

Article 7.1	Objet du contrat de solidarité territoriale.....	21
Article 7.2	Bénéficiaires du contrat solidarité territoriale	21
Article 7.3	Engagements du médecin dans le contrat solidarité territoriale médecin 21	
Article 7.4	Engagements de l'Assurance Maladie dans le contrat solidarité territoriale	22
Article 7.5	Articulation du contrat solidarité territoriale avec les contrats types régionaux	22
Article 8.	Impact de la nouvelle convention sur les options démographie de la convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011	23
Article 9.	Modalités de mise en œuvre des contrats définis dans la présente section ..	23
Sous-Titre 3.	Faciliter l'accès au médecin traitant.....	24
Sous-Titre 4.	Garantir la permanence des soins.....	24
Article 10.	Les majorations d'actes spécifiques de la permanence des soins ambulatoire	25
Sous-Titre 5.	Mettre en œuvre la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux	25
Article 11.	Le Tiers Payant pour les bénéficiaires de l'ACS	26
Article 12.	Le tiers payant pour certains actes et coefficients visés.....	26
Article 13.	Le tiers payant dans le cadre de la permanence des soins.....	27
Article 14.	La dispense d'avance des frais pour la délivrance des médicaments et certains dispositifs médicaux effectuée par les médecins pharmaciens.....	27
Sous-Titre 6.	Maîtriser les dépassements d'honoraires pour un meilleur accès aux soins	27
Sous-Titre 7.	Faciliter l'accès au médecin traitant les refus de soins	28
Titre 2.	Développer la coordination des soins	28
Sous-Titre 1.	Le parcours de soins.....	28
Article 15.	Le Médecin traitant	29
Article 15.1	Les missions du médecin traitant	29
Article 15.2	Les modalités de choix du médecin traitant	30
Article 15.3	Les modalités particulières	30
Article 15.4	La valorisation du rôle de médecin traitant	30
15.4.1	Le forfait patientèle médecin traitant pour le suivi au long cours des patients	30
15.4.2	Missions de santé publique.....	33
15.4.3	Mise en place en place d'outils et d'organisations nouvelles au service des patients	33
15.4.4	Programmes d'accompagnement des patients souffrant de pathologies chroniques	33
Article 16.	Le Médecin correspondant	33
Article 16.1	Les missions du médecin correspondant	34
Article 16.2	La valorisation du rôle de médecin correspondant.....	34
Article 17.	L'accès spécifique.....	35
Article 17.1	Champ de l'accès spécifique.....	35
Article 17.2	Les conditions de l'accès spécifique	35
Article 18.	Le fonctionnement du parcours de soins coordonnés	36
Article 18.1	Les différentes modalités du parcours de soins coordonnés	36
Article 18.2	Les cas d'urgence et d'éloignement	37
Article 18.3	L'adressage par le médecin traitant vers le médecin correspondant pour une prise en charge du patient dans les 48 heures.....	38

Sous-Titre 2. Un parcours de soins mieux coordonné.....	38
Article 19. Soutenir les évolutions de l'organisation des soins pour développer une médecine de parcours et de proximité.....	38
Article 19.1 Les outils en faveur de la coordination.....	39
Article 19.2 Les modes de rémunération pour accompagner cette meilleure structuration de l'offre de soins.....	39
Article 20. La mise en place d'un forfait structure.....	39
Article 20.1 Premier volet du forfait structure (prérequis).....	40
Article 20.2 Deuxième volet du forfait structure : valorisation des différentes démarches et modes d'organisation mis en place pour apporter des services supplémentaires aux patients.....	41
Sous-Titre 3. Médecins pratiquant une expertise particulière.....	42
Titre 3. Valoriser la qualité des pratiques médicales et favoriser l'efficience du système de soins	43
Sous-Titre 1. L'implication des médecins dans les programmes de prévention et de promotion de la santé.....	43
Article 21. Rappel des programmes en cours.....	43
Article 22. Les nouveaux programmes.....	44
Sous-Titre 2. Les mesures en faveur de l'accompagnement des patients	45
Article 23. Programme d'accompagnement des patients ayant une maladie chronique	45
Article 23.1 Programme d'accompagnement sophia.....	45
Article 23.2 Dépistage de la rétinopathie diabétique.....	46
Article 24. Extension des programmes d'accompagnement à d'autres pathologies (cardiovasculaire, BPCO).....	46
Article 25. Rôle du médecin dans les programmes d'accompagnement du retour à domicile des patients après hospitalisation	47
Sous-Titre 3. La maîtrise médicalisée des dépenses de santé	47
Sous-Titre 4. Compléter la rémunération pour valoriser la qualité des pratiques médicales et l'efficience.....	48
Article 26. Les trois piliers de la rémunération : acte, forfait et rémunération sur objectifs de santé publique	48
Article 27. Un partenariat renforcé en faveur de l'amélioration de la prise en charge des patients et de l'efficience des soins.....	48
Article 27.1 Modalités d'adhésion à la rémunération sur objectifs de santé publique	49
Article 27.2 Les indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale.....	49
27.2.1 Les principes de détermination des indicateurs.....	49
27.2.2 Les règles de calcul des indicateurs.....	50
27.2.3 Dispositions spécifiques pour les médecins nouvellement installés	51
27.2.4 Tableaux des indicateurs de pratique clinique.....	52
Article 27.3 Les modalités de calcul de la rémunération	58
Article 27.4 Le suivi du dispositif	59
Article 27.5 Les modalités de révision du dispositif	59
27.5.1 Neutralisation d'un indicateur	59
27.5.2 Evolutions du dispositif de la ROSP	60
Article 27.6 L'extension de la ROSP à d'autres spécialités	61
27.6.1 L'adaptation du dispositif pour les autres spécialités médicales.....	61
27.6.2 Le médecin traitant de l'enfant.....	61
Article 28. Valorisation des activités cliniques	62

Article 28.1	La consultation de référence.....	62
Article 28.2	Les consultations coordonnées.....	63
Article 28.3	Les consultations complexes.....	65
Article 28.4	Les consultations très complexes.....	69
Article 28.5	Majoration pour le suivi des personnes âgées.....	71
Article 28.6	Le développement du recours à la télémédecine.....	72
Article 29.	Valorisation des activités techniques.....	74
Article 29.1	Maintenance de la CCAM.....	74
Article 29.2	Evolution des modificateurs J et K.....	75
29.2.1	Modification du périmètre des actes autorisant les modificateurs J et K.....	75
29.2.2	Revalorisation du modificateur K.....	75
Article 29.3	Evolution de la valorisation des actes d'anesthésie.....	75
Article 29.4	Mieux prendre en compte le caractère particulier de la prise en charge en urgence des patients.....	76
Titre 4.	L'exercice conventionnel.....	77
Sous-Titre 1.	Les conditions d'exercice.....	77
Article 30.	Démarches du médecin auprès de la caisse lors de l'installation en libéral 77	
Article 31.	Démarches du médecin auprès de la caisse lors de la cessation d'activité en libéral 77	
Article 32.	Situation des médecins exerçant au sein des sociétés d'exercice.....	78
Article 33.	Situation des collaborateurs salariés de médecins libéraux conventionnés 78	
Article 34.	Situation du remplaçant.....	78
Article 35.	Situation des adjoints et des assistants des médecins libéraux conventionnés 79	
Article 36.	Situation des médecins assurant une tenue de cabinet.....	79
Sous-Titre 2.	Les secteurs conventionnels.....	80
Article 37.	Secteur à honoraires opposables.....	80
Article 37.1	Cas particulier de l'accès non coordonné.....	80
Article 38.	Autres secteurs conventionnels.....	80
Article 38.1	Secteur à honoraires différents.....	81
38.1.1	Titres donnant accès au secteur à honoraires différents.....	81
38.1.2	Procédure d'équivalence de titres.....	81
38.1.3	Cas particulier de l'accès non coordonné.....	82
Article 38.2	Secteur droit à dépassement permanent (DP).....	82
Article 38.3	Pratique tarifaire des médecins exerçant en secteur à honoraires différents et titulaires du droit à dépassement permanent.....	83
Article 38.4	Engagement de l'assurance maladie sur l'accessibilité au dispositif ACS 83	
Article 39.	Respect des honoraires opposables et modalités de dépassements exceptionnels 83	
Article 39.1	Cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade non liée à un motif médical (DE).....	83
Article 39.2	Cas de dépassements autorisés plafonnés (DA), pour les soins non coordonnés, au sens de la présente convention.....	84
Sous-Titre 3.	Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM).....	84
Article 40.	Les médecins éligibles à l'option.....	85
Article 41.	Les engagements de l'option.....	85
Article 41.1	Engagements du médecin à l'option.....	85

Article 41.2	Engagement de l'assurance maladie.....	87
Article 42.	Avenant à l'option	88
Article 43.	Modalités d'adhésion et durée de l'option	88
Article 44.	Modalités de suivi des engagements	89
Article 45.	Modalités de résiliation	89
Article 45.1	Modalités de résiliation par le médecin.....	90
Article 45.2	Modalités de résiliation par la caisse.....	90
Article 46.	Impact de la nouvelle convention sur le contrat d'accès aux soins défini dans la convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011	90
Article 47.	Modalité de mise en œuvre de l'option OPTAM.....	91
Article 48.	Suivi des pratiques tarifaires	91
Sous-Titre 4. Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO) 91		
Article 49.	Les médecins éligibles à l'option tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique	91
Article 50.	Adhésion à l'option et engagements du médecin.....	92
Article 51.	Engagement de l'assurance maladie	93
Article 52.	Avenant à l'option.....	94
Article 53.	Modalités d'adhésion et durée de l'option	94
Article 54.	Modalités de suivi des engagements	94
Article 55.	Modalités de résiliation	95
Article 55.1	Modalités de résiliation par le médecin.....	95
Article 55.2	Modalités de résiliation par la caisse.....	95
Article 56.	Impact de la nouvelle convention sur le contrat d'accès aux soins défini dans le cadre de la convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011	96
Article 57.	Modalités de mise en œuvre de l'option OPTAM-CO	96
Article 58.	Suivi des pratiques tarifaires	96
Sous-Titre 1. Modalités des échanges électroniques relatifs à la facturation à l'assurance maladie 98		
Article 59.	Les engagements de l'Assurance maladie sur la gestion de la facturation des actes	98
Article 60.	Modalités des échanges relatifs à la facturation à l'Assurance Maladie..	99
Article 60.1	Le principe de facturation en Feuille de Soins Electronique (FSE)	99
Article 60.2	L'utilisation de la carte de professionnel de santé.....	99
Article 60.3	L'utilisation de la carte Vitale	99
Article 60.4	Les règles de télétransmission de la facturation	100
60.4.1	L'équipement informatique des caisses d'assurance maladie	100
60.4.2	Equipement informatique du médecin.....	100
60.4.3	Liberté de choix du réseau.....	100
60.4.4	Respect des règles applicables aux informations électroniques	100
Article 60.5	Principes généraux d'établissement des feuilles de soins électroniques	101
60.5.1	Etablissement des FSE	101
60.5.2	Délai de transmission des FSE	101
60.5.3	Délai de paiement en cas de dispense d'avance des frais.....	101
60.5.4	Garantie de paiement pour la procédure de dispense d'avance des frais	101
60.5.5	Procédure en cas d'échec d'émission d'une feuille de soins électronique	102
Article 61.	Les autres procédures de facturation	102

