

8.1. ANNEXES TARIFAIRES

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

- Rôle de la commission

Cette commission a pour objet de définir les règles de hiérarchisation des actes et des prestations pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie et de valider la hiérarchisation qui en résulte. Elle peut faire appel, en tant que de besoin, à des experts des sociétés savantes ou des experts économistes.

- Composition de la commission

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

- Membres avec voix délibérative :
 - Deux collèges comprenant autant de membres chacun :
 - le collège professionnel, composé de 2 représentants pour chaque syndicat représentatif, pour le collège des généralistes d'une part et pour le collège des spécialistes d'autre part, avec pour chacun d'entre eux un titulaire et un suppléant,
 - le collège de l'UNCAM comprenant 7 membres, avec pour chacun d'eux un suppléant. Chacun des membres du collège de l'UNCAM dispose de deux voix.
 - Un président désigné d'un commun accord par les membres des commissions.
- Assistent aux travaux :
 - Un représentant de l'Etat et son suppléant ;
 - Un représentant de l'ATIH et de la DHOS ;
 - Un représentant de la Haute autorité de santé.

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

- Règlement intérieur

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

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

Actes	Métropole (1)	Antilles Guyane	Réunion
Consultation au cabinet : C	20,00	22,00	24,00
Consultation approfondie au cabinet : CALD	26,00	28,60	31,20
Visite au domicile du malade : V	20,00	22,00	24,00
Forfait pédiatrique FPE	5,00	5,00	5,00
Forfait thermal	64,03	64,03	64,03
KC	2,09	2,09	2,09
KE	1,89	1,89	1,89
K	1,92	1,92	1,92
SCM	2,32	2,32	2,32
ORT	2,15	2,15	2,15
PRO	2,15	2,15	2,15
Lettre- clé Z3	1,33	1,33	1,33
Lettre- clé ZN (actes médecine nucléaire)	1,53	1,53	1,53
Lettre- clé PRA	0,44	0,44	0,44
Tarif de la majoration de dimanche et jour férié F (2)	19,06	19,06	19,06
Tarif de la majoration de nuit			
20H00/00H00 – 06H00/08H00 MN	35,00	35,00	35,00
00h00/06H00 MM	40,00	40,00	40,00
Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée MD et MDE	10,00	10,00	10,00
Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de nuit 20H00/00H00 – 06H00/08H00 MDN	38,50	38,85	39,20
00h00/06H00 MDI	43,50	43,85	44,20
Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de dimanche et jour férié MDD (3)	22,60	22,91	23,26
Tarif de la majoration d'urgence MU	22,60	22,91	23,26
Tarif de la majoration des soins d'urgence réalisés au cabinet K14	26,89	26,89	26,89
Tarif de la majoration pour soins réalisés au cabinet d'un médecin de montagne nécessitant l'utilisation d'un plateau technique K6	11,52	11,52	11,52
Tarif de l'indemnité forfaitaire de déplacement pour des actes effectués à domicile autre que la visite : ID	3,50	3,85	4,20
Valeur de l'indemnité kilométrique IK :			
- plaine	0,61	0,67	0,73
- montagne	0,91	1,01	1,10
- à pied ou à ski	4,57	5,03	5,49
Rémunérations forfaitaires par l'adhésion à un contrat :			
Rémunération forfaitaire du Médecin Référent MRD MRF	45,73	45,73	45,73

Adhésion au contrat type figurant dans le décret du 3 mai 2002 relatif à la délivrance de soins palliatifs à domicile :			
- Forfait mensuel du médecin coordonnateur de l'équipe de soins	80	80	80
- Forfait mensuel du médecin participant à la coordination	40	40	40
- Forfait mensuel de soins	90	90	90

(1) Les tarifs applicables à Mayotte feront l'objet d'un avenant d'adaptation tarifaire au plus tard le 1^{er} mars 2005.

(2) La majoration s'applique à partir du samedi midi uniquement pour les consultations au cabinet réalisées par le médecin généraliste de garde

(3) La majoration s'applique à partir du samedi midi pour la visite à domicile justifiée.

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

- à compter du 1^{er} mars 2005 :

Actes	Métropole	Antilles Guyane	Réunion
Majoration nourrisson MNO (article 7.1 de la convention)	5,00	5,00	5,00
SCM	2,41	2,41	2,41

- à compter du 1^{er} mai 2005 :

Forfait	Métropole	Antilles Guyane	Réunion
Rémunération spécifique annuelle (article 1.1.4 de la convention)	40,00	40,00	40,00

- à compter du 1^{er} juillet 2005 :

Actes	Métropole	Antilles Guyane	Réunion
Majoration de coordination MCG (article 7.2 de la convention)	2,00	2,00	2,00

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

Actes	Métropole (1)	Antilles-Guyane	Réunion
Consultation au cabinet :			
CS	23,00	25,30	27,60
Majoration (MPC) de la CS dans les conditions fixées par l'article 2 bis des dispositions générales de la NGAP (mesure applicable jusqu'au 31 décembre 2005)	2,00	2,00	2,00
CNPSY	34,30	37,73	41,16
Majoration (MPC) de la CNPSY pour les neurologues, neuropsychiatres et psychiatres dans les conditions fixées par l'article 2 bis des dispositions générales de la NGAP (mesure applicable jusqu'au 31 décembre 2005)	2,70	2,70	2,70
CSC (cardiologie)	45,73	50,61	52,44
Visite au domicile du patient : VS	20,58	22,64	24,70
VNPSY	31,25	34,38	37,50
Forfait thermal	64,03	64,03	64,03
Forfait pédiatrique (FPE)	5,00	5,00	5,00
Majoration de sujétion particulière pour l'ensemble des actes liés à chaque accouchement réalisé la nuit, le dimanche et les jours fériés M A (2)	61,00	61,00	61,00
Majoration forfaitaire de sujétion particulière pour l'ensemble des actes liés au premier accouchement réalisé la nuit, le dimanche et les jours fériés M G (3)	228,68	228,68	228,68
Majoration forfaitaire de sujétion particulière pour le premier acte lié à la surveillance et aux soins spécialisés des nouveaux-nés	228,68	228,68	228,68
Lettres clés :			
K (autres actes de spécialité)	1,92	1,92	1,92
KC (acte de chirurgie et de spécialité)	2,09	2,09	2,09
KCC	2,09	2,09	2,09
Majoration Transitoire (MTC) pour actes sanglants non répétitifs réalisés en équipe sur un plateau technique lourds effectués dans le cadre de la chirurgie générale, digestive, orthopédique-traumatologique, chirurgie vasculaire, chirurgie cardio-thoracique et vasculaire, neurochirurgie, chirurgie urologique, chirurgie pédiatrique et chirurgie gynécologique, chirurgie cervico et maxillo-faciale (mesure applicable du 1 ^{er} octobre 2004 au 31 décembre 2005)	12,5 % de la cotation des actes, soit 0,26€ multiplié par le coefficient de cotation	12,5 % de la cotation des actes, soit 0,26€ multiplié par le coefficient de cotation	12,5 % de la cotation des actes, soit 0,26€ multiplié par le coefficient de cotation
KE (acte d'écho, doppler)	1,89	1,89	1,89
Forfait :			
KFA	30,49	30,49	30,49
KFB	60,98	60,98	60,98

Lettres clés :			
SCM (soins conservateurs médecins)	2,32	2,32	2,32
ORT (orthodontie)	2,15	2,15	2,15
PRO (prothèse)	2,15	2,15	2,15

Actes	Métropolitains	Antilles-Guyane	Réunion
Lettres clés Z :			
Z1 (électro-radio)	1,62	1,62	1,62
Z2 (rhumato + pneumo)	1,54	1,54	1,54
Z3 (autres spécial. et omni)	1,33	1,33	1,33
Z4 (spécialistes en radiothérapie)	1,67	1,67	1,67
Zn (actes médecine nucléaire)	1,53	1,53	1,53
Zm (actes de mammographies pratiqués par un médecin radiodiagnosticien)	1,62	1,62	1,62
Lettre clé PRA	0,44	0,44	0,44
Lettre clé P	0,28	0,32	0,34
Valeur de la majoration de dimanche et de jour férié (4)	19,06	19,06	19,06
Valeur de la majoration de nuit pour le médecin spécialiste (sauf pour les pédiatres)	25,15	25,15	25,15
Valeur de la majoration de nuit pour le médecin omnipraticien et pour le pédiatre			
20h00-00h00 et 06h00-08h00	35,00	35,00	35,00
00h00-06h00	40,00	40,00	40,00
Majoration pour soins d'urgence au cabinet K 14 (pour le pédiatre)	26,89	26,89	26,89

Actes	Métropolitains	Antilles-Guyane	Réunion
Valeur de l'indemnité de déplacement (ID) pour les médecins spécialistes			
Agglomération PLM (5)	5,34		
Autres agglomérations	3,81	4,19	4,57
Valeur de l'indemnité kilométrique (IK)			
Plaine	0,61	0,67	0,73
Montagne et haute montagne	0,91	1,01	1,10
A pied ou à ski	4,57	5,03	5,49

(1) Les tarifs applicables à Mayotte feront l'objet d'un avenant d'adaptation tarifaire au plus tard le 1^{er} mars 2005.

(2) et mentionnée au 3^{ème} alinéa de l'article 1^{er} de l'arrêté du 27 décembre 2001 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins.

(3) et mentionnée au 2^{ème} alinéa de l'article 1^{er} de l'arrêté du 27 décembre 2001 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins.

(4) La majoration s'applique à partir du samedi midi pour la visite à domicile justifiée.

