

Projet de texte conventionnel

Version du 20 juillet 2011

Préambule

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

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

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

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

Renforcer l'accès aux soins

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

Développer la coordination des soins

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

Valoriser la qualité et l'efficacité des pratiques médicales

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

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

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

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

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

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

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

Moderniser et améliorer les échanges

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

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

Conforter le contrat conventionnel

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

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

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

Le Champ d'application de la convention

La présente convention s'applique :

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

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

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

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

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

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

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

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

Titre 1. Conforter l'accès aux soins

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 1.1. Objet et champ de l'option démographie

Médecins concernés

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

Conditions générales d'adhésion et engagements du médecin

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

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

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

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

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

Condition d'activité

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

Engagement sur la continuité et la permanence des soins

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

- faire appel à des remplaçants ou s'organiser avec un autre praticien du groupe ou du pôle de santé, pour répondre aux besoins de soins de la patientèle ;
- permettre la réalisation de vacations, au sein du cabinet, de médecins spécialistes ou d'auxiliaires médicaux ;
- participer à la permanence des soins dans le cadre de l'organisation régionale, conformément aux textes réglementaires.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Médecins concernés

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

Conditions générales d'adhésion et engagements du médecin

En adhérant à l'option le médecin s'engage à exercer au minimum 30 jours par an dans une des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits. La durée de l'engagement du médecin à cette option est de 3 ans à compter de sa date d'adhésion.

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

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

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

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

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

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

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

Sous-Titre 2. Garantir la Permanence des soins

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

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

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

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

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

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

Article 4.1. Les majorations d'actes spécifiques

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 10. Expérimentations

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les modalités de mise en œuvre de ce secteur optionnel sont définies aux **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** et suivants de la convention. L'option de coordination est parallèlement maintenue dans les conditions définies à l'Article 36 pour les spécialités non visées par le secteur optionnel dans l'hypothèse où il serait mis en place.

Sous-Titre 5. Eviter les refus de soins

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

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

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

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

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

Titre 2. Développer la coordination des soins

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

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

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

Sous-Titre 1. Le parcours de soins

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

Article 12. Le Médecin traitant

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

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

Article 12.1. Les missions du médecin traitant

Le médecin traitant :

- assure le premier niveau de recours aux soins ;

- contribue à l'offre de soins ambulatoire ;
- participe à la prévention, au dépistage, au diagnostic, au traitement et au suivi des maladies ainsi qu'à l'éducation pour la santé de ses patients ;
- oriente le patient dans le parcours de soins coordonnés ;
- informe tout médecin correspondant des délais souhaitables de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient ;
- rédige le protocole en tenant compte de la proposition du ou des médecins correspondants participant à la prise en charge du malade ;
- favorise la coordination par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants et veille à l'intégration de ces synthèses dans un dossier médical personnel ;
- apporte au malade toutes les informations permettant d'assurer une permanence d'accès aux soins aux heures de fermeture du cabinet.

Article 12.2. Les modalités de choix du médecin traitant

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

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

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

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

Article 12.3. Les modalités particulières

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

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

En matière de remplacement :

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

En matière d'exercice en groupe :

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

Article 12.4. La valorisation du rôle de médecin traitant

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

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

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

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

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

Article 12.4.1 Synthèse du dossier médical

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

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

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

Article 12.4.2 Missions de santé publique

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 13. Le Médecin correspondant

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

Article 13.1. Les missions du médecin correspondant

Le médecin correspondant a notamment pour mission de :

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

Article 13.2. La valorisation du rôle de médecin correspondant

Avis ponctuel de consultant

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

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

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

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

Majoration de coordination

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

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

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

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

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

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

Article 14. L'Accès spécifique

Article 14.1. Champ de l'accès spécifique

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

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

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

Les gynécologues

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

- les examens cliniques gynécologiques périodiques, comprenant les actes de dépistage,
- la prescription et le suivi d'une contraception conformément aux référentiels scientifiques élaborés par la Haute Autorité,
- le suivi des grossesses,
- l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse.

Les ophtalmologues

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

- les troubles de la réfraction oculaire (prescription et renouvellement de verres correcteurs),
- les actes de dépistage et de suivi du glaucome.

Les stomatologues

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

- les soins de prévention bucco-dentaire,
- les soins conservateurs : obturations dentaires définitives, soins d'hygiène bucco-dentaire,
- les soins chirurgicaux : extraction dentaires, lésions osseuses restant à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) et lésions gingivales,
- les soins de prothèse dentaire,
- les traitements d'orthopédie dento-maxillo-faciale

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

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

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

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

Les psychiatres et neuropsychiatres

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

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

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

Article 15. Le Fonctionnement du parcours de soins coordonnés

Article 15.1. Les différentes modalités du parcours de soins coordonnés

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

Médecin traitant vers médecin correspondant pour demande d'avis ponctuel

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

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

Médecin traitant vers médecin correspondant pour soins itératifs

Ces soins sont pratiqués selon :

- un plan de soins prédéfini en termes de contenu et de périodicité entre le médecin traitant et le médecin correspondant ;
- ou selon un protocole d'affection de longue durée.

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

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

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

Médecin traitant vers médecin correspondant généraliste :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- les sorties d'hospitalisations sur les pathologies programmées,
- l'accompagnement et le suivi à domicile de certaines pathologies pour éviter les hospitalisations.

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

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

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

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

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

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

Sous-Titre 4. Médecins pratiquant une expertise particulière

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les programmes déjà mis en œuvre sont ainsi poursuivis :

- le dépistage des cancers (sein, colorectal),
- la prévention des pathologies infectieuses aiguës (vaccination antigrippale, vaccination ROR) ;
- la prévention des complications liées aux pathologies chroniques (diabète, pathologies cardiovasculaires, pathologies respiratoires) ;
- programmes dédiés à certaines populations (dépistages néonataux dont celui de la surdité, prévention bucco-dentaire chez les enfants et les adolescents, facteurs de risque liés à la grossesse, iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées).

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

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

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

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

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

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

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

Article 18. Programme d'accompagnement des patients diabétiques

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 20. Les objectifs des actions de maîtrise médicalisée

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

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

- développer l'information des praticiens et des patients sur les règles de prise en charge collective, dès lors qu'elles touchent au taux de remboursement de certaines prestations ou à la fréquence de réalisation de certains actes ;
- parvenir à une inflexion significative des dépenses de remboursement de certains produits de santé et prestations, dans le cadre de l'objectif global d'économie fixé par la loi de financement de la sécurité sociale.

En s'appuyant notamment sur les outils suivants :

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

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

- réduire des écarts de consommation de soins et de prestations non expliqués par l'état sanitaire des populations observées. Après correction des variations liées notamment aux caractéristiques des populations ou de l'offre, les engagements peuvent porter sur la réduction de disparités régionales inexpliquées. Ils peuvent porter également sur la réduction de surconsommations au regard de constats dans des pays comparables.
- optimiser des pratiques de diagnostic ou de soins, notamment par le respect de recommandations et/ou de stratégies moins onéreuses à efficacité comparable.
- renforcer le respect des dispositions législatives et réglementaires relatives aux conditions de prise en charge des actes et prescriptions (indications remboursables, conditions de réalisation, relation avec ALD,...).