Article 61.1	La feuille de soins SESAM « dégradé ».....	102
61.1.1	Procédure exceptionnelle.....	102
61.1.2	Transmission des feuilles de soins SESAM « dégradé »	102
Article 61.2	la facturation via la feuille de soins sur support papier.....	102
Article 61.3	Les outils d'aide au suivi de la facturation.....	103
Article 61.4	Le déploiement de la norme NOEMIE 580.....	103
Article 61.5	La mise en place d'un centre de services inter-régimes (CESI).....	103
Sous-Titre 2.	La simplification des échanges entre les médecins et l'assurance	
maladie	104	
Article 62.	Les Téléservices	105
Article 63.	Des échanges personnalisés avec des correspondants identifiés.....	106
Article 64.	Un accompagnement des médecins dans leur pratique.....	107
Article 64.1	Les échanges confraternels entre les médecins et les praticiens conseils et les échanges avec les délégués de l'assurance maladie (DAM).....	107
Article 64.2	Les Conseillers informatique service	107
Sous-Titre 3.	Documents ouvrant droit au remboursement des prestations.....	108
Article 65.	Documents relatifs à la facturation des prestations.....	108
Article 66.	Facturation des honoraires	109
Article 67.	Facturation des actes effectués par le personnel agissant sous la responsabilité du médecin	109
Article 68.	Rédaction des ordonnances	110
Sous-Titre 4.	Modalités particulières à l'exercice dans un établissement de santé	111
Sous-Titre 5.	Dispositions sociales	112
Article 69.	Principe et champ d'application.....	112
Article 70.	Assurance maladie, maternité, décès.....	113
Article 71.	Allocations familiales.....	113
Article 72.	Pérennisation du régime des allocations supplémentaires de vieillesse (ASV)	114
Article 73.	Modalités de versement.....	114
Titre 5.	Vie conventionnelle	115
Sous-Titre 1.	Durée et résiliation de la convention	115
Article 74.	Durée de la convention.....	115
Article 75.	La signature de la convention par une nouvelle partie.....	115
Article 76.	Résiliation de la convention	115
Sous-Titre 2.	Modalités de notification et d'adhésion des médecins	115
Article 77.	Notification.....	115
Article 78.	Modalités d'adhésion	116
Article 79.	Modalités de rupture d'adhésion	116
Sous-Titre 3.	Les instances conventionnelles	116
Article 80.	La Commission Paritaire Nationale (CPN).....	116
Article 80.1	Composition de la Commission Paritaire Nationale	117
Article 80.2	Mise en place de la Commission Paritaire Nationale.....	118
Article 80.3	Rôle de la Commission Paritaire Nationale.....	118
Article 81.	Observatoire des mesures conventionnelles.....	119
Article 81.1	Missions de l'observatoire	119
Article 81.2	Composition de l'observatoire	120
Article 81.3	Fonctionnement de l'observatoire.....	120
Article 82.	Comité technique paritaire permanent national chargé des simplifications administratives placé près de la CPN.....	121
Article 82.1	Composition du CTPPN	121

Article 82.2	Mise en place du CTPPN	121
Article 82.3	Missions du CTPPN	122
Article 83.	La Commission Paritaire Régionale (CPR)	122
Article 83.1	Composition de la Commission Paritaire Régionale.....	123
Article 83.2	Mise en place de la Commission Paritaire régionale.....	123
Article 83.3	Missions de la Commission Paritaire Régionale	124
Article 84.	La Commission Paritaire Locale (CPL).....	124
Article 84.1	Composition de la commission paritaire locale.....	125
Article 84.2	Mise en place de la Commission Paritaire Locale.....	125
Article 84.3	Rôle de la Commission Paritaire Locale	126
Sous-Titre 4.	Le non-respect des engagements conventionnels.....	127
Article 85.	De l'examen des cas de manquements	127
Article 86.	Des sanctions susceptibles d'être prononcées	128
Article 87.	Des conséquences du déconventionnement sur l'activité de remplacement 128	
Article 88.	Du recours du médecin contre une sanction.....	129
Article 89.	Des conséquences des sanctions ordinaires et des décisions juridictionnelles.....	129
Article 90.	De la continuité des procédures initiées avant l'entrée en vigueur de la convention	130

CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS
ENTRE LES MEDECINS LIBERAUX ET L'ASSURANCE MALADIE
SIGNEE LE JUILLET 2016

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-5, L.162-14-1 et L.162-15.
Vu le code de la santé publique, et notamment l'article L. 1434-4,

Il est convenu ce qui suit entre

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), d'une part

et

d'autre part

Préambule

Titre préliminaire – Portée de la convention nationale

Article 1. Objet de la convention

La présente convention a pour objet :

- de rassembler les principes, modalités et procédures appelés à régir les relations entre l'assurance maladie et les médecins libéraux ayant adhéré à la présente convention ;
- d'améliorer l'accès aux soins de premier et second recours et aux soins spécialisés par la mise en place de mesures organisationnelles et incitatives à l'installation dans les zones déficitaires en offre médicale ;
- d'accompagner la mise en place d'une meilleure structuration de l'offre de soins pour développer une médecine de parcours et de proximité organisée autour du patient et coordonnée par le médecin traitant en lien avec les différents médecins correspondants ;
- de renforcer les actions de prévention, de dépistage et de promotion de la santé ;
- de valoriser la qualité des pratiques médicales avec la poursuite de la rémunération sur objectifs de santé publique ;
- d'améliorer les pratiques, l'efficacité des soins et la juste valorisation des actes pour la bonne prise en charge des patients en ville ;
- de garantir l'accessibilité financière aux soins avec la poursuite de la dynamique de maîtrise des dépassements d'honoraires engagée avec la mise en place d'une option à tarif maîtrisé et des actions conventionnelles sanctionnant les pratiques tarifaires excessives au sens de l'article X ;
- de déterminer les modalités et procédures de facturation et de règlement des prestations remboursables par l'assurance maladie.

Article 2. Conventonnement

La présente convention s'applique :

- aux médecins exerçant à titre libéral, inscrits au tableau de l'Ordre national des médecins et qui ont fait le choix d'exercer sous le régime conventionnel, pour les soins dispensés sur leur lieu d'exercice professionnel ou au domicile du patient dans les conditions définies au Titre IV ;
- aux praticiens statutaires temps plein hospitalier exerçant dans les établissements publics de santé qui font également le choix d'exercer sous le régime de la présente convention, pour la partie de leur activité effectuée en libéral qu'ils sont autorisés à exercer dans les conditions définies dans le code de la santé publique ;
- aux médecins autorisés par dérogation à effectuer en France une libre prestation de services au sens du code de la santé publique habilités par l'Ordre des médecins qui peuvent faire le choix d'exercer sous le régime conventionnel.

L'exercice dans le cadre d'un contrat d'exercice libéral avec un établissement public de santé dans les conditions définies aux articles L. 6146-2 et R. 6146-17 et suivants du code de la santé publique n'entre pas dans le champ d'application de la présente convention.

La présente convention s'applique également aux organismes de tous les régimes d'assurance maladie obligatoire.

Sont désignés dans la présente convention comme les « caisses » et « l'assurance maladie » les organismes chargés de la gestion d'un régime d'assurance maladie obligatoire auxquels la convention s'applique. Lorsque la seule caisse primaire ou caisse générale de sécurité sociale est visée, elle est réputée agir pour son compte et pour le compte de tous les organismes d'assurance maladie obligatoire auxquels la convention s'applique.

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

Les médecins placés sous le régime de la présente convention bénéficient des droits inscrits dans la convention et s'engagent à en respecter toutes les dispositions ainsi que celles des textes régissant l'exercice de la profession.

Ces engagements s'imposent également aux médecins qui exercent avec ou à la place d'un médecin conventionné dans le cadre d'un remplacement ou d'une collaboration salariée. Dans ces cas, le médecin conventionné informe les intéressés de l'obligation qui leur incombe de respecter les dispositions conventionnelles.

Les caisses d'assurance maladie s'engagent à respecter toutes les dispositions prévues par la présente convention et les textes réglementaires régissant l'exercice de la médecine. Dans ce cadre, elles mettent notamment en œuvre les dispositifs informatiques ou d'organisation adaptés.

Article 3. Les patients bénéficiaires des dispositions conventionnelles

Les dispositions conventionnelles bénéficient à l'ensemble des ressortissants relevant des risques garantis par les régimes d'assurance maladie obligatoire, y compris le régime de la couverture maladie universelle, et celui des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Titre 1. Conforter l'accès aux soins

Sous-Titre 2. Améliorer la répartition de l'offre de soins sur le territoire

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

Les partenaires conventionnels souhaitent réaffirmer leur volonté de mettre en place une politique structurante visant à favoriser l'implantation et le maintien des médecins libéraux dans ces zones.

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a modifié les modalités de détermination des zones d'application des mesures conventionnelles en faveur d'une meilleure répartition géographique des professionnels de santé sur tout le territoire pour répondre aux besoins d'accès aux soins.

Ces zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins mentionnées au 1° de l'article L.1434-4 du code de la santé publique sont déterminées par les directeurs des Agences Régionales de Santé (ARS) selon des critères définis par décret en cours de préparation à la date de signature de la présente convention.

En outre, la loi n°2016-41 précitée prévoit l'élaboration par les partenaires conventionnels de contrats types nationaux relatifs à la démographie comportant des modalités d'adaptations régionales par les directeurs généraux des ARS se concrétisant par l'élaboration de contrats types régionaux. Les médecins éligibles à ces contrats concluent ensuite un contrat individuel avec l'Assurance Maladie et les ARS, conforme au contrat type régional. L'assurance maladie transmet pour information les contrats types régionaux aux commissions paritaires régionales.

Au regard des résultats obtenus par les précédents dispositifs conventionnels mis en place (avenant 20 à la convention médicale de 2005 et options démographie et santé solidarité territoriale de la convention médicale de 2011) et dans le cadre des évolutions législatives et réglementaires ci-dessus, les partenaires conventionnels ont souhaité adopter de nouvelles mesures destinées à renforcer certains dispositifs existants et en créer de nouveaux afin de favoriser l'installation dans les zones précitées. Ainsi, ils s'accordent sur la création de plusieurs contrats type nationaux applicables au sein des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins définies au niveau des ARS conformément au cadre réglementaire visant à :

- apporter une aide financière significative aux médecins s'y installant, lesquels doivent faire face aux frais d'investissement générés par le début d'activité en exercice libéral,

- accompagner la transition entre les médecins préparant leur cessation d'exercice et ceux nouvellement installés dans leurs cabinets médicaux,
- encourager les médecins qui s'impliquent dans des démarches de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire donné et dans l'activité de formation des futurs diplômés au sein des cabinets libéraux pour faciliter à terme l'installation et le maintien en exercice libéral de médecins dans ces territoires,
- favoriser l'intervention ponctuelle de médecins venus apporter leur aide à leurs confrères installés dans ces territoires.

Article 4. Contrat type national d'aide à l'installation des médecins (CAIM) dans les zones sous-dotées

Article 4.1 Objet du contrat d'installation

Ce contrat a pour objet de favoriser l'installation des médecins dans les zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique définies par l'ARS, caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins par la mise en place d'une aide forfaitaire versée au moment de l'installation du médecin dans lesdites zones pour l'accompagner dans cette période de fort investissement généré par le début d'activité en exercice libéral (locaux, équipements. charges diverses, etc.).

Article 4.2 Bénéficiaires du contrat d'installation

Ce contrat est proposé aux médecins remplissant les conditions cumulatives suivantes :

1. s'installer en exercice libéral dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins définies au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou dans des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ,
2. exercer une activité libérale conventionnée, dans le secteur à honoraires opposables ou dans le secteur à honoraires différents et ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants de la convention,
3. exercer au sein d'un groupe formé entre médecins ou d'un groupe pluri-professionnel, quelle que soit sa forme juridique ou appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé telle que définie à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique ou appartenir à une équipe de soins primaires définie l'article L. 1411-11-1 du code de santé publique) avec formalisation d'un projet de santé commun déposé à l'ARS.
4. s'engager à participer au dispositif de permanence des soins ambulatoire tel qu'il est organisé sur le territoire, sauf dérogation accordée par le Conseil de l'Ordre des médecins.

Pour un même médecin, le contrat d'installation n'est cumulable ni avec le contrat de transition défini à l'article 5 de la présente convention, ni avec le contrat de stabilisation et de coordination défini à l'article 6 de la présente convention.