(5) Les agglomérations correspondent à celles définies par l'INSEE dans son dernier recensement.

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

- à compter du 1^{er} mars 2005 :

Actes	Métropole	Antilles Guyane	Réunion
SCM	2,41	2,41	2,41
Majoration de coordination MCS pour les spécialités suivantes (prévue à l'article 7.2 de la convention) : - dermatologie, - rhumatologie, - endocrinologie, - gynécologie, - ophtalmologie, - médecine interne.	2,00	2,00	2,00
Majoration de coordination MCS pour la psychiatrie et la neuropsychiatrie (article 7.2 de la convention)	3,00	3,00	3,00
Pédiatres : majoration MNP pour les consultations d'enfants de moins de 2 ans (article 7.7 de la convention)	2,00	2,00	2,00

- à compter du 1^{er} juillet 2005 :

Actes	Métropole	Antilles Guyane	Réunion
Majoration de coordination MCS pour les spécialités non citées supra (article 7.2 de la convention)	2,00	2,00	2,00
Majoration de coordination MCS pour la neurologie (article 7.2 de la convention)	3,00	3,00	3,00
MPC pour les consultations de patients de moins de 16 ans (article 7.6 de la convention)	4,00	4,00	4,00
MPC pour les consultations de patients de moins de 16 ans réalisées les psychiatres, neuro-psychiatres et neurologues (article 7.6 de la convention)	5,40	5,40	5,40
Cardiologues : majoration MCC applicable à la CSC (article 7.3 de la convention)	2,27	2,27	2,27

8.2. OPTION DE COORDINATION - MODELE DE FORMULAIRE D'ADHESION

Adhésion à l'option de coordination

Ce document est à remplir par le médecin qui l'envoie, en double exemplaire, à la Caisse d'assurance maladie du lieu de son exercice principal qui lui en retourne un exemplaire.

Identification du médecin

"Je, soussigné(e),

NOM :

Prénom :

N° d'identification :

Secteur conventionnel : DP Secteur 2

Adresse du lieu d'exercice principal :
.....
.....

déclare adhérer à l'option de coordination et m'engage à en respecter les dispositions, prévues à l'article 1.2.3 de la convention nationale des médecins libéraux de janvier 2005."

Cachet du médecin
Fait à
Le
Signature

Accusé de réception de la Caisse

Adhésion enregistrée le, à effet du

Adhésion non enregistrée
Motif:

Cachet de la caisse | Date

8.3. PARTICIPATION AUX COTISATIONS SOCIALES DES MEDECINS ADHERANT A L'OPTION DE COORDINATION

Taux de participation des caisses aux cotisations sociales pour les médecins affiliés au régime des PAM :

	Taux de participation
Assurance maladie, maternité, décès	9,7%
Allocations familiales	5% dans la limite du plafond de sécurité sociale puis 2,9%
Avantages complémentaires vieillesse	Activité facturée en tarifs opposables sur le total des honoraires, multipliée par le montant de la participation des caisses pour les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables.

Taux de participation des caisses aux cotisations sociales pour les médecins affiliés au régime des AMPI :

	Taux de participation
Assurance maladie, maternité, décès	0,6% dans la limite du plafond de sécurité sociale et de 5,9% dans la limite de cinq fois le plafond de sécurité sociale
Allocations familiales	5% dans la limite du plafond de sécurité sociale puis 2,9%
Avantages complémentaires vieillesse	Activité facturée en tarifs opposables sur le total des honoraires, multipliée par le montant de la participation des caisses pour les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables.

Conformément à l'article L.162-14-1 (5°) du code de la sécurité sociale, le versement de cette participation est subordonné au respect par le praticien ayant adhéré à l'option de coordination des obligations découlant de cette adhésion.

La CPAM, sur appel de l'organisme de recouvrement et après avoir vérifié que le professionnel est adhérent à l'option de coordination et a respecté ses engagements, verse la participation pour le compte de tous les régimes.

La CNAMTS effectue une répartition inter-régimes du montant annuel de la participation des caisses selon la part de chacun des régimes d'assurance maladie dans les dépenses (ONDAM).

8.4. MAITRISE MEDICALISEE : ENGAGEMENTS DE MAITRISE ET ACBUS POUR L'ANNEE 2005

	antibiotiques	psychotropes	statines	IJ	Meilleur respect de la réglementation concernant le remboursement des soins aux personnes en ALD
Nom de la région	Objectif	Objectif	Objectif	Objectif	Objectif
ILE DE France	-10,5%	-9,0%	-2,3%	1,6%	5,0 points
CHAMPAGNE ARDENNE	-10,2%	-9,9%	-0,7%	1,6%	4,9 points
PICARDIE	-10,3%	-11,0%	-1,7%	1,6%	4,6 points
HAUTE NORMANDIE	-10,1%	-10,8%	-2,9%	1,6%	5,0 points
CENTRE	-9,7%	-10,2%	-3,1%	1,6%	5,1 points
NORD PAS DE CALAIS	-10,0%	-10,6%	-0,1%	1,6%	4,9 points
LORRAINE	-9,1%	-8,5%	-0,6%	1,6%	4,9 points
ALSACE	-7,8%	-8,3%	-0,6%	1,6%	5,0 points
FRANCHE COMTE	-10,3%	-9,6%	-0,3%	1,6%	5,0 points
BASSE NORMANDIE	-10,8%	-11,0%	-3,3%	1,6%	4,7 points
PAYS DE LA LOIRE	-9,0%	-10,2%	-2,7%	1,6%	5,0 points
BRETAGNE	-10,0%	-12,0%	-2,6%	1,6%	5,0 points
LIMOUSIN	-10,8%	-12,0%	-2,3%	1,6%	4,9 points
AUVERGNE	-11,6%	-11,5%	-1,8%	1,6%	4,9 points
POITOU CHARENTES	-9,9%	-10,3%	-1,8%	1,6%	5,0 points
AQUITAINE	-10,5%	-9,5%	-0,1%	1,6%	4,9 points
MIDI PYRENEES	-9,8%	-8,9%	-0,1%	1,6%	4,9 points
BOURGOGNE	-10,3%	-10,9%	-2,0%	1,6%	5,0 points
RHONE ALPES	-9,5%	-10,4%	-2,4%	1,6%	4,9 points
LANGUEDOC	-10,3%	-8,8%	-0,1%	1,6%	5,0 points
ROUSSILLON					
PROVENCE ALPES	-9,8%	-9,2%	-0,1%	1,6%	5,4 points
COTE D'AZUR					
CORSE	-12,7%	-8,9%	-0,1%	1,6%	5,1 points
Objectif national	-10%¹	-10%¹	-1,5%¹	1,6%¹	5,0 points²
Objectif national en montant	91 M€	33 M€	161 M€	150 M€	455 M€
Génériques					890 M€
Antiagrégants					55 M€
Examens biologiques et coloscopies					23 M€
					30 M€
					998 M€

¹. en taux par rapport aux montants définitifs 2004.

². points de dépenses remboursables sans rapport avec l'ALD à rembourser au taux de base.

8.5. CONTRAT POUR L'ORGANISATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES RELATIVES A LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES

conclu entre

L'Union régionale des caisses d'assurance maladie de ...
ci-après appelé « l'union régionale des caisses d'assurance maladie »
d'une part

Et

Le réseau des chirurgiens et anesthésistes-réanimateurs exerçant dans le cadre de services d'urgence de l'établissement X dans le cadre de l'autorisation n° [UPATPOU, SAU, POSU] et dans le cadre d'un établissement autorisé à fonctionner en établissement relais conformément à l'article R.712-69 du code de la santé publique
ci-après appelé « le réseau »

d'autre part

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des urgences, les chirurgiens et anesthésistes-réanimateurs du réseau s'engagent à respecter le référentiel des pratiques professionnelles des urgences annexé au présent contrat.

Ce référentiel détermine notamment le nombre de professionnels du réseau devant, pour chaque période, assurer une présence sous la forme d'une astreinte opérationnelle de 12 heures assurée les nuits, week-ends et jours fériés.

Le réseau adresse à l'union régionale des caisses d'assurance maladie la liste des astreintes réalisées le mois précédent.

En contrepartie des engagements pris par le réseau, l'union régionale des caisses d'assurance maladie s'engage à verser une rémunération individuelle de 150€ par période d'astreinte opérationnelle de 12 heures assurée les nuits, week-ends et jours fériés.

8.6. CONTRAT POUR L'ORGANISATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES RELATIVES A LA PERMANENCE DE LA PRISE EN CHARGE DES ACCOUCHEMENTS DANS LES UNITES D'OBSTETRIQUE MENTIONNEES A L'ARTICLE D.712-75 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE ET PRATIQUANT PLUS DE 1500 ACCOUCHEMENTS PAR AN

conclu entre

L'Union régionale des caisses d'assurance maladie de ...
ci-après appelé « l'union régionale des caisses d'assurance maladie »
d'une part

Et

Le réseau des gynécologues obstétriciens exerçant dans le cadre de l'unité d'obstétrique de l'établissement X dans le cadre de l'autorisation n°
ci-après appelé « le réseau »
d'autre part

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des accouchements dans les unités d'obstétrique pratiquant plus de 1500 accouchements, les gynécologues obstétriciens s'engagent à respecter le référentiel des pratiques professionnelles annexé au présent contrat.

Ce référentiel détermine notamment le nombre de gynécologues obstétriciens devant assurer, en application du 18^{ème} alinéa de l'article D.712-84 du code de la santé publique, une présence sous la forme d'une garde sur place la nuit (de 20h à 8h), les dimanches ou les jours fériés (de 8h à 20h).