Article 21. Les modalités de fixation des objectifs

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

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

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

Article 22. Le suivi des objectifs

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

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

Au niveau national :

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

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

Au niveau régional :

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

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

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

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

Au niveau local :

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

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

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

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

Elle s'appuie sur la formation « médecins » définie à Article 75.1 pour toute mesure de caractère médical.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- la rémunération à l'acte, principe fondateur de l'exercice libéral ; dans l'attente de la mise en place de la CCAM clinique, des consultations à haute valeur ajoutée de santé publique sont instituées ;
- la rémunération forfaitaire permettant de rémunérer certaines activités correspondant à l'engagement des professionnels dans des domaines comme la prise en charge ou l'accompagnement de pathologies chroniques ou la prise en compte de tâches administratives,
- la rémunération à la performance, versée en fonction de l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficience destinée à se développer pour l'ensemble des spécialités et pour l'ensemble des médecins qui le souhaitent.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article.26.1. La valorisation de la qualité des pratiques

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

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

- L'organisation du cabinet et la qualité de service
- La qualité de la pratique médicale

L'organisation du cabinet et la qualité de service

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

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

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

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

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

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

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

La qualité de la pratique médicale

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

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

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

Article.26.2. Le fonctionnement du dispositif

Le dispositif repose sur le suivi des indicateurs suivants :

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

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

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

Les indicateurs de qualité de la pratique médicale

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

		traitement par aspirine faible dosage ou anticoagulant, rapporté à l'ensemble des patients MT diabétiques de mêmes tranches d'âge traités par antihypertenseurs et statines		
	Hyper-tension artérielle	Nombre de patients MT traités par antihypertenseurs dont la pression artérielle est \leq à 140/90 mm Hg, rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antihypertenseurs	60 %	20 patients

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

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

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

Article.26.3. Le contenu de la rémunération

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

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

Thème	Indicateurs	Nombre de points
Indicateurs organisation du cabinet	Tenue du dossier médical informatisé avec saisie de données cliniques permettant le suivi individuel et de patientèle	50
	Utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié	50
	Informatisation permettant de télétransmettre et utilisation des téléservices	100
	Volet annuel de synthèse par le médecin traitant du dossier médical informatisé	150
	Affichage dans le cabinet et sur le site ameli des horaires de consultation et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients	50
	TOTAL	400

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

La valeur du point est fixée à 7 €.

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

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

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

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

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

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

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

Article.26.4. Les modalités de calcul de la rémunération

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

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

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

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

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

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

- L'objectif intermédiaire du médecin est déterminé en fonction de la distribution actuelle des médecins au regard de cet indicateur,
- L'objectif cible du médecin est déterminé selon l'indicateur, il est commun à l'ensemble des médecins.

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

Article.26.5. Le suivi du dispositif

Suivi du dispositif

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

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

Suivi individuel du médecin

A partir de l'entrée en vigueur du dispositif et lors de l'installation des médecins, la caisse communique à chaque médecin une analyse chiffrée de sa patientèle dans les domaines visés par les objectifs retenus. Elle lui fournit également, à terme, au moins chaque trimestre, les données nécessaires au suivi de ses indicateurs.

A tout moment, le médecin peut solliciter un rendez-vous auprès d'un praticien-conseil ou d'un représentant de la caisse pour tout élément d'information.

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

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

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

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

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

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

De plus, la biopsie cutanée est un acte diagnostique important en pratique dermatologique. Son tarif est inférieur à celui de la consultation.

Afin de développer cette pratique, d'en permettre une meilleure traçabilité, les parties signataires suggèrent de permettre le cumul dans certaines conditions de la facturation de la biopsie avec l'acte de consultation.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 28. Adapter la rémunération des activités techniques

Article 28.1. CCAM Technique

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

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

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

Article 28.2. Tarification des forfaits techniques et appareils de remnographie

Les parties signataires souhaitent renforcer l'accès aux soins des patients en matière d'imagerie par résonance magnétique (IRM). Afin de favoriser une augmentation soutenable du parc des appareils et de prendre en compte l'évolution des technologies et des coûts associés, elles souhaitent réviser la classification des appareils IRM et des tarifs des forfaits techniques. Dans ce cadre, elles s'engagent à conclure avant le 31 octobre 2011 un avenant arrêtant cette nouvelle classification et les tarifs associés.

Article 28.3. Valorisation des spécialités utilisant les plateaux techniques lourds

Dans le cadre de la mise en place du secteur optionnel défini aux **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** et suivants, les parties signataires conviennent de la nécessité d'adapter la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale pour étendre le champ d'application de la majoration forfaits modulables (modificateur K).

Cette extension du champ d'application de forfaits modulables sera prise en compte dans le cadre des travaux visés à l'Article 28.1.

En outre, les parties signataires conviennent de la nécessité de revoir le niveau de cette majoration forfaits modulables à compter de l'année 2013.

Titre 4. L'exercice conventionnel

Sous-Titre 1. Les Conditions d'exercice

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

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

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

Article 29. Enregistrement du médecin auprès de la caisse

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

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

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

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

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

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

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

Article 31. Situation des collaborateurs salariés de praticiens libéraux conventionnés

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

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

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

Article 32. Situation du remplaçant

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sous-Titre 2. Les secteurs conventionnels

Article 34. Secteur à Honoraires Opposables

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

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

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

Article 34.1. Cas particulier de l'accès non coordonné

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

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

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

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

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

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

- pour les actes cliniques, appliquer à la consultation la majoration forfaitaire transitoire (MPC) ainsi qu'un dépassement ne pouvant excéder le montant de la majoration de coordination prévue dans le parcours de soins coordonnés,
- pour les actes techniques, appliquer les tarifs issus des listes citées à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article 35. Autres secteurs conventionnels

Article 35.1. Secteur à honoraires différents

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

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

- ancien chef de clinique des universités - assistant des hôpitaux dont le statut relève du décret n° 84-135 du 24 février 1984 ;
- ancien assistant des hôpitaux dont le statut est régi par les articles R. 6152-501 et suivants du code de la santé publique ;
- médecin ou chirurgien des hôpitaux des armées dont le titre relève du décret n°2004-538 du 14 juin 2004 ;
- praticien hospitalier nommé à titre permanent dont le statut relève des articles R. 6152-1 et suivants du code de la santé publique ;
- praticien des hôpitaux à temps partiel comptant au minimum cinq années d'exercice dans ces fonctions et dont le statut relève des articles R. 6152-201 et suivants du code de la santé publique.

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

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

- déclarer, à la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'implantation de son cabinet principal, sa volonté de bénéficier du droit de pratiquer des honoraires différents,
- informer par écrit simultanément l'URSSAF dont il dépend de sa décision.
- indiquer dans les mêmes conditions le régime d'assurance maladie dont il souhaite relever.

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

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

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

Situation de l'exercice en secteur privé par un praticien hospitalier.

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

Article 35.2. Secteur droit à dépassement permanent (DP)

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

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

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

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

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

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

- Pour les actes cliniques : les tarifs opposables sans dépassement
- Pour les actes techniques : les tarifs opposables avec un dépassement pratiqué avec tact et mesure plafonné pour chaque acte à 15% de sa valeur.

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

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

Ces dépassements ne sont pas applicables :

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

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

Les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations sociales dues par le médecin adhérent à l'option de coordination au titre de ses honoraires en application des articles L. 242-11, L. 645-2 et L. 722-4 du code de la sécurité sociale. Cette prise en charge s'effectue dans les conditions définies à l'Article 61 et à l'annexe XIX et s'applique sur la part de l'activité du praticien réalisée aux tarifs opposables effectuée dans le cadre de la présente convention.