Un médecin ne peut bénéficier qu'une seule fois du contrat d'aide à l'installation médecin.

Modulation possible par l'ARS dans un contrat type régional :

Les médecins ayant un projet d'installation dans les zones identifiées par l'ARS comme particulièrement déficitaires en médecin au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou prévues au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, peuvent rencontrer des difficultés pour débiter leur activité libérale au sein d'un groupe ou pour intégrer un projet de santé dans le cadre d'une communauté professionnelle territoriale de santé ou d'une équipe de soins primaires.

Dans ce cadre, l'ARS peut, dans le contrat type régional qu'elle arrête, conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-4 du code de sécurité sociale, ouvrir le contrat aux médecins s'installant dans les zones précitées ne remplissant pas, au moment de l'installation, la troisième condition d'éligibilité au contrat. Les médecins concernés s'engagent à remplir cette condition d'éligibilité, à savoir exercer en groupe ou appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé ou à une équipe de soins primaires, dans un délai de deux ans suivant la signature du contrat. Cette dérogation bénéficie au maximum à 20% des installations éligibles dans la région au sens de l'article 4.2

Article 4.3 Engagements du médecin dans le contrat d'installation en zone sous-dotée

En adhérant au contrat d'installation, le médecin s'engage à exercer en libéral, en groupe, en communauté professionnelle territoriale de santé, ou en équipe de soins primaire son activité au sein de la zone pendant une durée de cinq années consécutives à compter de la date d'adhésion.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide à l'installation et de la majoration pour l'activité au sein des hôpitaux de proximité, le cas échéant, au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par le médecin. Le médecin s'engage également à participer au dispositif de permanence des soins ambulatoire tel qu'il est organisé sur le territoire, sauf dérogation accordée par le Conseil de l'Ordre des médecins.

Le médecin peut également s'engager, à titre optionnel, à réaliser une partie de son activité libérale au sein d'un hôpital de proximité défini à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique dans les conditions prévues à l'article L. 6146-2 du code précité.

Article 4.4 Engagements de l'Assurance Maladie dans le contrat d'installation

Le médecin adhérant au contrat bénéficie d'une aide forfaitaire à l'installation d'un montant de 50 000 euros versée dans les conditions suivantes :

- 25 000 euros à la signature du contrat,
- 25 000 euros à la date du 1^{er} anniversaire du contrat.

Le médecin adhérant au contrat bénéficie également d'une majoration de ce forfait d'un montant de 2 500 euros s'il s'est engagé, à titre optionnel, à réaliser une partie de son activité libérale au sein d'un hôpital de proximité dans les conditions prévues à l'article L. 6146-2 du code de santé publique. La somme correspondant à cette majoration est versée dans les conditions suivantes : 1 250 euros lors de la signature du contrat et 1 250 euros à la date du 1^{er} anniversaire du contrat.

Modulation possible par l'ARS dans un contrat type régional :

Le médecin installé dans une zone identifiée par l'ARS comme particulièrement déficitaire en médecin au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou prévues au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé,, peut bénéficier d'une majoration de cette aide forfaitaire dans les conditions définies dans le contrat type régional arrêté par chaque ARS conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-4 du code de sécurité sociale. Cette majoration ne peut excéder 20% de l'aide forfaitaire prévue dans le présent article (hors majoration liée à l'engagement optionnel sur l'activité libérale exercée dans les hôpitaux de proximité). Cette dérogation bénéficie au maximum à 20% des installations éligibles dans la région au sens de l'article 4.2.

Article 4.5 Articulation du contrat type national en faveur de l'installation en zone sous-dotée et des contrats types régionaux

Le contrat type national est défini en Annexe 3 de la présente convention conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Les contrats types régionaux sont définis par chaque ARS conformément aux dispositions du contrat type national. Les dispositions pouvant faire l'objet d'une modulation régionale comme prévu dans le contrat type national sont définies dans les contrats types régionaux.

Un contrat tripartite entre le médecin, la caisse d'assurance maladie et l'ARS conforme au contrat type régional est proposé aux médecins éligibles définis à l'article 4.2 de la présente convention.

Article 5. Contrat de transition pour les médecins (COTRAM)

Article 5.1 Objet du contrat de transition

Ce contrat a pour objet de soutenir les médecins installés au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés dans l'accès aux soins prévues à l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou prévues au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, préparant leur cessation d'exercice et prêts à accompagner pendant cette période de fin d'activité un médecin nouvellement installé dans leur cabinet.

Cet accompagnement se traduit notamment par un soutien dans l'organisation et la gestion du cabinet médical, la connaissance de l'organisation des soins sur le territoire, etc. et l'appui à la prise en charge des patients en fonction des besoins du médecin.

Article 5.2 Bénéficiaires du contrat de transition

Le contrat de transition est proposé aux médecins remplissant les conditions cumulatives suivantes :

1. être installés dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés dans l'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou dans des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé,
2. exercer une activité libérale conventionnée, ,
3. être âgés de 60 ans et plus ,
4. accueillir au sein de leur cabinet (en tant qu'associé, collaborateur libéral,...) un médecin nouvel installé dans la zone (installé depuis moins d'un an), âgé de moins de 50 ans et exerçant en exercice libéral conventionné

Pour un même médecin, le contrat de transition n'est cumulable ni avec le contrat d'installation défini à l'article 4 de la présente convention ni avec le contrat de stabilisation et de coordination défini à l'article 6 de la présente convention.

Article 5.3 Engagements du médecin dans le contrat de transition

En adhérant au contrat de transition, le praticien s'engage à accompagner son confrère nouvel installé dans son cabinet pendant une durée de trois ans dans toutes les démarches liées à la

l'installation en exercice libéral, à la gestion du cabinet et à la prise en charge des patients en fonction des besoins de ce dernier.

Le contrat peut faire l'objet d'un renouvellement pour une durée maximale de trois ans en cas de prolongation de l'activité du médecin adhérent au-delà de la durée du contrat initial dans la limite de la date de cessation d'activité de ce dernier.

En cas de résiliation anticipée du contrat par le médecin le calcul des sommes dues au titre de l'année au cours de laquelle intervient cette résiliation est effectuée au prorata temporis de la durée effective du contrat au cours de la dite année.

Article 5.4 Engagements de l'Assurance Maladie dans le contrat de transition

Le médecin adhérent au contrat bénéficie chaque année d'une aide à l'activité correspondant à 10 % des honoraires tirés de son activité conventionnée clinique et technique (hors dépassements d'honoraires et rémunérations forfaitaires) dans la limite d'un plafond de 20 000 euros par an.

Pour les médecins exerçant en secteur à honoraires différents l'aide à l'activité est proratisée sur la base du taux d'activité réalisée aux tarifs opposables par le médecin.

Le montant dû au médecin est calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant au prorata de la date d'adhésion du médecin au contrat. Le versement des sommes dues est effectué dans le second trimestre de l'année civile suivante.

Modulation possible par l'ARS dans un contrat type régional

Le médecin installé dans une zone identifiée par l'ARS comme particulièrement déficitaire en médecin, au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou prévues au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, peut bénéficier d'une majoration de cette aide à l'activité dans les conditions définies dans le contrat type régional arrêté par chaque ARS conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-4 du code de sécurité sociale. Cette majoration ne peut excéder 20% de l'aide à l'activité prévue dans le présent article. Cette dérogation bénéficie au maximum à 20% des médecins éligibles dans la région à ce type d'aide démographique.

Article 5.5 Articulation du contrat type national de transition et des contrats types régionaux

Le contrat type national est défini en Annexe 4 de la présente convention conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Les contrats types régionaux sont définis par chaque ARS conformément aux dispositions du contrat type national. Les dispositions pouvant faire l'objet d'une modulation régionale comme prévu dans le contrat type national sont définies dans les contrats types régionaux.

Un contrat tripartite entre le médecin, la caisse d'assurance maladie et l'ARS conforme au contrat type régional est proposé aux médecins éligibles définis à l'article 5.2 de la présente convention.

Article 6. Contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins (COSCOM)

Article 6.1 Objet du contrat de stabilisation et de coordination

Le contrat valorise la pratique des médecins exerçant dans les zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou prévues au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, qui s'inscrivent dans une démarche de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire, soit par un exercice regroupé, soit en appartenant à une équipe de soins primaires ou à une communauté professionnelle territoriale de santé définies aux articles L. 1411-11-1 et L. 1434-12 du code de santé publique,.

Le contrat vise également à valoriser :

- l'activité de formation au sein des cabinets libéraux situés dans les zones précitées par l'accueil d'étudiants en médecine dans le cadre de la réalisation d'un stage ambulatoire afin de favoriser de futures installations en exercice libéral dans ces zones,
- la réalisation d'une partie de l'activité libérale au sein des hôpitaux de proximité définis à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique dans les conditions prévues à l'article L. 6146-2 du code précité.

Article 6.2 Bénéficiaires du contrat de stabilisation et de coordination

Le contrat de stabilisation et de coordination est réservé aux médecins remplissant les conditions cumulatives suivantes :

1. être installés dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou dans des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé,
2. exercer une activité libérale conventionnée, ,
3. exercer au sein d'un groupe formé entre médecins ou d'un groupe pluri-professionnel quelle que soit sa forme juridique ou appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé telle que définie à l'article L. 1434-12 du code de la santé ou à une

équipe de soins primaires telle que définie à l'article L. 1411-11-1 du code de santé publique

Pour un même médecin, le contrat de stabilisation et de coordination n'est cumulable ni avec le contrat d'aide à l'installation définie à l'article 4 de la présente convention ni avec le contrat de transition prévu l'article 5 de la présente convention.

Article 6.3 Engagement du médecin dans le contrat de stabilisation et de coordination

En adhérant au contrat, le praticien installé au sein d'une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique s'engage à exercer en groupe formé entre médecins ou pluri-professionnel ou à appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé telle que définie à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique ou à une équipe de soins primaires telle que définie à l'article L. 1411-11-1 du code de santé publique. Ce contrat est conclu pour une durée de trois ans renouvelable par tacite reconduction.

Le médecin peut également s'engager, à titre optionnel :

- à réaliser une partie de son activité libérale] au sein d'un hôpital de proximité tel que défini à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique dans les conditions prévues à l'article L. 6146-2 du code précité,
- à exercer les fonctions de maître de stage universitaire prévues au troisième alinéa de l'article R. 6153-47 du code de la santé publique et à accueillir en stage des internes en médecine réalisant un stage ambulatoire de niveau 1 ou des étudiants en médecine réalisant un stage d'externat en médecine générale.

En cas de résiliation anticipée du contrat par le médecin le calcul des sommes dues au titre de l'année au cours de laquelle intervient cette résiliation est effectuée au prorata temporis de la durée effective du contrat au cours de la dite année.

Modulation possible par l'ARS dans un contrat type régional :

L'ARS peut ouvrir le contrat type régional aux stages ambulatoires en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) pour les internes, après appréciation des éventuelles aides financières existant sur son territoire visant à favoriser cette activité de maître de stage.

Article 6.4 Engagements de l'Assurance Maladie dans le contrat de stabilisation et de coordination

Le médecin adhérant au contrat bénéficie d'une rémunération forfaitaire de :

- 5 000 euros par an

Le médecin adhérant au contrat bénéficie également d'une majoration d'un montant de 1 250 euros par an versée au moment du paiement de l'aide forfaitaire précitée, s'il a réalisé une

partie de son activité libérale au sein d'un hôpital de proximité dans les conditions prévues à l'article L. 6146-2 du code de santé publique.

Le médecin adhérant au contrat bénéficie également d'une rémunération complémentaire de 300 euros par mois pour l'accueil d'un stagiaire à temps plein (correspondant à 50 % de la rémunération attribuée par le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche pour l'exercice des fonctions de maître de stage universitaire) s'il a accueilli des étudiants en médecine réalisant un stage ambulatoire dans les conditions définies à l'article 6.3. Cette rémunération complémentaire est proratisée (*prorata temporis*) en cas d'accueil d'un stagiaire à temps partiel.

