvre 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 œuvre 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 déficiente, 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 le 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 8h.

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 œuvre du futur dispositif de permanence des soins ambulatoire.

2.3. LA PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENTS

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 santé la 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 reçus 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 1500 accouchements

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des accouchements dans les unités d'obstétrique pratiquant plus de 1500 accouchements, les gynécologues obstétriciens et les anesthésistes-réanimateurs exerçant dans une unité mentionnée à l'article D 712-75 du code de la santé publique peuvent adhérer à des contrats conformes aux contrats 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.

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

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la surveillance et de la prise en charge des soins spécialisés des nouveaux nés à risque et de ceux dont l'état s'est dégradé après la naissance ou présente des détresses graves ou des risques vitaux, les pédiatres exerçant dans les unités mentionnées à l'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. MAITRISE MEDICALISEE DE L'EVOLUTION DES DEPENSES

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 œuvre 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 QUANTIFIES ET REGIONALISES

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 L162-12-17 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 DEFINITION ANNUELLE DES THEMES ET OBJECTIFS DE MAITRISE MEDICALISEE

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 points de la tendance d'évolution de la prescription des antibiotiques (91 millions d'euros d'économies),
- un infléchissement de 10 points de la tendance d'évolution de la prescription des anxiolytiques et des hypnotiques, (33 millions d'euros d'économies),
- une baisse de 1,7 points de la tendance d'évolution de la prescription d'arrêts de travail (150 millions d'euros d'économies),
- un infléchissement de 12,5 points de la tendance d'évolution des remboursements (prise en charge collective) de statines (161 millions d'euros d'économies),

20

- 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'efficience 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 DECENTRALISE

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

4. MODALITES D'EXERCICE CONVENTIONNEL

4.1. DELIVRANCE 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 pré imprimées, sauf dans le cas où il préciserait les modalités pratiques de préparation à un examen ou 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 pré identifiés, 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 L162-1-7 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 œuvre de 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 L162-1-7 du code de la sécurité sociale dont les médecins attestent qu'ils ont été dispensés et honorés.

24

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 d'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 ayant droits.

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 (ou la somme des coefficients pour les actes effectués au cours d'une même séance) est égal ou supérieur à :

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

- 70 pour les actes en Z ou ZN.

Ces seuils seront réexaminés dès la mise en œuvre 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 pro pharmacie 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. TELETRANSMISSION PAR VOIE ELECTRONIQUE DES DOCUMENTS NECESSAIRES AU REMBOURSEMENT OU A 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 œuvre 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 œuvre.

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 œuvre 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 œuvre les moyens nécessaires :

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

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.

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 pratiquant les tarifs opposables ou ayant adhéré à l'option de coordination 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 66,6% 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 inter-régimes selon la part de chacun des régimes d'assurance maladie dans les dépenses (ONDAM).

5. VIE CONVENTIONNELLE

5.1. DUREE ET RESILIATION 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. MODALITES DE NOTIFICATION ET D'ADHESION 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 œuvre 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 œuvre et au suivi.
- Installation des médecins libéraux dans les zones démographiquement défavorisée : propositions permettant de favoriser ces installations et suivi de leur mise en œuvre.
- 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 : ... administratifs, ... administrateurs, ... médecins conseils.

Régime agricole : ... représentants.

Régime des professions indépendantes : ... représentants.

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,

Des ... médecins conseils du régime général siégeant dans la section sociale ainsi que ... de leurs suppléants. Chacun de ses médecins conseils possède 2 voix.

Siègent également en "formation médecins" :

- régime agricole :...,
- régime des professions indépendantes : ...

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 œuvre décidé par la convention.
- Permanence des soins et l'installation des médecins libéraux : mise en œuvre 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 un 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 10 représentants titulaires des syndicats médicaux signataires de la présente convention, dont 5 généralistes et 5 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 10 représentants titulaires de l'assurance maladie :

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

En "formation médecins", la CPR est composée :

De la section professionnelle telle que décrite supra, soit 10 représentants titulaires,
Des _ médecins conseils du régime général siégeant dans la section sociale ainsi que _ de leurs suppléants. Chacun de ses médecins conseils possède 2 voix.