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

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

Article 38. Modalités d'adhésion à l'option

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

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

Article 39. Modalités de suivi des engagements

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

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

Article 40. Modalités de résiliation par le médecin

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

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

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

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

Le médecin dispose d'un délai de deux mois à compter de la réception de ce courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse. Il peut dans ce même délai être entendu par le directeur de la caisse ou l'un de ses représentants ou par la commission paritaire locale définie à l'Article 75. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion à l'option de coordination par lettre recommandée avec accusé de réception.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les médecins adhérant au secteur optionnel décrit à l'**Erreur ! Source du renvoi introuvable.** de la présente convention dans l'hypothèse où il serait mis en place ont la possibilité de pratiquer des dépassements maîtrisés (DM) sur une partie de leurs actes.

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

Sous-Titre 4. Projet secteur Optionnel

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

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

Conditions d'adhésion au secteur optionnel

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

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

Engagements du praticien adhérent au secteur optionnel

Le médecin qui adhèrera au secteur optionnel s'engagera :

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

Transparence sur la qualité et les pratiques professionnelles

Référentiels sur la pertinence des indications et la qualité des actes

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

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

Engagement sur le volume d'actes

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

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

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

Engagement sur l'accréditation

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

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

Les caisses d'assurance maladie participeront au financement des cotisations sociales dues par le médecin adhérent au secteur optionnel au titre de ses honoraires en application des articles L. 242-11, L. 645-2 et L. 722-4 du code de la sécurité sociale. Cette prise en charge pourra s'effectuer dans les conditions définies à l'Article 73 et à l'annexe XIX et pourra s'appliquer sur l'ensemble des honoraires sans dépassements.

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

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

Modalités d'adhésion et entrée en vigueur du secteur optionnel

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

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

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

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

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

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

Modalités de suivi des engagements

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

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

Modalités de résiliation par le médecin

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

Dans ce cas il devra informer la CPAM ou la CGSS de son lieu d'installation, par lettre recommandée avec avis de réception. Cette résiliation sera effective un mois après la réception du courrier par la caisse.). Le médecin regagnera alors à cette date son secteur conventionnel d'origine ou celui pour lequel il aurait pu opter lors de son installation dans le secteur optionnel.

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

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

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

Le médecin disposera d'un délai de deux mois à compter de la réception de ce courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse. Il pourra dans ce même délai être entendu par le directeur de la caisse ou l'un de ses représentants ou par la commission paritaire locale définie à l' Article 87 , avec une possibilité d'appel en CPN. A l'issue de ce délai, la caisse pourra notifier au médecin la fin de son adhésion au secteur optionnel par lettre recommandée avec accusé de réception.

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

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

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

Objectifs fixés sur l'encadrement des dépenses

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

Ainsi, les partenaires conventionnels se fixent pour objectif d'atteindre à l'issue des 3 ans de durée de l'option une offre à tarif opposable et maîtrisé à hauteur de:

- 80 % pour l'anesthésie
- 55 % pour la chirurgie
- taux à compléter pour l'obstétrique

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

Durée de l'option au secteur optionnel

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

Suivi et bilan de l'option

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

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

- inciter les organismes d'assurance maladie complémentaires à prendre en charge ce nouveau secteur auprès de leurs assurés et adhérents et, sans préjudice de leur liberté contractuelle, de s'assurer dans les offres de prise en charge préférentielle des compléments d'honoraires maîtrisés demandés par les professionnels dans ce cadre.
- A compter de l'entrée en vigueur effective du secteur optionnel, diffuser et mettre à jour la liste des organismes complémentaires offrant une prise en charge des compléments d'honoraires du secteur optionnel.
- inciter les organismes complémentaires à mettre à disposition de leurs adhérents et assurés d'une part, la liste des praticiens qui auront fait le choix du secteur optionnel et d'autre part, les engagements sur les tarifs et la qualité des pratiques professionnelles et suivants pris par ces praticiens.

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

Titre 5. Moderniser et simplifier les conditions d'exercice

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

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

- en accompagnant les médecins dans leur pratique professionnelle grâce à la mise en place de correspondants dédiés dans les caisses,
- en généralisant la facturation électronique,
- en dématérialisant les prescriptions,
- en favorisant le développement des échanges électroniques via la généralisation des téléservices et la dématérialisation de l'ensemble des documents papier.

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

Article 43. Des échanges personnalisés avec des correspondants identifiés

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

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

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

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

Article 44. Un accompagnement des médecins dans leur pratique

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

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

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

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

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

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

Article 44.2. Les Conseillers informatique service

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

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

Article 45. Une simplification des échanges

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

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

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

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

A ce titre, les partenaires conventionnels s'engagent à travailler de manière concertée notamment dans le cadre du comité technique paritaire permanent chargé des simplifications administratives définies à l'Article 73 pour améliorer et développer des services mis à disposition des médecins en favorisant dans la mesure du possible, les phases d'expérimentation préalables à leur utilisation. Cette concertation se poursuit dans tout le processus de déploiement et de généralisation des services offerts.

Article 45.1. Le développement des téléservices

Les téléservices suivants sont désormais disponibles :

La gestion des protocoles de soins électroniques (PSE)

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

La gestion des arrêts de travail dématérialisés

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

La déclaration du médecin traitant en ligne

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

Les services bientôt accessibles

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

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

Article 45.2. La simplification des formulaires

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

Cette démarche de simplification est menée dans le cadre des travaux du CTPPN défini à l'Article 73.

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

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

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

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

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

Ce processus s'inscrit dans la réflexion sur la prescription en ligne visée à l'article 69..

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

Article 47. Généraliser la facturation électronique

La facturation des actes et prestations s'effectue par principe sous format électronique dit « système SESAM Vitale » selon les conditions définies ci-après. De manière exceptionnelle, la facturation peut s'effectuer par le biais de la feuille de soins sur support papier (cf. Article 53).

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

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

Article 47.1. Maintenance et évolution du système SESAM-VITALE

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

L'assurance maladie met en œuvre les moyens nécessaires :

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

- pour apporter aux médecins libéraux toutes les informations, l'assistance et le conseil qui leur sont nécessaires dans leur exercice quotidien, notamment sur le dispositif de facturation SESAM-Vitale ;
- pour spécifier et organiser au mieux les évolutions du système SESAM-Vitale imposées par la réglementation, par les changements techniques ;

Le médecin met en œuvre les moyens nécessaires :

- pour intégrer en temps utile les évolutions de son équipement lui permettant de rester conforme à la réglementation et à la version en vigueur du système SESAM-Vitale ;
- pour se doter de la dernière version du cahier des charges SESAM-Vitale qui constitue le socle technique de référence et ce, dans les 18 mois suivant la publication de ce dernier. Dans ce cadre, il vérifie que les services proposés par son fournisseur de solution informatique permettent cette mise à jour. - pour disposer sur son poste de travail des données nécessaires à la tarification et à la facturation conformes aux dispositions réglementaires en vigueur.
- pour assurer au mieux la continuité du service de la télétransmission au bénéfice des assurés sociaux, notamment pour respecter les délais réglementaires de transmission des feuilles de soins électroniques.