Pour les médecins exerçant en secteur à honoraires différents les rémunérations versées sont proratisées sur la base du taux d'activité réalisée aux tarifs opposables par le médecin.

Le montant dû au médecin est calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant au prorata de la date d'adhésion du médecin au contrat. Le versement des sommes dues est effectué dans le second trimestre de l'année civile suivante.

Modulation possible par l'ARS dans un contrat type régional :

Le médecin installé dans une zone identifiée par l'ARS comme particulièrement déficitaire en médecin, au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou prévues au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, peut bénéficier d'une majoration, dans les conditions définies dans le contrat type régional arrêté par chaque ARS conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-4 du code de sécurité sociale :

- des rémunérations forfaitaires fixées dans le présent article pour l'exercice regroupé ou coordonné,
- de la rémunération forfaitaire définie pour l'exercice libéral au sein d'un hôpital de proximité,
- de la rémunération complémentaire pour l'accueil de stagiaires.

Cette majoration ne peut excéder 20% du montant de chacune des rémunérations prévues dans le présent article. Cette dérogation régionale bénéficie au maximum à 20% des médecins éligibles dans la région à ce type d'aide démographique.

Article 6.5 Articulation du contrat type national de stabilisation et de coordination avec les contrats type régionaux

Le contrat type national est défini en Annexe 5 de la présente convention conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Les contrats types régionaux sont définis par chaque ARS après appréciation des éventuelles aides existant dans la région pour soutenir cette activité conformément aux dispositions du contrat type national. Les dispositions pouvant faire l'objet d'une modulation régionale prévue dans le contrat type national sont définies dans les contrats types régionaux.

Un contrat tripartite entre le médecin, la caisse d'assurance maladie et l'ARS conforme au contrat type régional est proposé aux médecins éligibles définis à l'article 6.2 de la présente convention.

Article 7. Contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM)

Article 7.1 Objet du contrat de solidarité territoriale

Le contrat a pour objet d'inciter les médecins n'exerçant pas dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés dans l'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou prévues au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, à consacrer une partie de leur activité libérale pour apporter leur aide à leurs confrères exerçant dans les zones précitées.

Article 7.2 Bénéficiaires du contrat solidarité territoriale

Le contrat solidarité territoriale est proposé aux médecins remplissant les conditions cumulatives suivantes :

1. ne pas être installés dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou dans des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé,
2. exercer une activité libérale conventionnée, ,
3. s'engager à réaliser une partie de son activité libérale représentant au minimum dix jours durant l'année dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou prévues au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Article 7.3 Engagements du médecin dans le contrat solidarité territoriale médecin

En adhérant au contrat solidarité territoriale, le médecin s'engage à exercer en libéral au minimum dix jours par an dans une des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des

difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. Le médecin s'engage dans ce contrat pour une durée de trois ans renouvelable par tacite reconduction.

En cas de résiliation anticipée du contrat par le médecin, le calcul des sommes dues au titre de l'année au cours de laquelle intervient cette résiliation est effectuée au prorata temporis de la durée effective du contrat au cours de la dite année.

Article 7.4 Engagements de l'Assurance Maladie dans le contrat solidarité territoriale

Le médecin adhérent au contrat de solidarité territoriale bénéficie d'une aide à l'activité correspondant à 10 % des honoraires tirés de l'activité conventionnée clinique et technique (hors dépassements d'honoraires et rémunérations forfaitaires) réalisée dans le cadre du contrat au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés dans l'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, dans la limite d'un plafond de 20 000 euros par an.

Pour les médecins exerçant en secteur à honoraires différents l'aide à l'activité est proratisée sur la base du taux d'activité réalisée aux tarifs opposables par le médecin.

Le médecin adhérent bénéficie également d'une prise en charge des frais de déplacement engagés pour se rendre dans les zones précitées. Cette prise en charge est réalisée selon les modalités prévues pour les conseillers des caisses d'assurance maladie dans le cadre des instances paritaires conventionnelles.

Le montant dû au médecin est calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant au prorata de la date d'adhésion du médecin au contrat. Le versement des sommes dues est effectué dans le second trimestre de l'année civile suivante.

Modulation possible par l'ARS dans un contrat type régional :

Le médecin réalisant une partie de son activité libérale dans une zone identifiée par l'ARS comme particulièrement déficitaire en médecin au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou prévues au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, peut bénéficier d'une majoration de cette aide à l'activité dans les conditions définies dans le contrat type régional arrêté par chaque agence régionale de santé conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de sécurité sociale. Cette majoration ne peut excéder 20% de l'aide à l'activité prévue dans le présent article.

Article 7.5 Articulation du contrat solidarité territoriale avec les contrats types régionaux

Le contrat type national est défini en Annexe 6 de la présente convention conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Les contrats types régionaux sont définis par chaque ARS conformément aux dispositions du contrat type national. Les dispositions pouvant faire l'objet d'une modulation régionale comme prévu dans le contrat type national sont définies dans les contrats types régionaux.

Un contrat tripartite entre le médecin, la caisse d'assurance maladie et l'ARS conforme au contrat type régional est proposé aux médecins éligibles définis à l'article 7.2 de la présente convention.

Article 8. Impact de la nouvelle convention sur les options démographie de la convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011

Les options démographie souscrites dans le cadre des dispositions de la convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011, en cours à la date d'entrée en vigueur de la présente convention s'appliquent jusqu'à leur terme selon les dispositions figurant en Annexe 7 de la présente convention.

Les options santé solidarité territoriale souscrites dans le cadre des dispositions de la convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011, en cours à la date d'entrée en vigueur de la présente convention s'appliquent, selon les dispositions figurant en Annexe 8 de la présente convention, jusqu'à l'adoption par le directeur général de l'ARS, du contrat type régional de solidarité territoriale. A compter de la publication de ce contrat type régional de solidarité territoriale médecin, il est mis fin aux options santé solidarité territoriale en cours. Il est proposé aux médecins concernés de souscrire au nouveau contrat de solidarité territoriale défini à l'article 7 de la présente convention.

A compter de l'entrée en vigueur de la présente convention, il est mis fin à la possibilité d'adhérer à l'option démographie et à l'option santé solidarité territoriale issues de la convention de 2011 précitée.

Article 9. Modalités de mise en œuvre des contrats définis dans la présente section

Dès l'entrée en vigueur de la présente convention et l'adoption par le directeur général de l'ARS du contrat type régional, les adhésions aux contrats définis aux articles 4 à 7 de la présente convention sont ouvertes.

Dans l'attente de la publication des décisions des directeurs des ARS arrêtant les nouveaux zonages mentionnés au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, les demandes d'adhésions aux contrats définis aux articles 4 à 7 de la présente convention sont appréciées au regard des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits, selon le cadre réglementaire applicable à la date d'entrée en vigueur de la présente convention.

Dès publication de l'arrêté, par le directeur général de l'ARS, des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, les demandes d'adhésions aux contrats définis aux articles 4 à 7 de la présente convention sont appréciées au regard de ces nouveaux zonages.

Toutefois, par dérogation, les contrats conclus sur la base des modèles de contrats définis dans la présente convention par des médecins ne se trouvant plus dans des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins à la suite de la publication de l'arrêté du directeur général de l'ARS, se poursuivent jusqu'à leur terme. En effet, les médecins installés dans une zone antérieurement caractérisée comme disposant d'une offre de soins insuffisante doivent pouvoir conserver transitoirement le bénéfice de l'aide à laquelle ils étaient auparavant éligibles.

Sous-Titre 3. Faciliter l'accès au médecin traitant

Le conciliateur dont les missions sont définies à l'article L. 162-15-4 du code de la sécurité sociale est amené à intervenir notamment quand le patient est confronté à des difficultés d'accès à un médecin traitant. Dans ce cadre, il prend contact avec les différents médecins installés dans une zone proche de la résidence du patient afin de voir si l'un d'entre eux a la capacité d'accepter que ce dernier le déclare comme médecin traitant.

Le conciliateur met en place également un partenariat avec le Conseil départemental de l'Ordre des médecins qui peut également être saisi pour le même motif par certains patients.

Un bilan des actions menées par les conciliateurs est présenté chaque année devant les Commissions paritaires locales afin que des mesures complémentaires puissent être proposées pour favoriser l'accès aux soins.

Sous-Titre 4. Garantir la permanence des soins

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

Depuis la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009, la compétence d'organisation de la permanence des soins a été transférée aux ARS.

Les modalités d'organisation du dispositif de permanence des soins ambulatoire sont déterminées dans les cahiers des charges de la permanence des soins ambulatoire arrêtés par les directeurs généraux des ARS.

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

Article 10. Les majorations d'actes spécifiques de la permanence des soins ambulatoire

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

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

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

Les assurés bénéficient, à l'occasion des actes réalisés dans le cadre de la permanence des soins régulée, d'une dispense d'avance des frais dans les conditions définies à l'article 13.

Sous-Titre 5. Mettre en œuvre la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux

Pour les assurés dont les revenus sont les plus modestes ou pour ceux qui sont confrontés, du fait de leur état de santé, à des dépenses de soins importantes, des dispositions, soit légales, soit conventionnelles, ont posé les conditions dans lesquelles ils peuvent bénéficier d'une dispense d'avance de leurs frais de santé dit tiers payant.

Au-delà des cas particuliers pour lesquels le législateur a déjà rendu obligatoire le régime du tiers payant, la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a posé le cadre dans lequel la dispense d'avance de frais va être étendue progressivement aux bénéficiaires de soins pris en charge à 100% au titre des affections de longue durée et de la protection maternité puis à l'ensemble des assurés.

Les règles de garantie et de délais de paiement par les caisses d'assurance maladie sont fixées par l'article L. 161-36-3 du code de la sécurité sociale. Elles s'appliqueront à l'ensemble des paiements réalisés en tiers payant, y compris dans les cas particuliers décrits ci-après.

Article 11. Le Tiers Payant pour les bénéficiaires de l'ACS

Tiers payant intégral pour les patients disposant d'un contrat complémentaire sélectionné

Conformément à la réglementation, le tiers payant intégral (sur la part obligatoire et la part complémentaire) est proposé aux patients disposant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) défini à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, dès lors qu'ils ont souscrit un contrat complémentaire sélectionné par le Ministère de la Santé. Cette information figure dans la carte d'assurance maladie et dans l'attestation « tiers payant intégral » remise aux assurés.

Tiers payant sur la part obligatoire pour les patients n'ayant pas souscrit de contrat complémentaire sélectionné

Au-delà de ce cadre réglementaire, la dispense d'avance des frais pour la part obligatoire est également accordée par le médecin aux personnes bénéficiaires du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) défini à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, mais qui n'ont pas encore souscrit de contrat complémentaire sélectionné par le Ministère de la santé.

Article 12. Le tiers payant pour certains actes et coefficients visés

Les médecins amenés à facturer des actes particulièrement coûteux, à savoir les actes de spécialités dont le coefficient ou le tarif est égal ou supérieur à celui visé à l'article R. 322-8 du code de la sécurité sociale, pratiquent la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux sur la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. .

Les médecins amenés à pratiquer l'acte de lecture différée de photographie du fond d'œil évoqué à l'article 23-2 et à l'annexe 14 de la présente convention pratiquent également la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux sur la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Dans le cadre de la mise en place de la prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes à partir du 4^{ème} mois de grossesse, les partenaires conventionnels s'entendent pour promouvoir la dispense d'avance des frais pour cette catégorie de population dont l'état de santé bucco-dentaire est rendu particulièrement fragile durant cette période. Ainsi, les femmes enceintes bénéficient de la dispense d'avance des frais pour la réalisation de l'examen de prévention bucco-

dentaire tel que prévu à l'annexe 13 de la présente convention. Elles bénéficient plus largement de la dispense d'avance de frais à compter du 1^{er} juillet 2016 dans les conditions prévues par l'article 83 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016.