Le réseau adresse à l'union régionale des caisses d'assurance maladie la liste des gardes réalisées le mois précédent.

En contrepartie des engagements pris par le réseau, l'union régionale des caisses d'assurance maladie s'engage à verser une rémunération individuelle de 228,68€ par période de garde assurée.

8.7. CONTRAT POUR L'ORGANISATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES RELATIVES A LA PERMANENCE DE LA PRISE EN CHARGE DES ACCOUCHEMENTS DANS LES UNITES D'OBSTETRIQUE MENTIONNEES A L'ARTICLE D.712-75 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE ET PRATIQUANT PLUS DE 1500 ACCOUCHEMENTS PAR AN

conclu entre

L'Union régionale des caisses d'assurance maladie de ...
ci-après appelé « l'union régionale des caisses d'assurance maladie »
d'une part

Et

Le réseau des anesthésistes réanimateurs exerçant dans le cadre de l'unité d'obstétrique de l'établissement X dans le cadre de l'autorisation n°
ci-après appelé « le réseau »
d'autre part

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des accouchements dans les unités d'obstétrique pratiquant plus de 1500 accouchements, les anesthésistes réanimateurs s'engagent à respecter le référentiel des pratiques professionnelles annexé au présent contrat.

Ce référentiel détermine notamment le nombre d'anesthésistes réanimateurs devant assurer, en application du 19ème alinéa de l'article D.712-84 code de la santé publique, une présence sous la forme d'une garde sur place la nuit (de 20h à 8h), les dimanches ou les jours fériés (de 8h à 20h).
Le réseau adresse à l'union régionale des caisses d'assurance maladie la liste des gardes réalisées le mois précédent.

En contrepartie des engagements pris par le réseau, l'union régionale des caisses d'assurance maladie s'engage à verser une rémunération individuelle de 228,68€ par période de garde assurée.

8.8. CONTRAT POUR L'ORGANISATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES RELATIVES A LA PERMANENCE DE LA PRISE EN CHARGE DES SOINS EN UNITES DE REANIMATION NEONATALE MENTIONNEE A L'ARTICLE D.712-98 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DANS LES UNITES DE NEONATOLOGIE PRATIQUANT LES SOINS INTENSIFS DE NEONATOLOGIE MENTIONNEE A L'ARTICLE D.712-90 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

conclu entre

L'Union régionale des caisses d'assurance maladie de ...
ci-après appelé « l'union régionale des caisses d'assurance maladie »
d'une part

Et

Le réseau des pédiatres exerçant dans le cadre de l'unité de réanimation néonatale de l'établissement X dans le cadre de l'autorisation n° ou de l'unité de néonatalogie pratiquant des soins intensifs de néonatalogie dans le cadre de l'autorisation n°
ci-après appelé « le réseau »
d'autre part

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la surveillance et de la prise en charge des soins spécialisés des nouveaux nés à risque et de ceux dont l'état s'est dégradé après la naissance ou présente des détresses graves ou des risques vitaux, les pédiatres s'engagent à respecter le référentiel des pratiques professionnelles annexé au présent contrat.

Ce référentiel détermine notamment le nombre de pédiatres devant assurer, en application du D.712-96 ou du 1° de l'article D.712-101 du code de la santé publique, une présence sous la forme d'une garde sur place la nuit de 20h à 8h, les dimanches ou les jours fériés de 8h à 20h.

Le réseau adresse à l'union régionale des caisses d'assurance maladie la liste des gardes réalisées le mois précédent.

En contrepartie des engagements pris par le réseau, l'union régionale des caisses d'assurance maladie s'engage à verser une rémunération individuelle de 228,68€ par période de garde assurée.

8.9. CONTRAT POUR L'ORGANISATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES RELATIVES A LA PERMANENCE DE LA PRISE EN CHARGE DES SOINS EN UNITES DE REANIMATION PREVUE A L'ARTICLE D.712-106 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

conclu entre

L'Union régionale des caisses d'assurance maladie de ...
ci-après appelé « l'union régionale des caisses d'assurance maladie »
d'une part

Et

Le réseau des médecins spécialistes disposant d'une qualification en réanimation médicale exerçant dans le cadre de l'unité de réanimation de l'établissement X dans le cadre de l'autorisation n°
ci-après appelé « le réseau »
d'autre part

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge de patients présentant plusieurs défaillances viscérales mettant en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance, les médecins spécialistes mentionnés à l'article D.712-108 du code de la santé publique s'engagent à respecter le référentiel des pratiques professionnelles annexé au présent contrat.

Ce référentiel détermine notamment le nombre de médecins spécialistes concernés devant assurer, en application de l'article D.712-106 du code de la santé publique, une présence sous la forme d'une garde la nuit (de 20h à 8h), les dimanches ou les jours fériés (de 8h à 20h).
Le réseau adresse à l'union régionale des caisses d'assurance maladie la liste des gardes réalisées le mois précédent.

En contrepartie des engagements pris par le réseau, l'union régionale des caisses d'assurance maladie s'engage à verser une rémunération individuelle de 228,68€ par période de garde assurée.

8.10. CONTRAT POUR L'ORGANISATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES RELATIVES A LA PERMANENCE DE LA PRISE EN CHARGE DES SOINS EN UNITES DE SOINS INTENSIFS CARDIOLOGIQUES PREVUE A L'ARTICLE D.712-117 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

conclu entre

L'Union régionale des caisses d'assurance maladie de ...
ci-après appelé « l'union régionale des caisses d'assurance maladie »
d'une part

Et

Le réseau des médecins spécialistes mentionnés à l'article D.712-19 du code de la santé publique exerçant dans le cadre de l'unité de soins intensifs cardiologiques de l'établissement X dans le cadre de l'autorisation n°
ci-après appelé « le réseau »
d'autre part

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des soins intensifs cardiologiques, les médecins spécialistes mentionnés à l'article D.712-119 du code de la santé publique s'engagent à respecter le référentiel des pratiques professionnelles annexé au présent contrat.

Ce référentiel détermine notamment le nombre de médecins spécialistes concernés devant assurer, en application de l'article D.712-117 du code de la santé publique, une présence sous la forme d'une garde la nuit (de 20h à 8h), les dimanches ou les jours fériés (de 8h à 20h).
Le réseau adresse à l'union régionale des caisses d'assurance maladie la liste des gardes réalisées le mois précédent.

En contrepartie des engagements pris par le réseau, l'union régionale des caisses d'assurance maladie s'engage à verser une rémunération individuelle de 228,68€ par période de garde assurée.

8.11. MODALITES PRATIQUES RELATIVES A LA TELETRANSMISSION

8.11.1. Mise en œuvre de la télétransmission

Equipement informatique du médecin :

Le médecin a la liberté de choix de l'équipement informatique grâce auquel il effectue la télétransmission des feuilles de soins électroniques, dans la limite des équipements agréés par le Centre National de Dépôt et d'Agrément (CNDA) de l'Assurance Maladie, ou homologués par le GIE SESAM-Vitale.

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

- ou bien d'un logiciel agréé par le Centre National de Dépôt et d'Agrément (CNDA) et d'un lecteur de carte homologué conforme au référentiel publié par le GIE SESAM- Vitale,
- ou bien d'un dispositif intégré équivalent homologué conforme au référentiel publié par le GIE SESAM- VITALE,
- et des moyens de télécommunication suffisants.

8.11.2. Carte de Professionnel de Santé

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

Le médecin se dote d'une carte de professionnel de santé (CPS ou CPE).

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

8.11.3. Liberté de choix du réseau

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

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

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

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

Lorsqu'il souhaite utiliser les services d'un OCT, le médecin doit impérativement s'assurer que les procédures mises en œuvre par l'OCT sont conformes aux spécifications de SESAM-Vitale et le cas échéant aux autres procédures convenues entre le dit OCT et les organismes destinataires de flux électroniques.

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

▪ Garanties relatives à la confidentialité du service :

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

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

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

▪ Garanties relatives à la liberté de choix du médecin :

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

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

▪ Garanties relatives à la neutralité :

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

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

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

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

A cet effet, il doit certifier auprès du médecin :

- qu'il respecte le cahier des charges publié par le GIE SESAM-Vitale ;
- qu'il a passé avec succès les tests techniques ad hoc proposés par le GIE SESAM-Vitale et qu'il les renouvellera en tant que de besoin, notamment en cas de modification intervenue dans les procédures ou sur demande du GIE SESAM-Vitale ;
- qu'il a passé un accord d'information réciproque avec le GIE SESAM-Vitale relatif aux incidents de télétransmission ;
- qu'il est informé que, faute d'un accusé de réception logique positif (ARL+) en provenance de l'organisme destinataire, sous les 48 heures, le médecin doit émettre à nouveau les lots de feuilles de soins électroniques concernés et que faute d'un "ARL +" à l'issue d'un nouveau délai de 48 heures, le médecin devra produire des duplicata papier ;
- qu'il prend toute disposition nécessaire pour informer ses abonnés en cas d'interruption de service supérieure à 24 heures, de manière à ce qu'ils puissent décaler leurs envois, dans les

limites des délais réglementaires, pour ne pas être contraints de recourir à des feuilles de soins papier.

8.11.4. Procédure de transmission des feuilles de soins électroniques.

8.11.4.1 Etablissement de la feuille de soins

La télétransmission des feuilles de soins électroniques s'applique à l'ensemble des médecins, des assurés sociaux et des Caisses d'Assurance Maladie du territoire national selon les règles contenues dans les textes législatifs et réglementaires ainsi que dans les spécifications du système SESAM-Vitale en vigueur complétées des dispositions de la présente convention.