Siègent également en "formation médecins" :

- un médecin conseil du régime agricole, suppléant d'un des représentants titulaire du régime siégeant à la CPR.
- Un médecin conseil du régime des professions indépendantes, siégeant dans les mêmes conditions.

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 œuvre 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 10 représentants titulaires des syndicats médicaux signataires de la présente convention, dont 5 généralistes et 5 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 10 représentants titulaires de l'assurance maladie :

Régime général : _ administratifs, _ administrateurs, _ médecins conseils.

Régime agricole : _ représentants.

Régime des professions indépendantes : _ représentants.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

En "formation médecins", la CPL est composée :

De la section professionnelle telle que décrite supra, soit 10 représentants titulaires, Des _ médecins conseils du régime général siégeant dans la section sociale ainsi que _ de leurs suppléants. Chacun de ses médecins conseils possède 2 voix.

Siègent également en "formation médecins" :

- un médecin conseil du régime agricole, suppléant d'un des représentants titulaire du régime siégeant à la CPL.

- Un médecin conseil du régime des professions indépendantes, siégeant dans les mêmes conditions.

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 siège 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.

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, 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 œuvre 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 participation(s) 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 un mois ou d'une décision de suspension de la prise en charge des cotisations sociales d'une durée inférieure ou égale à 6 mois 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. FINALITE 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 œuvre 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 membres.

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.

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.

• 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.

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

Un nombre identique de suppléants est désigné.

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

6.4. ROLE DU CPN-FPC

Sous l'égide de la CPN, le CPN-FPC est chargé de mettre en œuvre 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 agrée les organismes et les actions de formation,
- Il évalue le dispositif mis en place.

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 en § 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 indemnités 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 la CNAMTS pour le compte des Caisses d'Assurance Maladie signataires.

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'indemnité 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'indemnité 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 la CNAMTS pour le compte des Caisses d'Assurance Maladie signataires.

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.

Le montant de l'indemnité quotidienne pour perte de ressources est fixé à 15 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'indemnité versée à un médecin ne peut excéder 8 journées par an.

L'indemnité 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.

7. MESURES DIVERSES D'ACCOMPAGNEMENT RELATIVES AUX REMUNERATIONS ET HONORAIRES DES MEDECINS GENERALISTES ET SPECIALISTES

Afin d'accompagner l'entrée en vigueur du présent texte, les parties signataires souhaitent mettre en œuvre des mesures relatives aux rémunérations et honoraires des médecins spécialistes et généralistes.

7.1. PRISE EN CHARGE DES NOURRISSONS PAR LE MEDECIN GENERALISTE

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 (cabinet et visite) 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€. Les médecins généralistes pourront coter la MNO dès le 1^{er} 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€.

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€ ; elle est portée à 2,70€ 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 et la MCG ne peuvent 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€ et la MPC de la CNPSY s'élève à 2,70€

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€. 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. MEDECINS SPECIALISTES EN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIE

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

7.5. SOINS CONSERVATEURS REALISES PAR LES MEDECINS SPECIALISTES EN STOMATOLOGIE

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

La valeur de la SCM est fixée à : 2,41 €. Les médecins stomatologues pourront coter cette nouvelle valeur de la SCM dès le 1^{er} 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€ 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€ 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€, pour la CS et 5,40€ pour la CNPSY.

7.7. PEDIATRES

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 est cumulable avec la FPE. Elle n'est par contre pas cumulable avec la MPC, ni avec la facturation d'un DE.

Son montant est fixé à 2€. Les pédiatres pourront coter cette majoration dès le 1^{er} mars 2005.

7.8. CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MEDICAUX

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

Dans ce cadre, au 1^{er} 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 réparation 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 le 15 janvier 2005, les modalités d'accession progressive aux tarifs cibles de la CCAM au terme d'une période de 5 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 1^{er} 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.

8. ANNEXE

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.