Article 13. Le tiers payant dans le cadre de la permanence des soins

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

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

Article 14. La dispense d'avance des frais pour la délivrance des médicaments et certains dispositifs médicaux effectuée par les médecins pharmaciens

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

Les médecins ainsi habilités et régis par la présente convention peuvent adhérer à des conventions locales leur permettant de pratiquer la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux pour la seule part des remboursements correspondant à la prise en charge des régimes d'assurance maladie obligatoire. Ces conventions locales sont conformes à une convention type approuvée par le conseil d'administration de la CNAMTS le 28 novembre 2000.

Sous-Titre 6. Maîtriser les dépassements d'honoraires pour un meilleur accès aux soins

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

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

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

Les partenaires conventionnels s'accordent pour poursuivre la dynamique initiée avec le contrat d'accès aux soins instauré dans le cadre de la précédente convention en créant une option pratique tarifaire maîtrisée visant à améliorer l'accès aux soins des patients, notamment ceux dont les revenus sont les plus modestes, en développant l'activité à tarif opposable et en améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie obligatoire. Les modalités de mise en œuvre de ces options sont définies aux articles 40 et suivants de la convention.

~~Sous-Titre 7. Faciliter l'accès au médecin traitant les refus de soins~~

Titre 2. Développer la coordination des soins

Sous-Titre 1. Le parcours de soins

La réforme de 2005 a consacré le rôle du médecin traitant dans l'offre de soins de premier recours. Ses missions couvrent à la fois le diagnostic, le traitement, la prévention, le dépistage, le suivi au long cours mais également l'orientation des patients, selon leurs besoins, dans le système de soins, la coordination des soins et la centralisation des informations émanant des professionnels intervenant dans le cadre du parcours de soins.

Ce rôle pivot est essentiel pour accompagner le virage ambulatoire qui suppose une médecine de parcours organisée autour du patient, coordonnée par le médecin traitant, en lien avec les spécialistes correspondants.

La convention accompagne cette meilleure structuration du parcours de soins au service des patients :

- en confortant le rôle de premier recours du médecin traitant dans le suivi des patients (y compris des enfants) et dans l'organisation des interventions de second recours ;
- en s'appuyant sur son rôle clé dans le suivi au long cours des patients et son rôle de coordination et de synthèse pour éviter le recours aux hospitalisations inutiles et faciliter le retour à domicile des patients en sortie d'hospitalisation ; le développement des outils facilitant l'échange d'informations entre les professionnels de santé doit faciliter cette démarche ;
- en renforçant également son action dans les actions de prévention (vaccination, prévention des pratiques addictives, de l'obésité, notamment chez les enfants...), de dépistage (cancer colorectal, cancer du sein, cancer du col de l'utérus...) et de promotion de la santé pour favoriser de meilleurs comportements (habitudes

alimentaires, arrêt du tabac et de l'alcool, conduites à risques....), promus dès le plus jeune âge pour permettre notamment de réduire certaines inégalités de santé.

La mise en place du médecin traitant de l'enfant va, à ce titre, faciliter leur suivi au long cours et favoriser la prévention et la réduction des comportements à risque.

Article 15. Le Médecin traitant

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

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

Article 15.1 Les missions du médecin traitant

Le médecin traitant :

- assure le premier niveau de recours aux soins ;
- contribue à l'offre de soins ambulatoire ;
- participe à la prévention, au dépistage, au diagnostic, au traitement et au suivi des maladies ainsi qu'à l'éducation pour la santé de ses patients ;
- oriente le patient dans le parcours de soins coordonnés ;
- informe tout médecin correspondant des délais souhaitables de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient ;
- rédige le protocole de soins en tenant compte des propositions du ou des médecins correspondants participant à la prise en charge du malade ;
- favorise la coordination avec les autres professionnels et services participant à la prise en charge des patients notamment par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants qui peut être intégrée dans le DMP ;
- apporte au patient toutes les informations permettant d'assurer une permanence d'accès aux soins aux heures de fermeture du cabinet.

Plus spécifiquement pour ses patients âgés de moins de seize ans le médecin traitant :

- veille au bon développement de l'enfant ;
- assure le dépistage des troubles du développement, au cours, notamment, des examens obligatoires pris en charge à 100% entre 0 et 6 ans : évolution de la croissance, du langage, de la motricité etc
- veille à la bonne réalisation du calendrier vaccinal ;
- soigne les pathologies infantiles aiguës ou chroniques ;
- conseille les parents en matière d'allaitement, de nutrition, d'hygiène, de prévention des risques de la vie courante... ;
- ;
- assure un dépistage et une prévention adaptés aux divers âges : addictions ; surpoids : Infections sexuellement transmissibles ; contraception ; risque suicidaire, etc.

Article 15.2 Les modalités de choix du médecin traitant

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

Chaque assuré de 16 ans ou plus est invité à choisir un médecin traitant. Pour les ayants droit âgés de moins de seize ans, au moins l'un des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale choisit le médecin traitant et l'indique à l'organisme d'assurance maladie. Cette indication s'effectue dès lors que l'enfant est rattaché à un assuré permettant de connaître l'organisme d'assurance maladie concerné.

Ce choix de médecin traitant se formalise par l'établissement d'un document "Déclaration de choix du médecin traitant", cosigné par l'assuré ou son représentant et le médecin.

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

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

Article 15.3 Les modalités particulières

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

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

En matière de remplacement :

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

En matière d'exercice en groupe :

Conformément aux dispositions de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, tous les médecins de même spécialité exerçant au sein d'un même cabinet médical peuvent être considérés indifféremment comme médecin traitant pour la patientèle du cabinet, dès lors qu'ils se sont enregistrés auprès de l'organisme d'assurance maladie comme exerçant dans ce cadre.

Article 15.4 La valorisation du rôle de médecin traitant

15.4.1 Le forfait patientèle médecin traitant pour le suivi au long cours des patients

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

dossier, d'établir une fiche de synthèse médicale reprenant le projet thérapeutique incluant le calendrier de suivi et les échanges avec les autres professionnels de santé pour avis ou suivi coordonné. Cette fiche de synthèse peut alimenter le dossier médical partagé du patient.

Les différentes rémunérations forfaitaires mises en place ces dernières années au profit du médecin traitant (forfaits pour le suivi des patients en ALD ou en suivi post ALD, forfait médecin traitant pour le suivi des autres patients, volet de synthèse dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique, majoration personnes âgées .) ont eu pour objet de reconnaître ce rôle dans le suivi au long cours de ses patients et de valoriser la qualité des pratiques cliniques.

Les partenaires conventionnels reconnaissent la nécessité de renforcer la valorisation de la fonction de médecin traitant au regard de son rôle clé dans le suivi au long cours des patients, de coordination et de synthèse pour éviter le recours aux hospitalisations inutiles et faciliter le retour à domicile des patients en sortie d'hospitalisation. Ils s'accordent parallèlement sur la nécessité de donner davantage de lisibilité à la rémunération valorisant les missions spécifiques du médecin traitant.

Dans ce cadre, un nouveau forfait intitulé forfait patientèle médecin traitant (MTF) est créé. Ce forfait se substitue aux différents forfaits existants à la date d'entrée en vigueur de la présente convention pour le suivi de la patientèle et à la rémunération du volet de synthèse médicale.

Ce nouveau forfait valorise les missions spécifiques du médecin traitant dans le suivi de sa patientèle.

Il est indexé sur la patientèle et ses caractéristiques : âge, pathologie, précarité.

En fonction du niveau de complexité de leur prise en charge les patients sont affectés d'un nombre de points.

Tous les patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant sont pris en compte, avec une pondération tenant compte du niveau de complexité de la prise en charge, à partir des critères suivants :

- Enfant âgé de 0 à 6 ans : 1,2 point
- Patients âgés de 80 ans et plus ou atteint d'une affection de longue durée au sens des 3° et 4° de l'article L 322-3 du code de sécurité sociale (ALD) : 8,42 points
- Autres patients : 1 point

La valeur du point est fixée à une valeur de 5 euros.

Une majoration est appliquée au montant ainsi calculé en fonction de la part des patients CMUC dans la patientèle du médecin. Pour les patients bénéficiaires de la CMUC, si le taux est supérieur à la part calculée au niveau national de 7%, une majoration égale à la moitié de la différence entre le taux national et le taux du médecin en pourcentage est applicable au montant de la rémunération au titre du forfait médecin traitant. La majoration appliquée est au maximum de 25 %.

La patientèle médecin traitant déclarante utilisée pour le calcul de la rémunération liée à ce forfait médecin traitant correspond aux patients qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant (pour les moins et les plus de 16 ans) pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire.

Le nombre de patients ainsi comptabilisé est arrêté au 31 décembre de l'année au titre de laquelle le forfait est versé.

Ce forfait calculé annuellement (année civile) bénéficie aux médecins traitants généralistes et aux médecins à expertise particulière (MEP) suivants : gériatres, acupuncteurs, médecins de médecine thermale, médecins de médecine physique et de réadaptation, homéopathes, compte tenu du volume de leur patientèle médecin traitant. Le forfait patientèle médecin traitant (MTF) est réservé aux médecins exerçant en secteur à honoraires opposables et à ceux ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants.

Ce forfait est mis en place au titre de l'année 2017 et fera l'objet d'un premier versement au cours du 1^{er} semestre 2018. De manière transitoire, les forfaits suivants définis dans la convention approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 sont maintenus au titre de l'année 2016 dans les conditions définies dans l'annexe 10 : forfait médecin traitant (FMT), forfait pour le suivi des patients en ALD (RMT), forfait pour le suivi des patients en suivi post ALD (RST) et majoration pour personnes âgées (MPA).

Pour valoriser le rôle du médecin traitant dans le suivi au long cours des patients, ce forfait est co-financé par l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires d'assurance maladie, selon des modalités nouvelles mises en place à compter du 1er janvier 2018. L'UNCAM, l'UNOCAM et les syndicats médicaux considèrent que la participation des organismes complémentaires d'assurance maladie au financement des rémunérations forfaitaires des médecins traitants, qui a été amorcée dans la convention précédente, peut se poursuivre si elle prend une forme différente. Ils conviennent à cet égard que la modalité, mise en place par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2013, d'un prélèvement sur les organismes complémentaires d'assurance maladie, à hauteur de 150 millions d'euros, pour le financement du forfait médecin traitant (FMT), doit évoluer afin de permettre à chaque organisme complémentaire d'assurance maladie de pouvoir informer en toute transparence chacun de ses adhérents ou assurés sur les sommes qu'il aura directement versées à chaque médecin dans le cadre de ce cofinancement. A cette fin, l'UNCAM et l'UNOCAM s'engagent à mettre en place avant le 31 décembre 2017 une modalité technique et financière permettant d'atteindre cet objectif, dans des conditions de fiabilité et de simplicité pour les médecins bénéficiaires de ces rémunérations. La mise en place de cette nouvelle modalité, à compter de 2018, passe par le maintien de la contribution des organismes complémentaires d'assurance maladie, par le biais d'un prélèvement fiscal de 150 millions d'euros, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 et par sa suppression définitive dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

L'UNCAM propose à l'UNOCAM que, dans le cadre de la mise en place de cette nouvelle modalité, la participation des organismes complémentaires d'assurance maladie au financement du forfait patientèle médecin traitant soit portée de 150 millions d'euros en 2017 à 250 millions d'euros en 2018 et 300 millions d'euros en 2019. L'UNOCAM se prononcera sur cette proposition lors de son Conseil du 16 septembre 2016, lors duquel elle délibérera sur son adhésion à la présente convention.

Un bilan des rémunérations versées au titre de ce forfait patientèle médecin traitant est effectué chaque année par l'assurance maladie et présenté aux membres de l'observatoire des mesures conventionnelles et à la Commission Paritaire Nationale définis dans la présente convention pour permettre aux partenaires conventionnels d'examiner les conditions de son évolution.