8.11.4.2. Validité des informations contenues dans la carte

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

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

8.11.4.3. Garantie de paiement

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

8.11.4.4. Liste nationale inter régime d'opposition des cartes

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

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

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

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

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

A chaque diffusion, cette liste d'opposition sera datée et déposée auprès du Comité Technique Paritaire Permanent.

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

impossibilité d'accès. Sauf abus manifeste, la liste qui lui sera opposable sera la dernière qu'il sera réputé avoir reçue.

8.11.5. Transmission des feuilles de soins électroniques

Le médecin s'engage à adresser à la caisse d'affiliation de l'assuré les feuilles de soins par voie électronique dans les délais réglementairement fixés.

8.11.5.1. Tiers payant légal

La gestion du tiers payant légal (notamment AMG, AT, CMU) par l'assurance maladie obligatoire suit les mêmes modalités que celles de la délégation de la dispense d'avance des frais.

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

8.11.5.2. Traitement des incidents

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

- Informations réciproques

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

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

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

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

- Dysfonctionnement lors de la transmission des feuilles de soins électroniques

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

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

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

8.11.5.3. Les retours d'information

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

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

Les parties signataires définissent les principaux éléments du retour :

- le libellé sera identifié par les caractéristiques de la facture transmise. Il sera commun à tous les organismes d'assurance maladie excepté les situations spécifiques ;
- le retour correspondra au virement bancaire effectué sur la base du total du remboursement issu des traitements effectués par la caisse pour une journée comptable donnée. Il ne peut pas être partiel.
- le cumul, la régulation ou la récupération d'indus seront clairement signalés ;
- le rejet sera accompagné des informations permettant d'identifier l'erreur. Il impliquera la modification et le renvoi de la facture par le médecin ;
- tout mouvement financier ou paiement conventionnellement prévu sera spécifié distinctement des factures.

8.12. VIE CONVENTIONNELLE : REGLEMENTS TYPES DES INSTANCES

8.12.1. Règlement type de la Commission Paritaire Nationale (CPN)

▪ Composition

Les membres consultatifs :

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

Chacune des sections peut faire appel à des experts lorsqu'elle le juge utile.
Les experts sont alors convoqués par décision de l'instance nationale.

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

▪ Installation et fonctionnement

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

Réunions et tenue du secrétariat :

Réunions

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

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

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

La tenue du secrétariat

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

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

Les délibérations :

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

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

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

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

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

Les conditions de vote

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

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

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

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

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

Le relevé de décisions

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

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

Ce document est conservé au secrétariat.

La présidence :

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

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

L'indemnité de vacation :

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

Carence :

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

- défaut d'installation dans le délai imparti ; dans ce cas, la section constituée constate la carence et adresse ce constat à la CPN, qui assure alors ses missions ;
- dysfonctionnement : non tenue de réunion résultant de l'incapacité répétée (plus d'une fois) des sections soit à fixer une date de réunion, soit à arrêter un ordre du jour commun du fait de l'une ou l'autre section ;
- absence de quorum plus d'une fois à des réunions ayant donné lieu à convocation officielle, du fait de l'une ou l'autre des sections ;
- refus répété (plus d'une fois), par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour ;
- défaut de réponse de la part du CPN-FPC à une demande de la CPN concernant son domaine de compétence et en particulier ses obligations conventionnelles.

Dans ces cas, un constat de carence est dressé. Le cas échéant, la section à l'origine de la situation de carence, est invitée par le président ou le vice-président à prendre toute disposition

pour remédier à la situation. Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat, la section n'étant pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à cette instance jusqu'à ce qu'il soit remédié à la situation de carence.

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

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

8.12.2. Règlement type de la Commission Paritaire Régionale (CPR)

▪ Composition

Membres consultatifs :

Sont membres de plein droit avec voix consultative :

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

Experts :

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

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

- le président du comité paritaire régional de FPC,
- un membre du conseil scientifique de la FPC,
- un représentant de chacune des sections généralistes et spécialistes désigné par l'Union Régionale de Médecins libéraux URML.

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

▪ Installation et fonctionnement

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

Réunions et tenue du secrétariat :

Les réunions

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

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

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

La tenue du secrétariat

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

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

Les délibérations :

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

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

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

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

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

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

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

Les conditions de vote

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

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

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

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

Le relevé de décisions

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

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

La présidence :

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

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

L'indemnité de vacation :

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

La carence :

Il y a situation de carence dans les cas suivants :

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

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

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

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

b) En cas de dysfonctionnement :

En cas de :

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

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

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

Dans ces cas, la section à l'origine de la situation de carence, est invitée par le président ou le vice-président à prendre toute disposition pour remédier à la situation.

Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat, la section n'étant pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à cette instance jusqu'à ce qu'il soit remédié à la situation de carence.

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

8.12.3. Règlement type de la Commission Paritaire Locale (CPL)

▪ Composition

Les membres consultatifs :

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

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

Les experts :

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

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

▪ **Installation et fonctionnement**

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

Réunions et tenue du secrétariat :

Les réunions

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

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

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

La tenue du secrétariat

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

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

Les délibérations :

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

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

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

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

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

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

Les conditions de vote

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

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

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

En cas de partage égal des voix :

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

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

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

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

Le relevé de décisions

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

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

Ce document, est conservé au secrétariat.

La présidence :

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

L'indemnité de vacation :

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

La carence :

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

Situation générale

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

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

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

b) En cas de dysfonctionnement :

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

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

Dans les cas a) et b), la section à l'origine de la situation de carence est invitée par le président ou le vice-président à prendre toute disposition pour remédier à la situation.

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

Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat, la section n'étant pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à cette instance jusqu'à ce qu'il soit remédié à la situation de carence.

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

8.13. MODALITES PRATIQUES RELATIVES A LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONVENTIONNELLE

8.13.1. Missions du Conseil scientifique de la FPC

- Le Conseil scientifique donne un avis au CPN FPC pour l'agrément des organismes de formation souhaitant organiser des actions de formation professionnelle conventionnelle. Cet avis porte sur les compétences pédagogiques et scientifiques des organismes. Il s'impose au CPN FPC, qui ne peut agréer que les organismes de formation ayant fait l'objet d'un avis favorable du Conseil Scientifique.
- Le Conseil scientifique procède à la validation scientifique et pédagogique des projets de formation nationaux et régionaux, sur la base des critères qu'il a définis et soumis pour approbation au CPN FPC. Il transmet au CPN FPC les résultats de la validation dans le respect du calendrier arrêté par ce dernier. Ces résultats s'imposent au CPN FPC qui ne peut agréer que les actions de formation ayant été validées sur le plan scientifique et pédagogique par le Conseil Scientifique.
- Le Conseil scientifique participe au dispositif d'évaluation dans les conditions prévues infra.

Chacune des missions du Conseil scientifique est reprise de manière détaillée dans une lettre de mission rédigée par le CPN FPC.

8.13.2. Missions de l'Organisme Gestionnaire Conventionnel

Les missions de l'Organisme gestionnaire conventionnel sont décrites aux articles L.162.5.12 et D-162-1-1 du Code de la Sécurité Sociale.

En particulier, l'Organisme gestionnaire conventionnel assure le lancement et la gestion des appels d'offres et transmet, après les avoir enregistrés, les projets présentés par les organismes de formation au Conseil scientifique de la FPC chargé de la validation scientifique et pédagogique.

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

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

Les médecins peuvent prétendre au versement d'une indemnité quotidienne (hors dimanches et jours fériés) pour perte de ressources, sous réserve de remplir les conditions suivantes :

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

Les indemnités pour perte de ressources sont versées par l'OGC à chaque médecin au vu d'un justificatif, émis en double exemplaire par l'organisme de formation continue, et comportant les informations suivantes :

- l'identification du praticien,
- le thème, les lieu et dates de l'action et l'attestation de son agrément dans les conditions visées ci-dessus,
- la durée de l'action,
- l'attestation de la participation effective du médecin à l'action de formation.

Le médecin participant adresse à l'OGC un exemplaire du justificatif, et conserve l'autre.

8.13.4. De l'évaluation de la Formation professionnelle conventionnelle

8.13.4.1 Bilan du programme annuel de formation

Dans le cadre de son rapport annuel d'activité, l'Organisme Gestionnaire Conventionnel réalise un bilan du programme annuel de formation permettant aux parties signataires d'apprécier notamment le coût et les conditions de réalisation matérielle des actions organisées et de disposer d'éléments relatifs à la nature des formations dispensées et aux médecins formés.

L'OGC transmet le bilan du programme annuel de formation au CPN FPC.

8.13.4.2 Evaluation pédagogique et scientifique des actions

Le Conseil scientifique est chargé de l'évaluation pédagogique et scientifique des actions dispensées dans le cadre du programme annuel de formation.

Le Conseil scientifique apprécie notamment si les organismes de formation ont satisfait aux obligations d'évaluation telles que définies dans les cahiers des charges des actions de formation par les parties signataires réunies en CPN FPC.

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

8.13.4.3. Utilisation du bilan annuel et de l'évaluation des actions

Au vu des résultats du bilan du programme annuel de formation et des évaluations scientifiques et pédagogiques des actions, le CPN FPC met en œuvre toutes mesures destinées à améliorer la qualité et l'efficacité de la formation professionnelle conventionnelle.

8.13.4.4. Evaluation de l'impact de la formation réalisée dans le cadre conventionnel sur la pratique médicale

Les parties signataires engagent des actions d'évaluation de l'impact de la formation sur la pratique médicale qu'elles peuvent confier, après en avoir défini les modalités, à toute instance jugée compétente, et notamment aux Commissions paritaires régionales et locales.