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

Article 47.2. Les règles de télétransmission de la facturation

Equipement informatique du médecin

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

Carte Professionnel de Santé

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

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

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

Liberté de choix du réseau :

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

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

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

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

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

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

Etablissement des FSE

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

Validité des informations contenues dans la carte Vitale

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

Délai de transmission des FSE

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

Paiement en cas de dispense d'avance des frais

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

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

Garantie de paiement

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

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

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

Tiers payant légal

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

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

Article 50. Traitement des incidents

Article 50.1. Informations réciproques :

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

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

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

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

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

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

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

Article 51. Retours d'information

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

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

Les principaux éléments du retour sont les suivants :

- le retour correspond au virement bancaire effectué sur la base du total du remboursement issu des traitements effectués par la caisse pour une journée comptable donnée, il ne peut pas être partiel ;
- le cumul, la régularisation ou la récupération d'indus sont signalés de façon claire ;
- tout mouvement financier ou paiement conventionnellement prévu est indiqué distinctement des factures honorées dans le retour NOEMIE.
- le rejet est accompagné des informations permettant d'identifier la facture transmise et l'anomalie détectée ; il implique la modification et le renvoi de la facture par le médecin;

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

- envoi dans un fichier unique des informations de paiement et de rejet,
- réponse de niveau facture, le lot devient identifiant secondaire,
- réponse distincte (dans deux entités différentes) des parts obligatoires et des parts complémentaires sur chaque facture,
- allègement en volume par suppression du détail des actes payés,
- identification des actes rejetés,
- le niveau de rejet : Facture, Ligne ou Acte,
- la ligne de prestation concernée,
- la part concernée (AMO/AMC)
- le rang du code affiné concerné dans la ligne.
- identification de la référence du virement bancaire,
- distinction des différentes natures de retour : remboursements de prestations, paiements ponctuels, rappels, retenues suite à indus,
- indication de la nature du flux aller : FSE, flux sécurisé ou non, facture papier,
- restitution de l'intégralité des informations prévues dans le retour en cas de paiement différé (recyclage ou re-saisie).

Article 52. Dispositif d'incitation à l'informatisation et à la télétransmission

Article 52.1. Conditions nécessaires pour bénéficier du dispositif d'incitation à la télétransmission

Pour bénéficier du dispositif d'incitation à la télétransmission des feuilles de soins, les médecins doivent réunir les conditions suivantes :

- disposer d'un équipement permettant la télétransmission des feuilles de soins conforme à la dernière version du cahier des charges publiée par le GIE SESAM-Vitale. La télétransmission de feuilles de soins électroniques conformes à ce cahier des charges atteste de la conformité de l'équipement ;
- atteindre un taux prédéterminé de télétransmission en FSE supérieur ou égal à 75 %.

Pour le calcul de ce taux de télétransmission, sont exclus du champ les actes facturés pour les bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat, pour les nourrissons de moins de trois mois, les prestations de soins effectuées dans leur totalité hors présence du patient, et les actes facturés via la facturation électronique des établissements de santé sur bordereau CERFA S3404.

La mesure de l'atteinte du taux de télétransmission s'effectue sur la période du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année considérée.

Article 52.2. Montant de l'incitation à la télétransmission des feuilles de soins électroniques.

- un montant de 0,07 € par FSE reçue par la caisse conformément aux spécifications SESAM-Vitale.

Les médecins dont le taux de télétransmission se situe entre 70 et 74,9 % peuvent saisir la CPL définie à l'Article 75 afin qu'elle examine les motifs susceptibles d'expliquer la non atteinte du taux de télétransmission ouvrant droit au bénéfice du dispositif d'incitation à la télétransmission de feuilles de soins électroniques.

La CPL émet un avis concernant le bénéfice ou non du dispositif d'incitation, en dépit de la non atteinte du taux de télétransmission de 75 %.

Les caisses notifient leur décision au médecin concerné.

Article 52.3. Modalités de versement

Les sommes correspondant aux différents dispositifs d'incitation sont versées 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.

Parallèlement à cette incitation à la télétransmission des feuilles de soins électroniques, les médecins peuvent bénéficier d'une rémunération complémentaire dans le cadre de leur engagement sur l'organisation du cabinet et l'informatisation de celui-ci dans les conditions définies au titre relatif à la rémunération sur objectifs.

Article 53. La procédure exceptionnelle : la facturation via la feuille de soins sur support papier

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

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

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

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

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

Article 54. Documents relatifs à la facturation des prestations

Les médecins s'engagent à n'utiliser que les feuilles de soins, imprimés et documents conformes aux modèles définis par la réglementation qu'ils soient transmis par voie électronique ou sur support papier. Les projets de modifications apportées sur ces modèles de documents sont transmis préalablement pour avis aux membres du comité technique paritaire permanent national chargé des simplifications administratives défini à l'Article 72 de la présente convention.

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

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

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

Article 55. Facturation des honoraires

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

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

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

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

Article 56. Facturation des actes effectués par le personnel salarié du médecin

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

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

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

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

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

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

Article 57. Rédaction des ordonnances

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

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

Le médecin formule sur des ordonnances distinctes les prescriptions :

- de médicaments ;
- de produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale ;
- d'interventions nécessaires des auxiliaires médicaux ;
- d'examens de laboratoire ;

Le médecin ne peut utiliser des ordonnances pré imprimées, sauf dans le cas où il préciserait les modalités pratiques de préparation à un examen ou une intervention. Toutefois, il peut s'appuyer, s'il l'estime utile, pour établir sa prescription, sur des modèles type de prescription ou des aides à la prescription élaborés dans le champ de la liste des produits et prestations prévue à l'article L.

165-1 du code de la sécurité sociale. Il se les procure en ligne, sur le site de l'assurance maladie, ou auprès de la caisse dans la circonscription de laquelle il exerce.

Ces documents sont soumis pour avis, avant d'être mis à la disposition des médecins par l'assurance maladie, au comité technique paritaire permanent chargé des simplifications administratives défini à l'Article 73 de la convention

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

Article 58. Ordonnance dupliquée

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

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

Sous-Titre 4. Les modalités de paiement des honoraires

Article 59. Le principe du paiement direct et les cas de dispense d'avance des frais

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

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

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

Article 60. Modalités particulières à l'exercice dans un établissement de santé

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

Pour les actes médicaux effectués en établissement de santé visé au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans le cadre d'une hospitalisation avec ou sans hébergement, l'ensemble des actes dispensés ainsi que le montant correspondant des honoraires sont inscrits sur un support dit "bordereau de facturation".

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

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

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

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

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

Sous-Titre 5. DISPOSITIONS SOCIALES

Article 61. Principe et champ d'application

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

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

Cette participation ne concerne pas les adjoints, les assistants et les salariés mentionnés aux articles 30 et suivants exerçant dans le cadre conventionnel ni les médecins exerçant exclusivement en secteur à honoraires différents.

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

Article 62. Assurance maladie, maternité, décès

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

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

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

Article 63. Allocations familiales

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

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

Article 64. Pérennisation du régime ASV

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

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

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

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

1. Assurer la pérennité financière du régime ;

2. Maintenir un niveau de retraite ASV d'environ 40% de la retraite totale d'un médecin ;
3. Instaurer une cotisation proportionnelle aux revenus ;
4. Confirmer et renforcer la prise en charge des cotisations par l'assurance maladie, qui maintiendra, sur l'ensemble des cotisations proportionnelles et forfaitaires, une prise en charge aux 2/3 pour les médecins de secteur 1 ;
5. Maintenir le pacte entre les générations via un effort partagé entre cotisants, anciens cotisants et retraités ;
6. Garantir aux jeunes générations un régime pérenne et équilibré pour maintenir l'attractivité de l'exercice libéral ;
7. Lisser dans le temps les efforts pour les rendre progressifs ;
8. Prendre en compte, dans les efforts de la réforme, les situations individuelles, tant en terme de rendements passés que de revenus ;
9. Prendre en compte la situation des conjoints survivants, en prévoyant que la baisse des pensions ne s'appliquera pas aux pensions de réversion liquidées à la date d'entrée en vigueur de la réforme, pour la part des points inférieurs à la pension de réversion moyenne ;
10. Instaurer des clauses de rendez-vous réguliers entre l'ensemble des parties prenantes à la réforme pour s'assurer de la pérennité financière du régime, ce qui permettra le cas échéant de revaloriser plus tôt que prévu les prestations.