15.4.2 Missions de santé publique

Le rôle spécifique du médecin traitant dans le domaine de la santé publique fait l'objet d'une valorisation plus globale dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique définie à l'article 27.

15.4.3 Mise en place en place d'outils et d'organisations nouvelles au service des patients

La présente convention permet également d'accompagner les médecins traitants qui souhaitent investir dans la mise en place d'outils et d'organisations nouvelles facilitant leur pratique et la gestion de leur cabinet au quotidien leur permettant de se libérer d'une partie de leurs tâches administratives et de recentrer leur activité sur la pratique médicale. Cet accompagnement se traduit par la mise en place d'un forfait structure dont les modalités sont définies à l'article 20

15.4.4 Programmes d'accompagnement des patients souffrant de pathologies chroniques

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

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

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

Il perçoit, pour les fonctions exercées au titre du présent article, une rémunération forfaitaire pour les patients concernés, dans les conditions définies à l'article 23.1.

Article 16. Le Médecin correspondant

Intervenant en coordination en lien avec le médecin traitant, le médecin correspondant permet l'accès aux soins de second recours .

Article 16.1 Les missions du médecin correspondant

Le médecin correspondant a notamment pour mission de :

- répondre aux sollicitations du médecin traitant et recevoir les patients adressés dans des délais compatibles avec leur état de santé; il s'engage à tenir compte des informations médicales relatives au délai de prise en charge transmises par le médecin traitant ;
- intervenir en lien avec le médecin traitant sur le suivi du patient et l'élaboration du projet de soins le cas échéant ;
- tenir informé, avec l'accord du patient, le médecin traitant de ses constatations et lui transmettre, dans les délais raisonnables, nécessaires à la continuité des soins et compatibles avec la situation médicale du patient, les éléments se rapportant aux séquences de soins sur lesquelles il intervient;
- participer à la prévention et à l'éducation pour la santé ;
- intervenir en coopération avec les établissements de santé et contribuer à la prévention des hospitalisations inutiles ou évitables.

Article 16.2 La valorisation du rôle de médecin correspondant

Avis ponctuel de consultant

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

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

L'avis ponctuel de consultant effectué par le médecin correspondant à la demande explicite du médecin traitant est facturé dans les conditions définies à l'article 18 des dispositions générales de la NGAP et à l'article 28.3.5 de la présente convention.

Majoration de coordination

Lorsque le médecin correspondant, adhérent à la présente convention et appliquant les tarifs opposables, reçoit le patient y compris âgé de moins de 16 ans, à la demande du médecin traitant pour des soins itératifs et procède à un retour d'informations au médecin traitant, il bénéficie d'une majoration de coordination applicable à la consultation. Cette majoration est également applicable pour les médecins en accès spécifique, dès lors qu'ils effectuent un retour d'information au médecin traitant

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

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, ces majorations ne peuvent être cotées que par les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables, par les praticiens ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants de la convention et par les médecins exerçant dans le secteur à honoraires différents ou titulaires du droit permanent à dépassement lorsqu'ils pratiquent les tarifs opposables pour les patients bénéficiaires de la CMU complémentaire et pour les patients disposant d'une attestation de droit à l'ACS.

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

La majoration de coordination ne peut pas se cumuler avec la facturation d'un dépassement autorisé (DA) prévu à l'article 37.1 de la présente convention.

Les valeurs de la majoration de coordination et des majorations dédiées sont définies en annexe 11.

Article 17. L'accès spécifique

Article 17.1 Champ de l'accès spécifique

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

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

Article 17.2 Les conditions de l'accès spécifique

Les gynécologues

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

- les examens cliniques gynécologiques périodiques, comprenant les actes de dépistage,
- la prescription et le suivi d'une contraception
- le suivi des grossesses,
- l'interruption volontaire de grossesse.

Les ophtalmologues

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

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

Les stomatologues

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

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

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

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

Les partenaires conventionnels conscients de l'importance des actions de prévention et d'éducation sanitaire pour l'amélioration de la santé bucco-dentaire, et afin de poursuivre une politique préventive active et nécessaire pour les jeunes, confirment la participation des médecins stomatologues au dispositif de prévention bucco-dentaire pour les patients âgées de 6 à 18 ans et les femmes enceintes à partir du 4^{ème} mois de grossesse. Les modalités de participation des médecins stomatologues au dispositif de prévention bucco-dentaire pour les patients âgés de 6 à 18 ans et pour les femmes enceintes à partir du 4^{ème} mois de grossesse sont définies à l'annexe 13 du présent texte.

Les psychiatres et neuropsychiatres

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

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

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

Article 18. Le fonctionnement du parcours de soins coordonnés

Article 18.1 Les différentes modalités du parcours de soins coordonnés

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

Médecin traitant vers médecin correspondant pour demande d'avis ponctuel

Le médecin correspondant a un rôle de consultant, selon des modalités définies à l'article 16.2 du présent texte.

A ce titre, il ne donne pas de soins continus à ce patient et laisse au médecin traitant la charge d'instaurer les prescriptions sauf urgence ou cas particuliers et d'en surveiller l'application.

Médecin traitant vers médecin correspondant pour soins itératifs

Ces soins sont pratiqués selon :

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

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

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

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

Médecin traitant vers médecin correspondant généraliste

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

Article 18.2 Les cas d'urgence et d'éloignement

Le médecin adhérent à la présente convention exerçant en secteur à honoraires opposables ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants de la convention et intervenant hors parcours de soins pour une urgence médicalement justifiée doit respecter les tarifs opposables. Il continue à bénéficier par ailleurs des majorations d'urgence prévues par la NGAP.

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

En cas de consultation par un assuré éloigné de sa résidence habituelle et donc de son médecin traitant désigné, le médecin régi par la présente convention et appliquant les tarifs opposables ou le médecin ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants de la convention peut, sous réserve de procéder à un retour d'informations au médecin traitant, appliquer à la consultation la majoration de coordination définie supra.

Article 18.3 L'adressage par le médecin traitant vers le médecin correspondant pour une prise en charge du patient dans les 48 heures

En complément de la consultation coordonnée et de suivi par le médecin correspondant dans le parcours de soins avec retour d'information vers le médecin traitant, les partenaires conventionnels soucieux notamment d'éviter des hospitalisations inutiles souhaitent valoriser l'orientation sans délai effectuée par le médecin traitant vers un médecin de second recours. Cette prise en charge coordonnée doit intervenir dans les 48 heures suivant l'adressage par le médecin traitant.

Dans ce cas le médecin traitant, quel que soit son secteur d'exercice, a la possibilité de coter, dès lorsqu'il pratique les tarifs opposables, une majoration dénommée MUT (*majoration traitant urgence*) dont le montant est fixé à 5 €, à compter du 1^{er} avril 2017.

Le médecin correspondant, quel que soit son secteur d'exercice, qui réalise une consultation dans les 48 heures suivant l'adressage sans délais par le médecin traitant a la possibilité de coter, dès lorsqu'il pratique les tarifs opposables, une majoration dénommée « MCU » (*majoration correspondant urgence*) dont le montant est fixé à 15 €, à compter du 1^{er} avril 2017.

Ces majorations ne sont pas cumulables avec les majorations applicables dans le cadre de la permanence des soins.

Sous-Titre 2. Un parcours de soins mieux coordonné

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

Article 19. Soutenir les évolutions de l'organisation des soins pour développer une médecine de parcours et de proximité

Les partenaires conventionnels souhaitent accompagner l'innovation dans l'organisation des soins, en passant d'un système encore trop cloisonné à une médecine de parcours et de proximité, organisée autour du patient et coordonnée par le médecin traitant en lien avec les différents spécialistes correspondants. Cette évolution est nécessaire pour prendre en charge des patients en moyenne plus âgés et atteints d'affections plus longues. Elle doit aussi permettre d'améliorer les conditions d'exercice des médecins et répondre au besoin de garantir une plus grande attractivité de l'exercice libéral, notamment auprès des jeunes médecins.

Cette structuration des soins de proximité répond à plusieurs finalités : assurer la continuité et l'efficacité des parcours de soins, améliorer la prise en charge des pathologies chroniques, renforcer la prévention et améliorer l'articulation des soins entre la ville et l'hôpital en évitant notamment des hospitalisations en assurant une meilleure continuité des soins en amont et en aval de ces dernières.

Ces mesures en faveur du travail en équipe, gage d'une meilleure prise en charge des patients, trouveront leur prolongement dans les différents accords conventionnels pluri professionnels, existants et à venir.

Article 19.1 Les outils en faveur de la coordination

Le déploiement d'outils facilitant l'échange d'information entre les professionnels de santé autour du suivi des patients et le travail coordonné doit être favorisé.

A cet égard, le développement du recours aux outils tels que le dossier médical partagé (DMP) et la messagerie sécurisée doit être encouragé dans l'objectif de favoriser plus largement une amélioration de la coordination du parcours de soins des patients, entre les différents professionnels de santé en ville, mais également avec l'hôpital et le secteur médico-social.

Article 19.2 Les modes de rémunération pour accompagner cette meilleure structuration de l'offre de soins

Les modes de rémunération des professionnels de santé et notamment des médecins doivent continuer à évoluer et se diversifier pour accompagner cette meilleure structuration de l'offre de soins ambulatoire.

C'est pourquoi, les parties signataires ont souhaité mettre en place une refonte des forfaits existants permettant de mieux prendre en compte dans toute sa dimension l'action des médecins dans le suivi des patients et de la patientèle et la coordination autour du patient. Ce nouveau forfait prend en compte également les nouvelles organisations et les nouvelles modalités de prise en charge des patients afin d'accompagner le développement de nouveaux services aux patients.

Article 20. La mise en place d'un forfait structure

La présente convention permet d'accompagner les médecins qui souhaitent investir dans la mise en place d'outils et d'organisations nouvelles facilitant leur pratique et la gestion de leur cabinet au quotidien leur permettant ainsi de se libérer d'une partie de leurs tâches administratives et de recentrer leur activité sur la pratique médicale.

Dans cette perspective, les parties signataires décident de mettre en place une rémunération visant à aider les médecins :

- à investir sur des outils informatiques facilitant le suivi des patients, les échanges avec les autres professionnels et structures intervenant dans la prise en charge des patients,
- à développer les démarches d'appui au patient dans le parcours de soins au sein des cabinets médicaux ou en recourant à des services extérieurs.

Conscients de l'enjeu que représente ce forfait pour accompagner les médecins dans la mise en place d'organisations nouvelles au service des patients, les parties signataires souhaitent investir sur le long terme sur ce nouveau mode de rémunération. Dans ce cadre, elles s'accordent sur le

fait qu'au fur et à mesure de la montée en charge de la participation des organismes complémentaires d'assurance maladie au financement du forfait patientèle médecin traitant (MTF) dans les conditions définies à l'article 15.4.1, l'assurance maladie obligatoire va être en mesure de consacrer des sommes plus importantes pour le financement de ce forfait structure.

Les conditions de mise en œuvre par étape de ce forfait structure sont définies aux articles 20.1 et 20.2.

Si l'UNOCAM ne s'engageait pas sur la participation des organismes complémentaires d'assurance maladie dans les conditions prévues par l'article 15.4.1, les partenaires conventionnels conviennent de réexaminer en 2017 les conditions d'évolution du forfait structure.

Ce forfait structure est basé sur un total de 250 points la première année. La valeur du point est fixée à 7 euros.

Article 20.1 Premier volet du forfait structure (prérequis)

Ce premier volet du forfait structure vise à accompagner les médecins qui souhaitent investir dans l'équipement du cabinet. Il représente 60% de la part du forfait structure.

Les indicateurs de ce premier volet sont des prérequis, qui doivent tous être atteints pour déclencher la rémunération forfaitaire de ce volet et conditionnent la rémunération du deuxième volet.