8.14. PERMANENCE DES SOINS

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

Dans l'attente, c'est le dispositif actuel, dont les bases réglementaires sont deux avenants conventionnels publiés par arrêtés du 31/01/02 et du 28/06/02 rappelés ci-après, qui continue de s'appliquer.

8.14.1. Dispositions de l'arrêté du 31/01/02 (JO du 1/02/02): avenant n°8

"3. L'organisation de la permanence des soins

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

Les articles 3-1 "Associations de garde et d'astreinte" et 3-2" Conditions des médecins libéraux au sein des associations" ont été abrogés par l'arrêté du 28/06/02.

3.3 Dispositions financières

3.3.1 Financement de la régulation

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

3.3.2. Honoraires du médecin d'astreinte

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

3.4. Meilleure prise en compte des soins dispensés la nuit

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

3.5. Mesure immédiate

Les partenaires conventionnels conviennent que la majoration de dimanche et jours fériés est étendue à compter du 1er février 2002 aux consultations réalisées le samedi après midi par le médecin de garde dans chacun des 3100 secteurs (remplacé dans l'arrêté du 28/06 par "dans chacun des secteurs existants"."

8.14.2. Dispositions de l'arrêté du 28/06/02 (JO 29/06/02): avenant n°10

"II – Modification de l'avenant 8

Article 7 – Les partenaires conventionnels décident de modifier les articles suivants de l'avenant n° 8 à la convention nationale comme suit.

Article 7-1

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

« Article 3.1

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

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

Article 3.2

Article 3.2.1

L'astreinte rémunérée est celle effectuée la nuit de 20h00 à 8h00 ainsi que le dimanche et les jours fériés de 8h00 à 20h00.

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

Article 3.2.2

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

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

Article 3.2.3

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

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

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

Article 7-4

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

8.15. L'OPTION CONVENTIONNELLE MEDECIN REFERENT

La présente convention prévoit au paragraphe 1.1.5. que les modalités pratiques de la convergence des dispositifs "Médecin Traitant" et "Médecin Référent", feront l'objet d'un avenant au plus tard le 15 novembre 2005. Dans l'attente, les dispositions issues des textes conventionnels précédents sont reprises ci-après pour les praticiens médecins référents à la date d'entrée en vigueur de la présente convention et pour ceux de leurs patients ayant adhéré à l'option. En revanche, aucune nouvelle adhésion de praticien ni de patient ne pourra être demandée à compter de l'entrée en vigueur de la convention.

8.15.1. Extrait de la convention nationale des médecins généralistes du 26/11/98 parue au JO du 05/12/98

"Chapitre V

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

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

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

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

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

Section 1 Organisation de l'option

Article 5-1 Adhésion de l'assuré

Article 5-1-1 Acte d'adhésion

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

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

Article 5-1-2 Durée de l'adhésion

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

Son renouvellement fait l'objet d'une démarche expresse entre l'adhérent et sa caisse d'affiliation.

La caisse informe, le cas échéant, le médecin du non-renouvellement de l'adhésion de son patient.

Article 5-2 Adhésion du médecin

Article 5-2-1 Situation du médecin

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

Article 5-2-2 Conditions d'exercice du médecin

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

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

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

Article 5-2-3 Acte d'adhésion

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

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

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

Article 5-3 Charte de qualité

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

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

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

Article 5-4 Engagements et droits des patients

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

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

Article 5-5 Recours de première intention

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

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

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

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

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

Article 5-6 Document médical de synthèse

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

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

Il signale à tous les médecins qu'il est amené à consulter l'existence de ce document. Tout médecin consulté adhérent à la présente convention transmet au médecin référent, conformément au code de déontologie et pour des raisons de transparence, le compte rendu de leur intervention.

Il atteste cette démarche sur la feuille de soins. En adhérant à l'option, l'assuré s'engage à demander une telle transmission pendant toute la durée de son adhésion. L'assuré adhérent demande à tous les autres médecins consultés de respecter les mêmes formalités.

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

Article 5-7 Prévention

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

Section 2 Avantages conférés par l'adhésion

Article 5-8 Rémunération forfaitaire

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

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

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

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

Article 5-9 Application de la dispense d'avance des frais

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

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

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

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

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

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

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

Article 5-10 Plate-forme de services

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

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

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

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

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

Section 3 Engagements de l'assurance maladie

Article 5-11 Procédures d'adhésion et de renouvellement de l'option conventionnelle

Article 5-11-1

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

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

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

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

Article 5-11-2

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

Les formulaires d'adhésion sont acheminés en tant que de besoin sur la demande des médecins référents, avec un premier envoi qui ne peut être inférieur à 50 exemplaires.

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

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

Article 5-12 Gestion de la dispense d'avance de frais

Article 5-12-1 Disposition transitoire

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

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

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

Article 5-12-2

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

Article 5-12-3

Les dispositions de l'article 5-12 sont mises en oeuvre avant l'acheminement des actes d'adhésion des patients, et au plus tard trois mois après l'entrée en vigueur de la présente convention. Elles conditionnent l'ouverture de l'option aux assurés de la circonscription de caisse considérée.

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

Article 5-13 Communication et information

Article 5-13-1 Communication

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

Article 5-13-2

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

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

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

Article 5-13-2

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

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

- l'information sur le nombre de médecins ou de patients inscrits dans l'option dans la circonscription ;*
- le nom des nouveaux médecins généralistes entrés dans l'option à même d'organiser la permanence ou la continuité des soins ;*

- les informations à destination des médecins référents issues des commissions paritaires locales ou nationale ;
- les nouvelles recommandations ou nouveaux référentiels destinés aux médecins référents.

Article 5-14 Aide administrative

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

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

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

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

8.15.2. Annexe II de la convention nationale des médecins généralistes du 26 novembre 1998 : Charte de Qualité du Médecin Référent

"Section 1 Garanties professionnelles

Article 1^{er} Condition d'activité liée à la qualité des soins

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

Article 2 Seuil de qualité

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

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

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

Article 3 Permanence et continuité des soins

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

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

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

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

Article 4 Exercice de groupe

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

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

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

Article 5 Respect des tarifs conventionnels

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

Article 6 Dispense d'avance des frais

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

Article 7 Document médical de synthèse

Article 7-1 Tenue du document médical de synthèse

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

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

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

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

En cas de changement par le patient de médecin référent, dans les conditions prévues à l'article 5-1-2 de la convention, ce dernier s'engage à transmettre toutes les données médicales utiles en sa possession au nouveau médecin référent désigné par le patient.

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

Article 7-2 Informatisation du document médical de synthèse

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

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

Article 8 Prescriptions pharmaceutiques

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

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

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

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

Section 2 Engagements de compétence et de transparence

Article 9 Dépistage, prévention

Article 9-1 Participation à la prévention

Le médecin référent participe aux actions de prévention que les Parties signataires décident chaque année de promouvoir et, dans les mêmes conditions, à toute enquête ou recueil

d'information à caractère épidémiologique, notamment sur l'initiative du réseau national de santé publique.

Article 9-2 Suivi de dépistage et de prévention

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

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

Article 10 Recommandations, référentiels et plans de soins

Article 10-1 Respect des recommandations de bonne pratique et référentiels

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

Article 10-2 Participation à l'évolution des recommandations de bonne pratique

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

Article 10-3 Élaboration de plans de soins, notamment pour les affections de longue durée

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

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

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

Article 11 Participation à des actions de formation professionnelle conventionnelle

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

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

Article 12 Participation à des évaluations de connaissances et de pratique

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

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

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

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

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

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

Article 13 Travail en groupe

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

8.15.3. Extrait de l'Avenant n° 2 de la convention nationale des médecins Généralistes du 26 novembre 1998 (JO du 19/08/00)

Article 2

"I - Dans l'annexe II intitulée « Charte de qualité du médecin référent », le deuxième alinéa de l'article 2 intitulé « Seuil de qualité » est ainsi rédigé :

« Ce seuil, calculé en nombre d'actes en C + V sur l'année civile qui précède le renouvellement de l'option, est fixé à 7 500 actes.

- Exceptionnellement, dans les seules situations limitativement énumérées ci-après et dûment constatées par la CCPL après avis du CMPL sur l'opportunité d'accorder des dérogations au seuil dans le département, ce seuil peut être individuellement fixé à une valeur supérieure, sur demande du médecin concerné à sa demande d'entrée dans l'option, ou à la date d'entrée en vigueur du présent avenant, pour les médecins ayant déjà adhéré :

- activité dépassant le seuil en raison de l'importance numérique de la clientèle et non de la fréquence des actes, constatée sur la base du nombre moyen d'actes par an et par patient, comparée à la moyenne régionale ;

- activité importante liée à la faible densité des médecins généralistes par rapport à la population, dans le canton ;

- activité importante liée à une faible densité des médecins spécialistes libéraux et hospitaliers dans le département entraînant un transfert d'actes vers les médecins généralistes.

Le médecin qui bénéficie d'une dérogation s'engage à ramener son activité à 7 500 actes dans l'année civile qui suit celle de son attribution.

II. - Le troisième alinéa de ce même article est supprimé.

III. - Le paragraphe « Seuil de qualité » de l'acte d'adhésion à la charte de qualité du médecin référent est modifié de manière identique."