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

Article 65. Modalités de versement

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

Titre 6. Vie conventionnelle

Sous-Titre 1. Durée et résiliation de la convention

Article 66. Durée de la convention

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

Article 67. Résiliation de la convention

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

- violation grave des engagements conventionnels du fait de l'une des parties ;
- modification législative ou réglementaire affectant substantiellement les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins.

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

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

Article 68. Notification

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

Article 69. Modalités d'adhésion

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

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

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

Article 70. Modalités de rupture d'adhésion

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

Sous-Titre 3. Les instances conventionnelles

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

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

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

Article 71. La Commission Paritaire Nationale (CPN)

Article 71.1. Composition de la Commission Paritaire Nationale

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

Section professionnelle

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

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

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

Section sociale

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

- Régime général : 3 administratifs, 3 conseillers, 2 médecins conseils.
- Régime agricole : 2 représentants, dont un médecin conseil.
- Régime social des indépendants : 2 représentants, dont un médecin conseil.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

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

En "formation médecins" dans le cadre de la procédure définie à l'Article 76, la CPN est composée :

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

Des membres suivants pour la section sociale :

- deux médecins conseils du régime général siégeant dans la section sociale de la CPN en formation plénière, chacun de ces médecins conseils possédant 4 voix.
- du médecin conseil du régime agricole et du médecin conseil du régime social des indépendants, siégeant dans la section sociale en formation plénière, chacun de ces médecins conseils possédant 2 voix.

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

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

- une section professionnelle dont le nombre de sièges et leur répartition sont arrêtés par les organisations syndicales représentatives signataires de la convention,
- une section sociale dont le nombre de sièges est égal à celui de la section professionnelle et donne lieu à une répartition entre les régimes membres de cette commission.

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

Article 71.2. Mise en place de la Commission Paritaire Nationale

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

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

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

Elle se réunit au siège de l'UNCAM.

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

Article 71.3. Rôle de la Commission Paritaire Nationale

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

La CPN est notamment chargée des missions suivantes :

- elle veille au respect des dispositions conventionnelles par les médecins et les caisses au niveau local ;
- elle détermine, le nombre de commissions paritaires locales et leur répartition territoriale dans les départements comportant plusieurs caisses primaires ;
- elle prend toutes les dispositions nécessaires au bon fonctionnement des instances régionales et locales ;
- elle prépare les avenants et Annexes de la convention ;
- elle prépare les contrats types visés à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique visant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins ;

- elle définit annuellement les objectifs de maîtrise médicalisée dans le cadre des dispositions définies à l'Article 20 de la présente convention ;
- elle est informée des programmes d'accompagnements mis en place par l'assurance-maladie intéressant les médecins ;
- elle est informée, par les Commissions Paritaires Régionales (CPR) et par les Commissions Paritaires Locales (CPL), des travaux en cours dans les régions et dans les départements, notamment en ce qui concerne les résultats de la maîtrise médicalisée ;
- elle examine les projets et accords locaux sur la dispense d'avance des frais.
- elle délibère sur les activités médicales à soumettre à la Haute Autorité de Santé en vue de l'établissement de références médicales telles que définies aux articles L. 162-5 et L. 162-12-15 du code de la sécurité sociale ainsi que les indicateurs des programmes de paiement à la performance élaborés par l'assurance maladie dans le cadre de l'article L. 161-39 du code de la sécurité sociale ;
- elle assure le suivi et l'évaluation du dispositif du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés ;
- elle suit et évalue annuellement les résultats de l'option de coordination et du secteur optionnel (dans l'hypothèse où il serait mis en place) définis aux Article 36 et 43 ;
- elle suit la mise en œuvre des dispositifs de rémunération sur objectifs de santé publique définis aux Article 26 et suivants ;
- elle assure le suivi de la bascule entre le dispositif de permanence des soins conventionnel défini à l'Article 4 et le nouveau dispositif issu de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;
- elle suit la mise en place du dispositif incitatif mis en place aux Article 1 et suivants pour améliorer la répartition de l'offre de soins ;
- elle assure le suivi de la Formation Professionnelle Conventionnelle dans les conditions définies au Titre 3.Sous-Titre 1 dans l'attente de la mise en place du Développement Professionnel Continu (DPC) issu de l'article 59 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;
- elle assure l'installation et le suivi des travaux du comité du fonds des actions conventionnelles et du comité technique paritaire permanent national chargé des simplifications administratives ;
- elle émet un avis sur le recours consultatif formé auprès d'elle par le médecin à l'encontre duquel une sanction a été décidée par les caisses dans les conditions définies à l'article 91;
- elle assure le suivi et examine le bilan des commissions des pénalités sur la base d'un bilan d'activité annuel communiqué par la caisse ;
- elle assure le suivi des expérimentations de nouveaux modes de rémunérations qui ont lieu au niveau régional en application de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale.

Article 72. Le comité du Fonds des actions conventionnelles (FAC) placé près de la CPN

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

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

Article 72.1. Composition du comité FAC

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

Section professionnelle

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

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

Section sociale

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

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

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

Article 72.2. Mise en place du comité FAC

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

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

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

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

Article 72.3. Missions du comité FAC

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

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

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

Article 73. Comité technique paritaire permanent national chargé des simplifications administratives placé près de la CPN

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

Article 73.1. Composition du CTPPN

Le comité est composé de 12 membres titulaires:

Section professionnelle

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

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

Section sociale

6 membres titulaires représentant l'assurance maladie

Régime Général : 4 représentants ;

Mutualité Sociale Agricole : 1 représentant ;

Régime Social des Indépendants : 1 représentant

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

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

Article 73.2. Mise en place du CTPPN

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

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

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

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

Article 73.3. Missions du CTPPN

Le comité est chargé notamment :

- de mettre en œuvre le programme de simplifications administratives visant à aider le médecin dans son travail au quotidien en décidant des actions à mener afin d'en assurer la réussite ;
- d'accompagner la mise en place de ce programme au niveau local ;
- d'assurer le suivi des remontées des travaux des commissions paritaires locales ;
- d'examiner et d'émettre un avis sur tous les projets de modification des documents servant de base aux échanges entre l'assurance maladie et les médecins exerçant à titre libéral (formulaires, etc.) ;
- d'analyser tout dysfonctionnement du système SESAM-Vitale et d'examiner les réponses appropriées dans les meilleurs délais afin de garantir la continuité et l'adaptabilité du service de la télétransmission des feuilles de soins électroniques ;
- de formuler des observations sur le cahier des charges SESAM-Vitale et des propositions tendant à l'amélioration du système ;
- de suivre les procédures informatiques de gestion de la dispense d'avance de frais ou de tout autre dispositif issu de la réglementation ;
- de suivre les échanges de données dématérialisées entre l'assurance maladie et les médecins adhérant à la présente convention ;
- de définir les modalités de mise en ligne par les médecins d'informations notamment sur le portail de l'assurance maladie ;
- d'informer régulièrement la CPN de ses travaux et de lui établir un bilan annuel.

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

Article 74. La Commission Paritaire Régionale (CPR)

Il est créé dans chaque région une Commission Paritaire Régionale.

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

Article 74.1. Composition de la Commission Paritaire Régionale:

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

Section professionnelle

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

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

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

Section sociale

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

Régime général : 3 administratifs (dont le représentant régional auprès du régime général – coordonnateur), 3 conseillers, 2 médecins conseils.

Régime agricole : 2 représentants, dont un médecin conseil.