Les indicateurs sont les suivants :

- logiciel métier avec LAP certifié par la HAS, compatible DMP et intégrant une messagerie sécurisée de santé pour faciliter le suivi des patients et leur prise en charge coordonnée ; la certification du LAP n'est pas exigée pour les médecins exerçant une spécialité disposant d'une offre restreinte de LAP certifiés ;
- version du cahier des charges SESAM Vitale intégrant les avenants publiés sur le site du GIE au 31/12 de l'année N-1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération. L'objectif est que l'outil de facturation comporte les fonctionnalités les plus à jour et notamment celles simplifiant les échanges avec l'assurance maladie : par exemple fonctionnalité de suivi des factures avec des retours d'information (norme NOEMIE 580) pour faciliter les rapprochements comptables ;
- taux de télétransmission supérieur ou égal à 2/3, la télétransmission des données fiabilisant la facture et permettant de garantir des délais de paiement très courts ;
- affichage des horaires d'ouverture du cabinet dans annuaire santé.

Ce premier volet du forfait est affecté de 150 points la 1^{ère} année puis 250 la 2^{ème} année puis 300 points la 3^{ème} année.

Article 20.2 Deuxième volet du forfait structure : valorisation des différentes démarches et modes d'organisation mis en place pour apporter des services supplémentaires aux patients

Ce deuxième volet est conditionné par l'atteinte des prérequis du premier volet. Il représente 40% de la part du forfait structure.

Chaque indicateur est indépendant des autres.

- Indicateur 1 : taux de dématérialisation à atteindre sur un bouquet de téléservices

Sont compris dans ce bouquet, les téléservices suivants : la déclaration médecin traitant en ligne (DCMT), le protocole de soins électronique (PSE), la prescription d'arrêt de travail en ligne (AAT), et la déclaration d'un certificat médical d'Accident de Travail ou de Maladie Professionnelle en ligne (CMATMP). Au fur et à mesure de l'évolution des téléservices offerts par l'assurance maladie ce bouquet aura vocation à évoluer.

Le calcul du taux de dématérialisation d'un téléservice s'effectue sur la base des données du régime général uniquement. Il correspond au ratio effectué entre le nombre de prescriptions ou déclarations effectuées en dématérialisés (numérateur) sur le nombre total de prescriptions ou déclarations effectuées au format papier ou dématérialisés (dénominateur), transmis par le médecin au cours de l'année de référence.

Pour accompagner la mise en place de ce nouvel indicateur, pendant les trois premières années suivant l'entrée en vigueur de la présente convention, le taux de dématérialisation requis est fixé par palier. Le taux de dématérialisation à atteindre pour chaque téléservice est fixé à 30% en 2017, 40% en 2018 et 50% en 2019 (*objectifs à préciser pour chacun des 4 téléservices*).

Cet indicateur est affecté de 30 points en 2017, 60 en 2018 et 90 en 2019.

- Indicateur 2 : capacité à coder certaines données

Cet indicateur vise à mesurer la capacité du médecin à produire des registres de patients sur certaines pathologies sur la base des synthèses médicales que le médecin élabore dans le cadre du suivi des patients dans le parcours de soins.

Cet indicateur est affecté de 10 points en 2017, 20 en 2018 et 50 en 2019.

- Indicateur 3 : valoriser la démarche de prise en charge coordonnée

Cet indicateur valorise le médecin impliqué dans des démarches de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire donné : participation du médecin à une équipe de soins primaires partageant un projet de santé commun ou à une communauté professionnelle territoriale de santé, *participation à des réunions de concertation pluridisciplinaires (indicateur à préciser)*.

Cet indicateur est affecté de 20 points en 2017, 40 en 2018 et 60 en 2019.

- Indicateur 4 : services offerts aux patients

Cet indicateur vise à valoriser le médecin qui offre certains services dans le cadre de la prise en charge de ses patients tels que la prise de rendez-vous avec les correspondants, l'accompagnement des parcours complexes, la prise en charge médico-sociale si nécessaire (recherche de structures sanitaires ou médico-sociales, services à domicile...), la résolution des problèmes liés à l'accès

aux droits, etc. et ce, que les ressources soient au sein du cabinet du médecin (personnel du cabinet ayant une fonction de coordination bien identifiée, personnel existant qui se forme spécifiquement par exemple avec mutualisation de cette ressource entre plusieurs confrères d'un cabinet de groupe ou entre confrères de cabinets différents, etc.) ou à l'extérieur du cabinet (recours à des structures d'appui externalisées ou aux coordonnateurs mis en place dans les MSP par exemple avec mutualisation du personnel).

Cet indicateur est affecté de 30 points en 2017, 100 en 2018 et 150 en 2019.

- Indicateur 5 : valoriser l'encadrement des jeunes étudiants en médecine

Prévu au troisième alinéa de l'article R. 6153-47 du code de la santé publique, le médecin peut exercer la fonction de maître de stage en accueillant en stage des internes en médecine réalisant un stage ambulatoire de niveau 1 ou des étudiants réalisant un stage d'externat en médecine générale. Cet indicateur est affecté de 10 points en 2017, 30 en 2018 et 50 en 2019.

Un bilan des rémunérations versées au titre de ce forfait structure est effectué chaque année par l'assurance maladie et présenté aux membres de la Commission Paritaire Nationale définie à l'article 82 pour permettre aux partenaires conventionnels d'examiner les conditions de son évolution.

Sous-Titre 3. Médecins pratiquant une expertise particulière

Un certain nombre de médecins omnipraticiens ont développé des expertises particulières induisant des modes d'exercice spécifiques.

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

A cet effet, elles décident de poursuivre les travaux initiés au cours de la convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 et d'assurer un suivi de ces professions dans le cadre de l'observatoire des mesures conventionnelles.

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

La convention doit permettre de garantir l'accès de tous à des soins de qualité.

Dans ce cadre, les partenaires conventionnels doivent poursuivre le développement de dispositifs s'attachant à promouvoir et à valoriser l'amélioration de la qualité des soins et favorisant le juste soin dans toutes ses composantes: prévention et dépistage, suivi des pathologies chroniques, efficacité des prescriptions et réduction des actes inutiles ou redondants.

La rémunération sur objectifs de santé publique, instaurée par les partenaires conventionnels en 2011, a permis de valoriser la fonction de médecin traitant dans ses dimensions de service médical rendu au patient, à la patientèle et à la santé publique. L'engagement des médecins dans une démarche d'efficacité favorisant le juste soin (meilleur soin au meilleur coût) a également été encouragé.

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

Les parties signataires souhaitent en outre poursuivre et renforcer les démarches en faveur de la pertinence des soins et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé initiées depuis 2005.

Sous-Titre 1.L'implication des médecins dans les programmes de prévention et de promotion de la santé

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

Article 21. Rappel des programmes en cours

Les programmes déjà mis en œuvre sont poursuivis :

- dépistage des cancers (sein, colorectal, col de l'utérus) ;
- prévention des pathologies infectieuses aiguës (vaccination antigrippale, vaccination ROR) ;
- prévention des complications liées aux pathologies chroniques (diabète, pathologies cardiovasculaires, pathologies respiratoires) ;
- programmes dédiés à certaines populations (dépistages néonataux, prévention bucco-dentaire chez les enfants, les adolescents et les femmes enceintes à partir du 4^{ème} mois de grossesse; sevrage tabagique; lutte contre le surpoids et l'obésité de l'enfant, facteurs de risque liés à la grossesse, accès à la contraception, iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées).

Une attention particulière est portée à l'organisation des programmes de dépistage des cancers afin d'assurer les conditions d'une forte implication du médecin traitant lui permettant d'orienter ses patients suivant leur âge et leur niveau de risque.

Ainsi l'assurance maladie met à disposition des médecins, dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal, des tests immunologiques plus performants, plus faciles à réaliser et personnalisés aux coordonnées du médecin lors des commandes réalisées via Espace Pro.

Après avoir expérimenté sur plusieurs sites des campagnes de sensibilisation au dépistage du cancer du col de l'utérus ciblant les femmes de 25 à 65 ans qui n'ont pas bénéficié de frottis au cours des deux dernières années, l'assurance maladie va progressivement, avec les ARS, mettre en place un dépistage organisé du cancer du col, conformément aux orientations du plan cancer, avec un site préfigurateur par région en 2016 et une généralisation à partir de 2017. L'organisation de ce dépistage veillera à l'implication du médecin traitant déjà mobilisé dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique depuis 2011.

Par ailleurs, l'assurance maladie propose des rendez-vous de prévention chez le chirurgien-dentiste intégralement pris en charge et des soins si nécessaires remboursés à 100 % aux patients. Les médecins doivent être mieux informés sur cette offre car ils sont, de par leur proximité avec les familles, des relais indispensables dans cette prévention bucco-dentaire (notamment à destination des enfants de 6 à 18 ans et des femmes enceintes) en complément du chirurgien-dentiste.

Article 22. Les nouveaux programmes

Les actions engagées en matière de promotion de la santé et de soutien à l'adoption de comportements favorables à la santé, de respect des calendriers vaccinaux, de prévention des risques liés au tabac (notamment chez la femme, tout au long de la vie et particulièrement pendant la grossesse et chez les personnes atteints de maladies chroniques) sont poursuivies et renforcées, en s'appuyant notamment sur le rôle du médecin traitant.

Dans ce cadre, des campagnes de visites auprès des médecins traitants sont organisées sur l'action d'arrêt du tabac pour les informer des offres d'accompagnement au sevrage tabagique qui sont développées en partenariat avec l'agence nationale de la santé publique et les sensibiliser à la prescription des traitements substitutifs nicotiques bénéficiant d'une prise en charge améliorée.

Dans le domaine de la prévention de l'obésité des enfants, une expérimentation est mise en œuvre à partir de 2016 en mettant au cœur du dispositif le médecin qui suit l'enfant en lui donnant la possibilité de prescrire un forfait de prise en charge : le suivi et l'évaluation de cette expérimentation permettront d'envisager les conditions d'une généralisation. A ce titre, les partenaires conventionnels souhaitent mettre en place une consultation spécifique pour cette prise en charge définie à l'article 28.3.1.

Des actions permettant une amélioration de l'accès à la contraception et à la contraception d'urgence des mineures d'au moins 15 ans sont également mises en place, conformément aux dispositions de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015, avec l'information des jeunes filles et des médecins concernant les évolutions réalisées en matière de secret des données de remboursement et de suppression de la participation de l'assuré pour certains actes liés à la prescription contraceptive.

Afin d'améliorer l'efficacité de ces actions, les parties signataires conviennent de décliner et d'assurer un retour d'information individuel auprès de chaque médecin traitant concernant les résultats obtenus et les pratiques observées.

L'implication du médecin traitant dans la prévention est par ailleurs reconnue et valorisée individuellement dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique définie à l'article 27 de la convention.

Sous-Titre 2. Les mesures en faveur de l'accompagnement des patients

Les parties signataires de la présente convention s'engagent à favoriser le développement des programmes d'accompagnement des patients souffrant de pathologies chroniques, dans l'objectif de prévenir les aggravations et d'améliorer la qualité de vie des patients concernés. Pour atteindre cet objectif, les programmes évoluent pour apporter un soutien aux médecins dans la prise en charge des patients.

Article 23. Programme d'accompagnement des patients ayant une maladie chronique

En France, plus de 3 millions de personnes sont diabétiques et 4 millions sont asthmatiques. La prévention du diabète, de ses complications et l'amélioration du contrôle de l'asthme représentent un enjeu majeur, à la fois sur le plan médical, la qualité de vie des patients et les dépenses de l'assurance maladie.

Article 23.1 Programme d'accompagnement sophia

Le service sophia s'adresse aujourd'hui aux patients diabétiques et asthmatiques.

L'objectif est d'accompagner les patients qui le souhaitent, pour les aider à être acteur de leur santé, à adapter leurs habitudes de vie, et ainsi mieux vivre avec la maladie et en prévenir les complications.