8.15.4. Avenant n°5 de la convention nationale des médecins généralistes du 26 novembre 1998 (JO du 06/04/01)

"Chapitre 1: Précisions sur certaines disposition de la Charte de Qualité du médecin

Article 1 Tenue du document médical de synthèse

► Pour l'application de l'article 7-1, un document médical de synthèse dont les rubriques ont été précisées par le CMPN est annexé à la convention nationale. Il représente le modèle type que les instances conventionnelles locales sont tenues d'adresser à tous les médecins référents

Dans la rubrique définie comme « plan de prévention personnalisé » figureront les informations relatives aux examens de prévention dispensés au patient. Sauf opposition du patient ces mêmes informations seront mises à disposition du patient, par inscription dans son carnet de santé, en y indiquant notamment le calendrier de répétition de ces examens.

Le médecin référent, dans le respect des règles de la déontologie médicale, communique au service du contrôle médical lorsqu'il le demande le document médical de synthèse".

Article 2 Actions de santé publique et prévention

► Les médecins référents sont rendus destinataires, par les caisses primaires et les caisses générales de sécurité sociale, des documents élaborés dans le cadre des campagnes nationales de santé publique financées notamment par le Fonds National de Prévention d'Education et d'Information Sanitaires. Ces documents sont spécifiquement identifiés lorsqu'ils sont adressés au médecin référent.

En application de l'article 9-1 "relatif à la participation à la prévention", il est prévu pour l'année 2001, que les parties signataires conviennent que les médecins référents participent au programme portant sur les vaccinations dans le cadre des actions menées par les fonds nationaux de prévention des Caisses Nationales de l'Assurance Maladie.

► Pour l'application de l'article 9- 2 relatif au suivi de dépistage et de prévention,

1. Les médecins référents s'impliquent dans les programmes de dépistage des maladies aux conséquences mortelles évitables arrêtés en application de l'article L 55 du code de la santé publique et retenus par les parties conventionnelles.

Leur implication prend les formes suivantes :

- Ils informent chaque patient adhérant à l'option entrant dans le champ des différents programmes. Cette information concerne à la fois les aspects médicaux (information sur les maladies visées et les risques encourus) mais aussi organisationnels (orientation du patient).
 - Ils participent directement à la réalisation des programmes, chaque fois que sa participation est prévue dans le cadre de l'action considérée et qu'il satisfait aux conditions fixées par voie réglementaire en application de l'article L 55 du code de la santé publique.
 - Ils vérifient à chaque fois que le patient adhérant à l'option s'engage dans un programme (et quel que soit le praticien concerné), qu'il bénéficie de manière régulière des examens de dépistage prévus selon la périodicité définie pour chaque pathologie.
 - Ils indiquent le résultat dans le document médical de synthèse à chaque fois que le patient adhérant à l'option a fait l'objet d'un dépistage organisé (que celui-ci ait été effectué par un confrère ou par lui-même et quel que soit le praticien concerné).
 - Ils répondent dans tous les cas aux sollicitations des instances chargées du pilotage des programmes dans le domaine des enquêtes épidémiologiques retenus par la Commission Conventionnelle Paritaire Nationale.
2. La CCPN peut décider que les médecins référents s'impliquent dans des programmes de dépistage organisé ne relevant pas de l'article L 55 du code de la santé publique dans les conditions fixées ci-dessus. Toutefois, la participation directe du médecin référent à la réalisation d'un tel programme n'est possible que s'il satisfait aux critères de ce programme.
3. La Commission Conventionnelle Paritaire Locale donne toute information utile aux médecins référents sur les programmes de dépistage organisé y compris les programmes ne relevant pas de l'article L 55 du code de la santé publique (mise en place, évaluation etc...) notamment dans le cadre des rencontres locales visées à l'article 4 du présent accord.
- 4 Le médecin référent élabore et tient à jour un plan de prévention personnalisé pour chaque patient adhérent. Ce plan constitue une rubrique du document médical de synthèse. Les éléments de ce document peuvent être précisés par le CMPN.
Ce plan comprend notamment:
- les recommandations individualisées résultant d'examens périodiques de dépistage des risques du patient,
 - le suivi de ces recommandations,
 - la situation du patient au regard de sa participation aux campagnes de dépistage organisé ou de prévention placées sous l'égide de l'assurance maladie ou des autorités compétentes de l'Etat.

Les partenaires conventionnels favoriseront l'utilisation par le médecin référent d'outils d'aide informatisée pour l'évaluation de l'importance relative des facteurs de risques individuels en particulier en demandant au CPN-FPC d'intégrer l'utilisation de ces outils dans ses objectifs de formation.

- 5 Le médecin référent réalise pour ses patients adhérents les examens de santé proposés par les caisses d'assurance maladie lorsque ces dernières confient tout ou partie de leur réalisation aux médecins généralistes libéraux selon les modalités propres à l'organisation de ces examens.
- 6 Le médecin référent propose le bénéfice des vaccinations faisant l'objet d'une campagne nationale à tous ses patients adhérant à l'option en respectant les protocoles médicaux établis à ce sujet. Il vérifie que ces vaccinations sont réalisées selon la périodicité fixée pour chacune d'entre elles. Par ailleurs, il mentionne ces vaccinations dans le carnet de santé et le document médical de synthèse.

Le médecin référent porte une attention toute particulière aux populations à risque définies par chacune de ces campagnes

Article 3 Evaluation de la pratique du médecin référent dans le cadre de la formation professionnelle conventionnelle

Dans le cadre de l'application de l'article 12 relatif à la participation à des évaluations de connaissance et de pratique, le CPN-FPC est chargé de faire appel à un partenaire extérieur ayant une compétence reconnue dans le domaine de la formation médicale afin d'élaborer des recommandations destinées aux organismes de FPC pour construire ces modules d'évaluation.

Ce travail devra être achevé et présenté au CPN-FPC avant le 30 juin 2001 de manière à intégrer les recommandations dans le cahier des charges pour les formations de l'année 2002.

A partir du 1^{er} janvier 2002, les organismes de FPC devront joindre aux actions dont les thèmes sont jugés prioritaires ce module d'évaluation qui fait l'objet d'une validation scientifique et d'un agrément dans les mêmes conditions que l'ensemble du projet.

Le médecin référent transmet son attestation de participation à une action de formation la CCPL du département dont il dépend par l'intermédiaire de son correspondant administratif. Cette attestation mentionne le résultat du module d'évaluation.

Article 4 Participation à des rencontres entre médecins référents sur des thèmes prioritaires définis en partenariat

Dans le cadre de l'application de l'article 13 relatif au travail en groupe, la participation du médecin référent peut revêtir deux formes : une participation à des rencontres locales ou à un groupe local d'échanges et d'amélioration des pratiques (GLEAP).

► "Participation à des rencontres locales".

Les instances locales, notamment sous la conduite du groupe de suivi de l'option, organisent deux fois par an, des rencontres départementales ou locales, auxquelles les médecins référents participent.

Chaque caisse d'assurance maladie chargée du secrétariat de la commission prend en charge l'organisation des réunions, salle, matériel pédagogique, édition des supports de communication, convocations, diffusion des comptes rendus etc ...

Les réunions ont pour objet :

- d'assurer un retour d'information vers les médecins référents tel que prévu dans l'article 5-13-3, de la convention médicale
- de présenter les campagnes ou les thèmes de prévention retenus par les instances nationales ou décidés en application de l'article 55 du code de la santé publique.
- de présenter les choix des instances locales en terme d'action à mettre en œuvre
- de recueillir en retour toutes informations nécessaires auprès des médecins référents du département, tant en ce qui concerne le fonctionnement administratif que médical, afin d'orienter, de préciser ou d'enrichir les choix et les actions des instances locales.

Les réunions départementales font l'objet de comptes rendus et d'un suivi national. Ce suivi national participe tant à l'alimentation en retour d'information des réunions départementales régulières des référents qu'à l'évaluation nationale du dispositif.

Le suivi des travaux menés, le cas échéant par des groupes locaux, leurs agrégats départementaux, régionaux ou nationaux, font l'objet de publications internes ou externes, de colloques, opérations nationales de communication en tant que de besoins.

► Mise en place de « groupes locaux d'échanges et d'amélioration des pratiques » :

Les parties signataires de la convention s'engagent, dans un délai d'un an, à élaborer un avenant pour expérimenter un dispositif de maîtrise médicalisée, spécifique à l'option « médecin référent », fondé sur la méthode des groupes locaux d'échanges et d'amélioration des pratiques. Ce dispositif, au vu de son évaluation, aura vocation à être généralisé.

Dans ce dispositif, les médecins référents participants choisissent périodiquement un thème d'amélioration de leur pratique. Ils définissent et formalisent eux-mêmes les voies et moyens susceptibles d'optimiser, sur ce thème, leur pratique, dans une démarche de qualité et d'économie. Le choix des thèmes est validé en Comité Médical Paritaire Local.

Article 5 Organisation du cabinet pour assurer la permanence et la continuité des soins

La permanence des soins et la continuité des soins telles que prévues par l'article 3 de la charte de qualité se traduisent de la manière suivante:

- le médecin référent informe son patient de l'organisation au cabinet,
- il participe à un système de garde,
- il assure une continuité effective des soins.

organisation du cabinet et information du patient

L'information du patient concerne:

- les heures d'ouverture et fermeture du cabinet avec les plages horaires de consultations
- les coordonnées téléphoniques du ou des médecin(s) de préférence référent(s) à contacter, en cas d'indisponibilité de sa part
- les coordonnées du service de garde dont il fait partie,

- la possibilité de recourir au centre 15.

Le support de cette information repose sur

- L'inscription de ces informations sur les ordonnances
- L'affichage d'un tableau récapitulatif en salle d'attente
- La remise à ses patients abonnés d'une brochure d'information
- Un affichage sur les données d'urgence, visible de l'extérieur du cabinet en dehors des heures d'ouverture
- Une reprise des éléments utiles sur le dispositif de réponse téléphonique, secrétariat ou répondeur.