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

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

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

En "formation médecins" dans le cadre de la procédure définie à l'Article 76, la CPR est composée :

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

- Des membres suivants pour la section sociale :

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

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

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

Article 74.2. Mise en place de la Commission Paritaire régionale

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

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

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

Le secrétariat est assuré par l'organisme désigné par le directeur coordonnateur de la gestion du risque. Toutes les tâches administratives de la commission lui incombent : convocations, relevé de décisions, constats éventuels de carence, etc.

Article 74.3. Missions de la Commission Paritaire Régionale

La CPR est chargée notamment des missions suivantes :

- elle assure le suivi régional des actions de maîtrise médicalisée des dépenses de santé définies aux Article 20 et suivants ;
- elle assure un suivi des dépenses de santé au niveau régional ;
- elle assure un suivi des contrats conclus au niveau régional entre les agences régionales de santé et les médecins relatifs à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins et définis à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique ;
- elle assure au niveau régional le suivi de la bascule entre le dispositif de permanence des soins conventionnel défini à l'Article 4 et le nouveau dispositif issu de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;
- elle examine les motifs de résiliation aux options démographie et santé solidarité ;
- elle émet un avis sur le recours suspensif formé auprès d'elle par le médecin à l'encontre duquel une sanction a été décidée par les caisses dans les conditions à l'Article 79 ;
- elle est informée des travaux des instances locales de la région ;
- elle informe régulièrement la CPN de ses travaux.

Article 75. La Commission Paritaire Locale (CPL)

La Commission Paritaire Locale a pour objectif principal d'assurer le bon fonctionnement et la continuité du régime conventionnel au niveau local.

Il est créé dans chaque département une Commission paritaire Locale. Dans les départements comportant plusieurs caisses primaires, le nombre de commissions paritaires locales et leur répartition territoriale sont fixés par la CPN

Article 75.1. Composition de la commission paritaire locale

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

Section professionnelle

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

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

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

Section sociale

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

Régime général : 3 administratifs, 3 conseillers, 2 médecins conseils ;

Régime agricole : 2 représentants, dont 1 médecin conseil ;

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

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

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

En "formation médecins" dans le cadre de la procédure définie à l'Article 76, la CPL est composée :

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

Des membres suivants pour la section sociale :

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

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

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

Article 75.2. Mise en place de la Commission Paritaire Locale

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

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

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

Le secrétariat est assuré par le personnel administratif de l'une des caisses membre de la commission. Toutes les tâches administratives de la commission lui incombent : convocations, relevé de décisions, constats éventuels de carence, etc.

Article 75.3. Rôle de la Commission Paritaire Locale

La CPL a notamment les missions suivantes

- elle veille au respect des obligations respectives des parties et se réunit pour étudier toute question soulevée par l'application de la convention au niveau local ;
- elle assure le bon fonctionnement des dispositifs mis en place dans le cadre de la convention;
- elle conduit toute analyse concernant l'évolution de la consommation des soins et les conditions d'accès aux soins des assurés ;
- elle est responsable de la mise en œuvre de la maîtrise médicalisée au niveau local dans les conditions définies à l' Article 22 ;
- elle est informée des programmes d'accompagnement mis en place par l'assurance-maladie intéressant les médecins ;
- elle assure le suivi des mesures relatives aux refus de soins ;
- elle établit un relevé de décision à chaque réunion et le communique au secrétariat de la CPN ;
- elle se réunit avant toute décision susceptible d'être prise à l'encontre d'un médecin, pour émettre un avis dans les conditions fixées à l'Article 76 de la convention;
- elle informe régulièrement la CPR et la CPN de ses travaux.

Sous-Titre 4. Le non-respect des engagements conventionnels

Article 76. De l'examen des cas de manquements

En cas de non respect par le médecin des dispositions conventionnelles organisant ses rapports avec l'assurance maladie, une procédure conventionnelle d'examen des manquements est engagée par les parties conventionnelles sur initiative d'une caisse.

Le non respect des dispositions conventionnelles peut notamment porter sur

- l'application, de façon répétée, de tarifs supérieurs aux tarifs opposables ;
- l'utilisation abusive du DE ;
- la non inscription, de façon répétée, du montant des honoraires perçus, au sens de la présente convention et de la réglementation ;
- le non respect, de façon répétée, de la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale ;
- le non respect du droit à la dispense d'avance des frais au profit des bénéficiaires de la CMUC et de l'ACS.

La procédure conventionnelle applicable en cas de manquement imputable à un médecin est décrite à l'Annexe XXII de la présente convention.

Article 77. Des sanctions susceptibles d'être prononcées

Les sanctions susceptibles d'être prononcées à l'encontre d'un médecin sont les suivantes :

- suspension du droit permanent à dépassement, du droit de pratiquer des honoraires différents qui peut être temporaire ou prononcée pour la durée d'application de la présente convention (jusqu'à la date de renouvellement de la convention) ; cette mesure ne pouvant être prononcée qu'en cas de non-respect du tact et de la mesure, après décision du Conseil de l'Ordre ;
- suspension du droit à pratiquer des dépassements autorisés plafonnés (DA) tels que définis à l'Article 34.1, cette mesure ne pouvant être prononcée qu'en cas de non-respect des limites de dépassements fixées par la présente convention ;
- suspension de la ou des participations des caisses à la prise en charge des avantages sociaux pour les médecins en bénéficiant. La suspension de la ou des participation(s) des caisses est de un, trois, six ou douze mois ;
- suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre de la convention avec ou sans sursis. Cette suspension peut être temporaire ou prononcée pour la durée d'application de la présente convention (jusqu'à la date de renouvellement de la convention), selon l'importance des griefs.

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

En cas de sursis, la sanction de mise hors convention peut être rendue exécutoire pendant une période de deux ans à compter de sa notification, dès lors que de nouveaux manquements réalisés postérieurement à la notification de la sanction devenue définitive ont été relevés à l'encontre du médecin par la CPL. Elle peut, dans ce cadre et le cas échéant, se cumuler, avec la sanction prononcée à l'occasion de l'examen de ces nouveaux manquements.

Le sursis ne s'applique pas à la suspension de la participation des caisses à la prise en charge des avantages sociaux inhérente à la procédure de mise hors convention.

Article 78. Des conséquences du déconventionnement sur l'activité de remplacement

Lorsqu'un médecin est sanctionné par une mesure de mise hors convention, il ne peut se faire remplacer pendant toute la durée de la sanction. Il ne peut pas non plus exercer en tant que remplaçant d'un médecin exerçant à titre libéral et régi par la présente convention.

Article 79. Du recours du médecin contre une sanction

Le médecin a la possibilité de présenter un recours consultatif auprès de la CPR contre toute sanction de :

- mise hors convention d'une durée inférieure ou égale à un mois
- suspension de la prise en charge des cotisations sociales d'une durée inférieure ou égale à 6 mois

Le médecin a la possibilité de présenter un recours consultatif auprès de la CPN contre toute sanction de :

- mise hors convention d'une durée supérieure à un mois
- suspension de la prise en charge des cotisations sociales d'une durée supérieure à 6 mois

Ces recours suspendent la décision des caisses.

Dans le cas où la CPR ou la CPN sont saisies, les voies de recours de droit commun restent ouvertes dès lors que la procédure conventionnelle est épuisée.

Article 80. Des conséquences des sanctions ordinales et des décisions juridictionnelles

Lorsque le conseil de l'Ordre des médecins ou une juridiction a prononcé, à l'égard d'un médecin :

- une sanction devenue définitive d'interdiction de donner des soins aux assurés sociaux,
- une sanction devenue définitive d'interdiction d'exercer,
- une peine effective d'emprisonnement,
- une mesure de liquidation judiciaire

Le professionnel se trouve placé de fait et simultanément hors de la convention médicale, à partir de la date d'application de la sanction ordinale ou judiciaire ou de la mesure de liquidation judiciaire, et pour la même durée.

Le directeur de la CPAM informe le professionnel de sa situation par rapport à la convention médicale.

Lorsque les faits sanctionnés par une instance ordinale 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 à l'Article 77 du présent chapitre.

Article 81. De la continuité des procédures initiées avant l'entrée en vigueur de la convention

Les procédures conventionnelles en cours à la date d'entrée en vigueur de la présente convention sont examinées au regard des dispositions de la présente convention.

Les sanctions conventionnelles en cours d'exécution au moment de l'entrée en vigueur de la présente convention s'appliquent jusqu'à leur terme.

Préambule	2
Le Champ d'application de la convention	5
Titre 1. Conforter l'accès aux soins	6
Sous-Titre 1. Améliorer la répartition de l'offre de soins sur le territoire	6
Article 1. Mesures en faveur de l'amélioration de la répartition des professionnels de santé sur le territoire	7
Article 1.1. Objet et champ de l'option démographie	7
Article 1.2. Avantages conférés par l'adhésion à l'option	8
Article 2. Mesures relatives à l'apport complémentaire de temps médical dans les zones sous dotées en offre de soins	8
Article 2.1. Objet et champ de l'option santé solidarité territoriale	9
Article 2.2. : Avantages conférés par l'adhésion à l'option	9
Article 3. Evaluation de la mise en place de l'option démographie et de l'Option Santé Solidarité Territoriale	9
Sous-Titre 2. Garantir la Permanence des soins.....	10
Article 4. La transition vers le nouveau dispositif de permanence des soins	10
Article 4.1. Les majorations d'actes spécifiques	10
Sous-Titre 3. Développer la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux	11
Article 5. Le Tiers Payant Social pour les bénéficiaires de l'ACS	11
Article 6. Le tiers payant pour certains actes et coefficients visés.....	12
Article 7. Le tiers payant dans le cadre de la permanence des soins.....	12
Article 8. La dispense d'avance des frais pour les patients ayant choisi le médecin référent comme médecin traitant.....	13
Article 9. Accords locaux spécifiques sur la dispense d'avance des frais.....	13
Article 10. Expérimentations.....	13
Article 11. La dispense d'avance des frais pour la délivrance des médicaments et certains dispositifs médicaux effectuée par les médecins pharmaciens.....	13
Sous-Titre 4. Maîtriser les dépassements d'honoraires pour un meilleur accès aux soins	14
Sous-Titre 5. Eviter les refus de soins.....	15
Titre 2. Développer la coordination des soins.....	16
Sous-Titre 1. Le parcours de soins	16
Article 12. Le Médecin traitant	16
Article 12.1. Les missions du médecin traitant	16
Article 12.2. Les modalités de choix du médecin traitant	17
Article 12.3. Les modalités particulières	17
Article 12.4. La valorisation du rôle de médecin traitant	18
Article 13. Le Médecin correspondant	19
Article 13.1. Les missions du médecin correspondant	19
Article 13.2. La valorisation du rôle de médecin correspondant	20
Article 14. L'Accès spécifique.....	21
Article 14.1. Champ de l'accès spécifique	21
Article 14.2. Les conditions de l'accès spécifique du médecin spécialiste	21
Article 15. Le Fonctionnement du parcours de soins coordonnés.....	22
Article 15.1. Les différentes modalités du parcours de soins coordonnés	22
Article 15.2. Les cas d'urgence et d'éloignement	23
Sous-Titre 2. Un parcours de soins mieux coordonné dans le cadre d'un exercice coopératif	24

Article 16.	Accompagnement du développement des modes d'exercice pluriprofessionnel	24
Article 17.	Elaboration de contrats type sur l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins	24
Sous-Titre 3.	Développement de nouveaux modes de prise en charge des patients	25
Sous-Titre 4.	Médecins pratiquant une expertise particulière.....	26
Titre 3.	Valoriser la qualité des pratiques médicales et favoriser l'efficacité du système de soins	27
Sous-Titre 1.	De la Formation Professionnelle Conventionnelle au Développement Professionnel Continu	27
Sous-Titre 2.	L'implication des médecins dans les campagnes de prévention	28
Sous-Titre 3.	Les mesures en faveur de l'accompagnement des patients	28
Article 18.	Programme d'accompagnement des patients diabétiques	29
Article 19.	Extension des programmes d'accompagnement à d'autres pathologies (cardiovasculaire, BPCO).....	30
Sous-Titre 4.	La maîtrise médicalisée des dépenses de santé	30
Article 20.	Les objectifs des actions de maîtrise médicalisée	30
Article 21.	Les modalités de fixation des objectifs	31
Article 22.	Le suivi des objectifs.....	31
Article 23.	L'information et la promotion des objectifs auprès des médecins libéraux	32
Article 24.	Thèmes et objectifs de maîtrise médicalisée pour l'année 2011	33
Sous-Titre 5.	Compléter la rémunération pour valoriser la qualité des pratiques médicales et l'efficacité.....	34
Article 25.	Les trois piliers de la rémunération : acte, forfait et objectifs de santé publique	34
Article 26.	Un nouveau partenariat en faveur de l'amélioration de la prise en charge des patients et de l'efficacité des soins.....	35
Article.26.1.	La valorisation de la qualité des pratiques.....	36
Article.26.2.	Le fonctionnement du dispositif	37
Article.26.3.	Le contenu de la rémunération.....	41
Article.26.4.	Les modalités de calcul de la rémunération	43
Article.26.5.	Le suivi du dispositif.....	44
Article 27.	Favoriser les activités cliniques dans le cadre de la politique de santé publique	44
Article 27.1.	Soutenir la priorité de santé publique en matière de prévention et de dépistage	45
Article 27.2.	Améliorer la prise en charge de certaines pathologies chroniques	46
Article 27.3.	Valorisation de la pratique des médecins à exercice particulier ...	47
Article 28.	Adapter la rémunération des activités techniques	47
Article 28.1.	CCAM Technique.....	47
Article 28.2.	Tarifification des forfaits techniques et appareils de remnographie	47
Article 28.3.	Valorisation des spécialités utilisant les plateaux techniques lourds	48
Titre 4.	L'exercice conventionnel	49
Sous-Titre 1.	Les Conditions d'exercice	49
Article 29.	Enregistrement du médecin auprès de la caisse	49
Article 30.	Situation des médecins exerçant au sein d'une structure regroupant plusieurs praticiens	49