Avant le 30 juin 2001, la Commission Conventiennelle Paritaire Nationale élaborera un questionnaire-type reprenant ces éléments, qui sera adressé aux médecins référents. A charge pour ces derniers, de les compléter et de les retourner à leurs caisses de rattachement. Ces informations, régulièrement réactualisées, alimenteront les sites électroniques d'information mis en place par l'assurance maladie.

►garde

Le médecin référent participe, effectivement, au système de garde mis en place localement dans le respect des dispositions du code de déontologie médicale.

La réalité de sa participation au tour de garde est un des critères de renouvellement de l'option.

Dans le cadre de la continuité des soins, lorsque le médecin référent prend en charge un patient qui a adhéré auprès d'un autre médecin référent, il informe ce dernier avec l'accord du patient de la nature de son intervention.

Chapitre 2 Suivi et contrôle des engagements du médecins référents

Article 6 : modalités de suivi et de contrôle des engagements du médecin référent

Les parties signataires se fixent pour objectif qu'un avenant à la convention portant sur les modalités de suivi et de contrôle des engagements du médecin référent soit conclu dans les conditions fixées à l'article L162-5 du code de la sécurité sociale et approuvé par les ministres concernés soit suivant les modalités fixées par l'article L162-15-2 soit suivant les modalités fixées par l'article L162-15-3 et publié au Journal Officiel de la République Française avant le 31 mai 2001.

« Si cet avenant n'est pas publié au 30 mai 2001 et à compter de cette date le deuxième alinéa de l'article 5-3 de la convention nationale est remplacé par la phrase suivante : « Le respect des garanties professionnelles est vérifié chaque année par les caisses comme critère de renouvellement de l'option ».

8.15.5. Avenant n° 6 de la convention nationale des médecins généralistes (JO du 15 Mars 2002)

Article 1

Afin de préciser les dispositions de l'article 3 de la charte de qualité relatives à la permanence et continuité des soins, les parties conviennent que les médecins référents doivent faire figurer sur leurs ordonnances les jours et heures de consultation ainsi que la mention « En cas d'urgence », suivie du numéro d'appel.

Article 2

Il est ajouté à l'article 8-6 de la convention nationale le paragraphe suivant:

« Délibération, vote, carence et arbitrage dans le cadre du suivi des engagements du médecin référent. »

1. Conditions de vote

Les décisions sont prises conformément aux procédures prévues au b des « conditions de vote » de l'article 8-7 (CCPL) et au b des « conditions de vote » de l'article 8-8 (CMPL) et aux dispositions du 2-3 de l'article 5-15 de la convention nationale.

Si à l'issue des procédures de vote prévues aux articles 8-7 b et 8-8 b aucune majorité ne se dégage, la commission est réputée avoir acquiescé au principe d'une mesure.

Chaque section de l'instance paritaire propose alors l'application d'une des mesures prévues au 3-1 de l'article 5-15 de la convention.

En cas de désaccord, il est procédé à un vote. En cas d'égalité des voix, l'instance paritaire locale retient la moins grave des deux mesures proposées.

2. Arbitrage

Si l'une ou l'autre des sections qui composent l'instance paritaire locale est en désaccord avec la mesure retenue, elle dispose de huit jours à compter de la délibération de l'instance paritaire locale pour saisir la CCPN ou le CMPN en fonction du manquement reproché au médecin.

La section concernée effectue sa demande argumentée auprès du secrétariat de l'instance paritaire locale. Ce dernier transmet le dossier du praticien et la demande de la section au secrétariat de l'instance paritaire nationale correspondante dans un délai de quinze jours à compter de la demande de la section.

L'instance paritaire nationale statue alors conformément aux dispositions du paragraphe: « Les délibérations et le vote dans le cadre de la procédure d'arbitrage prévue pour le suivi et le contrôle des engagements du médecin référent » de l'article 8-1-2.

En cas de saisine de la CCPN ou du CMPN, l'instance paritaire locale est réputée ne s'être pas prononcée.

3. Carence

Dans les cas de carence prévus aux b et c du présent article, le constat de carence est dressé par le secrétariat de l'instance et adressé à l'instance nationale concernée.

Si aucune décision n'est intervenue dans le mois suivant le constat, la section n'étant pas à l'origine de la carence se détermine aux lieux et place de la CCPL ou du CMPL, suivant le cas, quant à l'application de l'une des mesures prévues au 3-1 de l'article 5-15 de la convention et selon les règles fixées au 2-3-1 de ce même article.

Article 3

Il est ajouté à l'article 8-1-2 de la convention nationale le paragraphe suivant:

« Les délibérations et le vote dans le cadre de la procédure d'arbitrage prévue pour le suivi et le contrôle des engagements du médecin référent. »

Lorsque la CCPN ou le CMPN sont saisis par l'une ou l'autre des sections agissant dans le cadre de la procédure d'arbitrage prévue au 2 de l'article 8-6, ils disposent d'un délai de deux mois à compter de la réception de la saisine par le secrétariat de l'instance nationale, pour statuer sur le dossier du praticien. Passé ce délai, la mesure initialement retenue par l'instance paritaire locale est réputée adoptée.

L'instance paritaire nationale concernée réexamine « sur pièces » le dossier et se prononce à la majorité des suffrages exprimés.

En application du 2-3-1 de l'article 5-15, si à l'issue de la procédure de vote aucune majorité ne se dégage, l'instance est réputée avoir acquiescé au principe d'une mesure.

Chaque section de l'instance paritaire nationale propose alors librement l'application d'une des quatre mesures prévues au 3-1 de l'article 5-15 de la convention.

En cas de désaccord, il est procédé à un vote. En cas d'égalité des voix, l'instance paritaire nationale retient la moins grave des deux mesures proposées.

La décision se substitue à celle prise par l'instance paritaire locale. Elle est transmise au secrétariat de cette dernière dans les quinze jours qui suivent la délibération de l'instance nationale.

Article 4

Au paragraphe « Mission » de l'article 8-7 de la convention nationale, il est créé un f ainsi rédigé :

Suivi des règles conventionnelles :

La CCPL instruit et se prononce sur les dossiers individuels présentés par les caisses dans les conditions fixées par les textes conventionnels.

Article 5

Il est ajouté après le dernier paragraphe du b de l'article 8-3-2 de la convention nationale le paragraphe suivant :

de statuer conformément à la procédure d'arbitrage prévue par les textes conventionnels pour le suivi et le contrôle des engagements du médecin référent.

Article 6

Il est ajouté après le dernier paragraphe de l'article 8-4-2 de la convention nationale le paragraphe suivant :

Il statue conformément à la procédure d'arbitrage prévue par les textes conventionnels pour le suivi et le contrôle des engagements du médecin référent.

Article 7

L'article 5-3 de la convention nationale des médecins généralistes est rédigé de la façon suivante:

« En adhérant à l'option conventionnelle, le médecin référent s'engage à assurer les garanties professionnelles et à respecter les engagements de compétence et de transparence mentionnés dans la charte de qualité figurant à l'annexe II et dans l'avenant n° 5 à la présente convention nationale, selon les dispositions prévues à l'article 5-15 de la présente convention. »

Article 8

Dans l'annexe II intitulée « Charte de qualité du médecin référent », le deuxième alinéa de l'article 2 : « Seuil de qualité » est remplacé par l'alinéa suivant:

« Ce seuil, calculé en nombre d'actes en C + V sur une période déterminée au 1-2 du I de l'article 5-15 de la convention nationale, est fixé à 7 500. »

Article 9

Dans l'annexe II intitulée « charte de qualité du médecin référent », l'article 1er: « Condition d'activité liée à la qualité des soins » est rédigé comme suit:

« A titre de critère d'entrée dans l'option, le médecin doit attester, avant son entrée dans l'option, d'une activité minimale correspondant à un nombre d'actes en C + V de 1 500 actes pour une activité libérale à temps complet, calculé sur la période qui s'étend du cinquième trimestre civil au deuxième trimestre civil inclus qui précède sa demande d'entrée dans l'option.

De même, comme critère de maintien dans l'option, le médecin référent doit attester, lors du renouvellement de son contrat, d'une activité minimale correspondant à un nombre d'actes en C + V de 1 500 actes, pour une activité libérale à temps complet, calculé sur une période déterminée au 1-2 du I de l'article 5-15 de la convention nationale.

Les médecins installés depuis moins de deux ans ainsi que ceux ayant momentanément réduit leur activité de 10 % au minimum au profit d'une autre activité médicale, prescriptive ou non, sont dispensés du respect de ce seuil. »

Article 10

Il est ajouté au chapitre V : « Option conventionnelle » de l'actuelle convention nationale des médecins généralistes une section 4 intitulée : « Des modalités de suivi et de contrôle des engagements du médecin référent » et un article 5-15 intitulé : « Suivi des engagements du médecin référent ».

« Section 4 « Des modalités de suivi et de contrôle des engagements du médecin référent

« Article 5-15 « Suivi des engagements du médecin référent

« Sans préjudice des dispositions de contrôle individuel mis en oeuvre par les caisses et les services médicaux dans le cadre des textes législatifs et réglementaires, les parties signataires décident de mettre en oeuvre un dispositif spécifique de suivi et d'évaluation, tant collectif qu'individuel, de l'option médecin référent, placé sous la responsabilité des instances paritaires, dont l'objet est d'apprécier la pratique du médecin référent au regard d'une démarche de qualité.

Suivi des engagements du médecin référent

1. Principe

« Le suivi des engagements est effectué par les caisses et le service médical pour le compte des instances conventionnelles.