Article 31.	Situation des collaborateurs salariés de praticiens libéraux conventionnés	50
Article 32.	Situation du remplaçant.....	50
Article 33.	Situation des adjoints et des assistants des praticiens libéraux conventionnés	51
Sous-Titre 2.	Les secteurs conventionnels	51
Article 34.	Secteur à Honoraires Opposables.....	51
	Article 34.1. Cas particulier de l'accès non coordonné.....	51
Article 35.	Autres secteurs conventionnels	52
	Article 35.1. Secteur à honoraires différents	52
	Article 35.2. Secteur droit à dépassement permanent (DP)	53
Sous-Titre 3.	Mise en œuvre de l'option de coordination.....	54
Article 36.	Engagements du praticien adhérent à l'option de coordination	54
Article 37.	Engagements de l'assurance maladie vis-à-vis du praticien adhérent à l'option de coordination	54
Article 38.	Modalités d'adhésion à l'option.....	55
Article 39.	Modalités de suivi des engagements	55
Article 40.	Modalités de résiliation par le médecin.....	55
Article 41.	Résiliation par la caisse en cas de non respect des engagements par le médecin	56
Article 42.	Respect des honoraires opposables et modalités de dépassements exceptionnels.	56
	Article 42.1. Cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade non liée à un motif médical (DE).....	56
	Article 42.2. Cas de dépassements autorisés plafonnés (DA), pour les soins non coordonnés, au sens de la présente convention	57
	Article 42.3. Application de dépassements maîtrisés (DM) sur les tarifs opposables des seuls actes techniques.....	57
	Article 42.4. Application de dépassements maîtrisés (DM) dans le cadre de l'application du secteur optionnel.....	57
Sous-Titre 4.	Mise en œuvre du secteur Optionnel.....	57
Article 43.	conditions d'adhésion au secteur optionnel	Erreur ! Signet non défini.
Article 44.	Engagements du praticien adhérent au secteur optionnel ..	Erreur ! Signet non défini.
Article 45.	Transparence sur la qualité et les pratiques professionnelles.....	Erreur ! Signet non défini.
	Article 45.1. Référentiels sur la pertinence des indications et la qualité des actes	Erreur ! Signet non défini.
	Article 45.2. Engagement sur le volume d'actes	Erreur ! Signet non défini.
	Article 45.3. Engagement sur l'accréditation	Erreur ! Signet non défini.
Article 46.	Engagements de l'assurance maladie vis-à-vis du praticien adhérent au secteur optionnel	Erreur ! Signet non défini.
Article 47.	Engagements de l'UNOCAM	Erreur ! Signet non défini.
Article 48.	Modalités d'adhésion et entrée en vigueur du secteur optionnel ...	Erreur ! Signet non défini.
Article 49.	Modalités de suivi des engagements	Erreur ! Signet non défini.
Article 50.	Modalités de résiliation par le médecin.....	Erreur ! Signet non défini.
Article 51.	Résiliation par la caisse en cas de non respect des engagements par le médecin	Erreur ! Signet non défini.

Article 52.	Objectifs fixés sur l'encadrement des dépenses.....	Erreur ! Signet non défini.
Article 53.	Durée de l'option au secteur optionnel.....	Erreur ! Signet non défini.
Article 54.	Suivi et bilan de l'option	Erreur ! Signet non défini.
Titre 5.	Moderniser et simplifier les conditions d'exercice	63
Sous-Titre 1.	Moderniser les relations entre les médecins et les caisses	63
Article 55.	Des échanges personnalisés avec des correspondants identifiés.....	63
Article 56.	Un accompagnement des médecins dans leur pratique	64
	Article 56.1. Les échanges confraternels entre les médecins et les praticiens conseils et les échanges avec les délégués de l'assurance maladie.....	64
	Article 56.2. Les Conseillers informatique service	64
Article 57.	Une simplification des échanges	65
	Article 57.1. Le développement des téléservices	65
	Article 57.2. La simplification des formulaires.....	66
Sous-Titre 2.	Modalités des échanges électroniques relatifs à la facturation à l'assurance maladie	66
Article 58.	Favoriser la mise en œuvre de la facturation en ligne.....	67
Article 59.	Généraliser la facturation électronique.....	67
	Article 59.1. Maintenance et évolution du système SESAM-VITALE.....	67
	Article 59.2. Les règles de télétransmission de la facturation	68
Article 60.	Principes généraux d'établissement des feuilles de soins électroniques..	69
Article 61.	Garantie de paiement pour la procédure de dispense d'avance des frais .	70
Article 62.	Traitement des incidents.....	70
	Article 62.1. Informations réciproques :	70
	Article 62.2. Procédure en cas d'échec d'émission d'une feuille de soins électroniques	70
Article 63.	Retours d'information	71
Article 64.	Dispositif d'incitation à l'informatisation et à la télétransmission	72
	Article 64.1. Conditions nécessaires pour bénéficier du dispositif d'incitation à la télétransmission	72
	Article 64.2. Montant de l'incitation à la télétransmission des feuilles de soins électroniques.	73
	Article 64.3. Modalités de versement.....	73
Article 65.	La procédure exceptionnelle : la facturation via la feuille de soins sur support papier	73
Article 66.	Documents relatifs à la facturation des prestations	74
Article 67.	Facturation des honoraires	74
Article 68.	Facturation des actes effectués par le personnel salarié du médecin	74
Sous-Titre 3.	Documents ouvrant droit au remboursement des prestations.....	75
Article 69.	Rédaction des ordonnances	75
Article 70.	Ordonnance dupliquée.....	76
Sous-Titre 4.	Les modalités de paiement des honoraires	76
Article 71.	Le principe du paiement direct et les cas de dispense d'avance des frais	76
Article 72.	Modalités particulières à l'exercice dans un établissement de santé	77
Sous-Titre 5.	DISPOSITIONS SOCIALES	77
Article 73.	Principe et champ d'application	77
Article 74.	Assurance maladie, maternité, décès.....	78
Article 75.	Allocations familiales.....	78
Article 76.	Pérennisation du régime ASV	78
Article 77.	Modalités de versement.....	79

Titre 6. Vie conventionnelle.....	80
Sous-Titre 1. Durée et résiliation de la convention.....	80
Article 78. Durée de la convention.....	80
Article 79. Résiliation de la convention.....	80
Sous-Titre 2. Modalités de notification et d'adhésion des praticiens.....	80
Article 80. Notification.....	80
Article 81. Modalités d'adhésion.....	81
Article 82. Modalités de rupture d'adhésion.....	81
Sous-Titre 3. Les instances conventionnelles.....	81
Article 83. La Commission Paritaire Nationale (CPN).....	82
Article 83.1. Composition de la Commission Paritaire Nationale	82
Article 83.2. Mise en place de la Commission Paritaire Nationale	83
Article 83.3. Rôle de la Commission Paritaire Nationale	83
Article 84. Le comité du Fonds des actions conventionnelles (FAC) placé près de la CPN.....	85
Article 84.1. Composition du comité FAC	85
Article 84.2. Mise en place du comité FAC	85
Article 84.3. Missions du comité FAC	86
Article 85. Comité technique paritaire permanent national chargé des simplifications administratives placé près de la CPN.....	86
Article 85.1. Composition du CTPPN	86
Article 85.2. Mise en place du CTPPN	87
Article 85.3. Missions du CTPPN	87
Article 86. La Commission Paritaire Régionale (CPR).....	88
Article 86.1. Composition de la Commission Paritaire Régionale:	88
Article 86.2. Mise en place de la Commission Paritaire régionale	89
Article 86.3. Missions de la Commission Paritaire Régionale	89
Article 87. La Commission Paritaire Locale (CPL).....	89
Article 87.1. Composition de la commission paritaire locale	90
Article 87.2. Mise en place de la Commission Paritaire Locale	91
Article 87.3. Rôle de la Commission Paritaire Locale	91
Sous-Titre 4. Le non-respect des engagements conventionnels.....	92
Article 88. De l'examen des cas de manquements.....	92
Article 89. Des sanctions susceptibles d'être prononcées.....	92
Article 90. Des conséquences du déconventionnement sur l'activité de remplacement.....	93
Article 91. Du recours du médecin contre une sanction.....	93
Article 92. Des conséquences des sanctions ordinales et des décisions juridictionnelles.....	93
Article 93. De la continuité des procédures initiées avant l'entrée en vigueur de la convention.....	94