1.1. La situation du médecin référent prévue aux articles 5-2-1 (situation du médecin) et (conditions d'exercice du médecin) de la convention ainsi que le respect par le médecin référent des engagements de la charte de qualité (annexe II de la convention nationale) peuvent être vérifiés à tout moment par les instances conventionnelles à l'initiative de l'une ou l'autre des parties.

1.2. Ces mêmes engagements sont vérifiés par les instances conventionnelles au moins une fois par an, au moment du renouvellement du contrat du médecin.

Le respect des obligations du médecin référent est alors vérifié sur la période qui s'étend du cinquième trimestre civil au deuxième trimestre civil inclus qui précède le renouvellement.

Lors du premier renouvellement, le respect des obligations du médecin référent est vérifié sur la période qui s'étend sur les deux trimestres civils qui suivent son adhésion.

Dans l'attente de précisions qui seront apportées par les instances conventionnelles nationales, le respect des obligations relatives aux prescriptions médicales (article 8 de la charte de qualité) ne fait pas l'objet d'un examen lors des renouvellements décidés en 2001, le respect des obligations relatives aux dépistage et prévention (article 9 de la charte de qualité) et aux recommandations, référentiels et plans de soins (article 10 de la charte

de qualité) ne font pas l'objet d'un examen lors des renouvellements décidés en 2001 et 2002.

De plus, durant cette même période, la vérification lors du renouvellement par les instances paritaires locales du respect des engagements suivants est limitée:

- pour la permanence et continuité des soins (article 3 de la charte de qualité), à la réalité de la participation du médecin référent aux tours de garde;
- pour le document médical de synthèse (article 7 de la charte de qualité), à la réalité de son existence.

1.3. Les obligations conventionnelles relatives à l'activité en C + V des médecins référents sont appréciées à la date de remboursement des soins, dans l'attente de la mise en oeuvre effective d'un suivi en droit constaté.

2. Procédures

2.1. Compétence de la CCPL

Pour tous les engagements du médecin référent, à l'exception de ceux qui sont du ressort du CMPL (article 2-2 ci dessous), lorsqu'une caisse constate un non-respect par le médecin référent des engagements de la charte de qualité, elle transmet le relevé de ses constatations à la CCPL.

Le médecin référent concerné en est simultanément informé par la caisse par courrier avec accusé de réception.

Le médecin dispose d'un délai de 30 jours à compter de la date de réception du courrier pour présenter ses observations éventuelles ou demander à être entendu par la CCPL. Le médecin peut se faire assister par un médecin de son choix.

Après avoir pris connaissance des observations du médecin ou à défaut de réponse de celui-ci dans le délai de 30 jours suivant la date à laquelle il a reçu les observations de la CPAM, la CCPL se détermine quant à l'application de l'une des mesures prévues à l'article 3-1 ci-dessous et selon les règles fixées au paragraphe 2.3.1 infra.

La CPAM pour le compte de l'ensemble des caisses notifie la décision au médecin concerné dans un délai de trente jours.

2.2. Compétence du CMPL

Lorsque le service du contrôle médical constate un non-respect par le médecin référent des engagements des articles 7 (document médical de synthèse), 9 (dépistage, prévention) et 10 (recommandations, référentiels et plans de soins) de la charte de qualité, il transmet le relevé de ses constatations au CMPL.

Le médecin référent concerné en est informé par le secrétariat du CMPL par courrier avec accusé de réception.

Le médecin dispose d'un délai de 30 jours à compter de la date de réception du courrier pour présenter ses observations éventuelles ou demander à être entendu par le CMPL. Le médecin peut se faire assister par un médecin de son choix.

Après avoir pris connaissance des observations du médecin ou à défaut de réponse de celui-ci dans le délai de 30 jours suivant la date à laquelle l'instance a reçu les constatations du service médical, le CMPL se détermine quant à l'application de l'une des mesures prévues à l'article 3-1 ci-dessous et selon les règles fixées au paragraphe 2.3.1 infra.

Le secrétariat transmet le résultat de la délibération à la CPAM.

La CPAM pour le compte de l'ensemble des caisses notifie la décision au médecin concerné dans un délai de 30 jours.

2.3. Décisions des instances paritaires

2.3.1. Dès lors qu'il est avéré, tout manquement à un engagement prévu par la charte de qualité entraîne l'application d'une des mesures mentionnées à l'article 3-1 du présent texte.

Ainsi, lorsque la caisse ou le service médical constate un manquement du médecin référent à une garantie professionnelle ou un engagement de compétence et de transparence, elle ou il saisit l'instance paritaire compétente.

Dans le cas où l'instance paritaire estime que la règle précisée au premier alinéa du présent article n'a pas à être appliquée, elle se détermine à la majorité simple des voix exprimées selon les procédures décrites aux articles 8-6, 8-7 b (CCPL), 8-8 b (CMPL) et 8-1-2 (les délibérations et le vote dans le cadre de la procédure d'arbitrage prévue pour le suivi et le contrôle des engagements du médecin référent) de la convention nationale.

2.3.2. En cas de situation de carence :

Il est fait application des dispositions de l'article 8-6 de la convention nationale relatives à la carence dans le cadre du suivi du médecin référent.

3. Mesures encourues

3.1. Les mesures pouvant être prononcées à l'encontre du médecin référent sont, par ordre de gravité croissante, les suivantes :

- a) Avertissement : cette décision ne peut être prise que s'il s'agit d'un premier manquement;*
- b) Avertissement assorti de demande de mise en oeuvre de mesures correctives qui peuvent notamment porter sur les engagements non respectés. La décision mentionne le délai dans lequel la ou les mesures correctives doivent être mises en oeuvre;*
- c) Non-renouvellement de l'option conventionnelle et suspension de la possibilité d'adhérer à l'option conventionnelle durant un, deux ans ou pour la durée pour laquelle la convention a été conclue, ou éventuellement renouvelée;*
- d) Exclusion de l'option conventionnelle pour un, deux ans ou pour la durée pour laquelle la convention a été conclue, ou éventuellement renouvelée.*

Lorsqu'un médecin référent a déjà fait l'objet d'une des mesures prévues au a ci dessus, il ne peut être décidé, pour un manquement au même engagement, qu'une des mesures prévues au b, c ou d.

Lorsqu'un médecin référent a déjà fait l'objet de la mesure prévue au b ci-dessus, il ne peut être décidé, pour un manquement au même engagement, qu'une des mesures prévues au c ou d.

Lorsqu'un médecin référent s'est vu notifier une des mesures prévues au paragraphe 1 de l'article 9-1 de la convention nationale des médecins généralistes, la caisse lui notifie sa sortie de l'option pour la durée pour laquelle la convention a été conclue, ou éventuellement renouvelée.

3.2. Procédures de notification des mesures

3.2.1. Ces mesures sont notifiées par la caisse primaire du lieu d'exercice du professionnel agissant pour le compte des caisses des autres régimes au plus tôt neuf jours après la délibération de l'instance locale.

La notification s'effectue par lettre recommandée avec avis de réception. Elle précise la nature du ou des manquements, la date d'effet de la décision. Celle-ci ne peut prendre effet avant le délai d'un mois suivant sa notification.

3.2.2. Lorsqu'un praticien n'est plus médecin référent, soit de son propre fait, soit en raison du non-respect de ses obligations liées à l'option, les caisses doivent en informer par simple courrier tous ses patients optants et uniquement ces derniers, sans préciser les raisons pour lesquelles le praticien n'est plus médecin référent.

Plan de suivi

1. Généralités

Chaque année, les instances conventionnelles nationales peuvent arrêter un plan de suivi portant sur un ou plusieurs thèmes figurant à la charte de qualité.

Chacun des thèmes choisis donne lieu à une méthodologie de suivi, élaborée par les instances conventionnelles nationales, dans les quatre mois qui suivent l'adoption des thèmes. Cette méthodologie prévoit notamment un calendrier, un mode de recueil de l'information, une analyse ainsi que des actions collectives et individuelles auprès des médecins référents.

Au niveau local, la CCPL et le CMPL sont chargés de conduire ce plan de suivi.

La CCPL après avis du CMPL peut également arrêter chaque année un thème supplémentaire, qui peut être reconduit. Ce thème donne lieu à une méthodologie de suivi, élaborée par les instances conventionnelles locales, dans les quatre mois qui suivent l'adoption du thème. Cette méthodologie prévoit notamment un calendrier, un mode de recueil de l'information, une analyse ainsi que des actions collectives et individuelles auprès des médecins référents.

Pour la période 2001/2002, les thèmes arrêtés par les parties conventionnelles nationales sont cités au 2 ci-après.

2. Plan de suivi collectif pour la période 2001-2002

La CCPN choisit pour la période 2001-2002 les thèmes suivants:

Permanence et continuité des soins ;

Les vaccinations à travers le DMS.

3. Rapport d'activité

Une fois par an, un bilan de l'option conventionnelle est réalisé par la CCPL et adressé à la CCPN.

Ce bilan comporte deux parties :

- la première partie concerne le plan de suivi ; il s'agit d'une analyse des informations recueillies pour chaque thème selon la méthodologie définie lors du choix du thème;

- la seconde partie est une analyse globale des actions que les CPAM et les partenaires conventionnels ont menées pour favoriser l'option.

Ce bilan comprend notamment un suivi des dispositifs fonctionnels tels que le nombre d'adhésions, de renouvellements et de sorties de l'option, la gestion de la dispense d'avance des frais, l'aide administrative, la FPC...

Clause de révision

Les dispositions du présent article pourront être réexaminées à la demande de l'une ou l'autre des parties signataires à l'issue de la première année d'application de l'avenant n° 6 à la convention nationale."