Le service sophia doit bénéficier à ceux qui en ont le plus besoin. Ainsi, le service s'attache à convaincre en priorité les patients qui rencontrent le plus de difficultés face à la maladie, afin de faciliter leur prise en charge par le médecin traitant. Les partenaires conventionnels conviennent de renforcer encore l'articulation avec le médecin traitant pour soutenir son action visant à améliorer la prise en charge des patients.

Ainsi, le médecin peut inciter ses patients les plus en difficulté avec leur maladie à adhérer au service sophia. La rémunération du médecin traitant est forfaitaire et annuelle, à hauteur d'une consultation (C), pour l'envoi du questionnaire médical (QM) après l'inscription d'un de ses patients au service sophia, par l'utilisation du service en ligne sur espace pro. Lorsque le renouvellement du QM est sollicité par l'Assurance Maladie, la rémunération est également d'une consultation (C) par QM envoyé. Elle s'applique de plus aux éventuels questionnaires d'évaluation du programme.

Le médecin traitant a accès sur Espace Pro à un ensemble de fonctionnalités lui permettant notamment d'avoir une information sur le suivi réalisé auprès de ses patients adhérents au service Sophia. Il pourra faire appel au service sophia en choisissant les thèmes qu'il juge prioritaires pour son patient (arrêt du tabac, incitation à l'activité physique, examens de suivi, observance, etc) afin que les infirmiers du service contactent le patient pour l'accompagner sur ce thème. Un retour d'information au médecin traitant sera systématiquement organisé.

Article 23.2 Dépistage de la rétinopathie diabétique

La rétinopathie diabétique représente l'une des causes principales de malvoyance et de cécité évitables en France. Cette complication microvasculaire oculaire, dont la prévalence augmente avec la durée du diabète peut-être dépistée par un examen régulier du fond de l'œil. Le dépistage doit permettre une prise en charge précoce des lésions rétiniennes, afin de prévenir la déficience visuelle sévère et la cécité due à la rétinopathie.

La pratique actuelle du dépistage de la rétinopathie diabétique ne permet pas d'atteindre totalement les objectifs recommandés par la HAS.

Les parties signataires conscientes de l'importance de renforcer la prévention dans ce domaine ont mis en place une nouvelle modalité de dépistage de la rétinopathie diabétique par coopération entre médecins ophtalmologistes et orthoptistes. Ce type de dépistage avec lecture différée de rétino-graphies peut également contribuer à l'optimisation des ressources médicales consacrées aux soins ophtalmologiques.

Les modalités de cette coopération sont définies en annexe 14 du présent texte.

Article 24. Extension des programmes d'accompagnement à d'autres pathologies (cardiovasculaire, BPCO)

Afin de renforcer la qualité de prise en charge des pathologies lourdes, les parties signataires souhaitent renforcer la participation des médecins aux programmes initiés par les différents régimes d'assurance maladie sur l'accompagnement des personnes souffrant de pathologies chroniques, notamment de pathologies cardiovasculaires ou neurovasculaires (facteurs de risque cardio-vasculaires, insuffisance cardiaque, accident vasculaire cérébral), ainsi que de pathologies respiratoires (asthme et broncho-pneumopathie obstructive). Ces programmes ont notamment pour objectif de favoriser l'équipement des médecins (spiromètre, appareils d'auto-mesure de la tension).

Article 25. Rôle du médecin dans les programmes d'accompagnement du retour à domicile des patients après hospitalisation

Les programmes d'accompagnement après hospitalisation visent à anticiper les besoins du patient au retour au domicile pour améliorer les conditions de prise en charge en ville et éviter les ré hospitalisations.

Le médecin traitant en lien avec les médecins correspondants concernés est un acteur clé du dispositif et est associé aux différentes étapes du programme en lien avec l'équipe soignante de l'établissement de santé selon les modalités précisées par chaque programme lors de son élaboration. L'Assurance Maladie accompagne le médecin en veillant à son information et son implication rapides pour qu'il puisse prendre en charge le patient à domicile avec les autres professionnels de santé impliqués.

Les programmes sont élaborés en lien avec les sociétés savantes et les partenaires conventionnels. Les outils d'accompagnement sont ensuite validés par la HAS.

Sous-Titre 3. La maîtrise médicalisée des dépenses de santé

Les signataires réaffirment en premier lieu leur engagement dans la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, qui s'inscrit dans un double objectif d'amélioration des pratiques et d'optimisation des dépenses dans le cadre fixé par la loi de financement de la sécurité sociale.

Cet engagement se traduit par la mise en place d'actions auprès des médecins portant sur l'amélioration de la pertinence et le bon usage des soins dans le respect des protocoles et référentiels publiés ou validés par la Haute Autorité de Santé et de leurs conditions de prise en charge élaborés par l'assurance maladie dans le cadre de l'article L. 161-39 du code de la sécurité sociale.

Ces actions portent sur la qualité de la prescription médicamenteuse en faveur notamment de la réduction des risques liés à la iatrogénie et des écarts de consommation de soins et de prestations non expliqués par l'état sanitaire des populations observées ou encore sur la promotion de la prescription dans le répertoire des génériques.

Elles visent également à optimiser des pratiques de diagnostic ou de soins, notamment par le respect de recommandations et/ou de stratégies moins onéreuses à efficacité comparable et à parvenir à une maîtrise significative de l'évolution des dépenses de remboursement de certains produits de santé et prestations notamment en matière de prescriptions de biologie, d'imagerie, de transports ou encore d'indemnités journalières.

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

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

Constatant l'efficacité des actions collectives d'accompagnement des médecins dans la mise en œuvre des priorités de santé publique et des objectifs de maîtrise médicalisée, déjà menées notamment pour le bon usage des antibiotiques, les partenaires conventionnels souhaitent les développer. A cette fin, ils proposent de faire évoluer le cadre juridique permettant l'organisation d'un dispositif spécifique d'accompagnement conventionnel des médecins dans ces domaines.

Sous-Titre 4. Compléter la rémunération pour valoriser la qualité des pratiques médicales et l'efficience

Article 26. Les trois piliers de la rémunération : acte, forfait et rémunération sur objectifs de santé publique

Les partenaires conventionnels conviennent de la nécessité de continuer à faire évoluer et à diversifier les modes de rémunération des médecins pour accompagner la meilleure structuration de l'offre de soins ambulatoire.

La refonte des forfaits existants mise en œuvre dans la présente convention permet de mieux prendre en compte dans toute sa dimension l'action des médecins dans le suivi des patients et de la patientèle et la coordination autour du patient.

Le forfait structure défini à l'article 20 valorise les nouvelles organisations et les nouvelles modalités de prise en charge des patients afin d'accompagner le développement de nouveaux services aux patients.

Les parties signataires souhaitent poursuivre cette évolution vers une rémunération mixte maintenant le caractère principal du paiement des actes cliniques ou techniques mais prenant aussi en compte les missions des médecins et leurs engagements de service, ainsi que les résultats obtenus en santé publique et en termes d'efficience du système de soins.

Dans ce cadre, elles s'accordent sur le principe d'une rémunération autour de trois piliers :

- la rémunération à l'acte, principe fondateur de l'exercice libéral ;
- la rémunération forfaitaire permettant de rémunérer certaines activités correspondant à l'engagement des professionnels dans des domaines comme le suivi au long cours des patients au-delà des actes ponctuels réalisés ou la prise en compte de nouveaux services aux patients pour une meilleure prise en charge coordonnée ;
- la rémunération, versée en fonction de l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficience destinée à se développer pour l'ensemble des spécialités et pour l'ensemble des médecins qui le souhaitent.

Article 27. Un partenariat renforcé en faveur de l'amélioration de la prise en charge des patients et de l'efficience des soins

La rémunération sur objectifs de santé publique, instaurée en 2011 par les partenaires conventionnels, a permis de valoriser la fonction de médecin traitant dans toutes les dimensions du service médical qu'elle rend au patient, à la patientèle et à la population. La valorisation a concerné la progression des pratiques vers des objectifs de santé publique concernant le suivi des pathologies chroniques, le dépistage et la prévention. L'engagement des médecins dans une démarche d'efficacité favorisant le juste soin (meilleur soin au meilleur coût) a également été encouragé.

Dans le cadre de la nouvelle convention médicale, cette dynamique doit se poursuivre. La réactivité globale du dispositif doit toutefois être améliorée pour assurer une adaptation rapide des indicateurs aux évolutions des données de la science et renforcer l'impact des objectifs fixés sur la qualité des pratiques.

Les modalités d'application du dispositif sont définies aux articles 27.1 à 27.6 et entrent en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2017. A titre provisoire les dispositions de la rémunération sur objectifs de santé publique de la convention approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 sont maintenues selon les modalités définies à l'annexe 16.

Article 27.1 Modalités d'adhésion à la rémunération sur objectifs de santé publique

La rémunération sur objectifs de santé publique concerne l'ensemble des médecins adhérant à la convention.

Toutefois, les médecins qui ne souhaitent pas bénéficier de cette rémunération complémentaire ont la possibilité de notifier leur choix par écrit à la caisse primaire dont ils relèvent, par tout moyen (courrier, courriel, etc.) comprenant un accusé de réception. Ce refus doit être notifié par les médecins dans les trois mois suivant la publication au Journal Officiel de la présente convention, ou dans les trois mois suivant leur installation pour les médecins nouvellement installés.

En cas de refus exprimé selon ces modalités, le médecin renonce à la totalité de la rémunération sur objectifs de santé publique. Par la suite, à tout moment, le médecin ayant choisi initialement de ne pas bénéficier de la rémunération sur objectifs de santé publique peut revenir sur ce choix en s'adressant par écrit à la caisse primaire d'assurance maladie dont il relève, par tout moyen (courrier, courriel, etc.) comprenant un accusé de réception.

Article 27.2 Les indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale

27.2.1 Les principes de détermination des indicateurs

Les indicateurs de qualité des pratiques, fixés en cohérence avec les priorités nationales de santé publique, sont élaborés conjointement par les parties signataires en tenant compte des avis et référentiels émis par la Haute Autorité de Santé ainsi que des recommandations internationales existantes.

Ils sont regroupés en trois grands volets (suivi des pathologies chroniques ; prévention ; efficacité) et concernent les médecins traitants, les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires et les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie.

Les indicateurs de qualité des pratiques cliniques ont été élaborés par les partenaires conventionnels de manière à répondre à un certain nombre d'enjeux, à savoir être :

- utiles : importance du problème sanitaire couvert ;
- pertinents : basés sur des recommandations, des référentiels et/ou un consensus ;
- mesurables et valides : accessibilité en routine de l'information nécessaire, mesurant bien ce qu'ils sont censés mesurer ;
- robustes statistiquement : seuil d'activité ou nombre de boîtes ou nombre de patients suffisant ;
- visant des objectifs cibles issus d'un compromis entre « l'idéal » fixé par les recommandations et les pratiques observées ;
- sans exclusion de patients : les objectifs fixés doivent prendre en compte les situations particulières.

27.2.2 Les règles de calcul des indicateurs

Les résultats correspondant à chaque indicateur de pratique clinique sont calculés à partir des bases de remboursement de l'Assurance Maladie ou, lorsqu'un tel calcul n'est pas possible, font l'objet d'une déclaration par les médecins.

Pour chaque indicateur sont définis :

- un seuil minimal, permettant de garantir une robustesse statistique suffisante : nombre minimal de patients ou quantité minimale de boîtes de médicaments remboursées. L'atteinte de ce seuil est vérifiée chaque année. Les indicateurs pour lesquels le seuil n'est pas atteint sont neutralisés pour le calcul de la rémunération de l'année concernée ;
- un taux de départ, à partir duquel est calculée la progression de chaque indicateur. Ce taux est défini au 31/12/2016 ou au 31/12 de l'année durant laquelle le seuil minimal requis pour l'indicateur est atteint. Une fois celui-ci atteint, le taux de départ est figé pour la durée de la convention ;
- un taux de suivi, correspondant au taux atteint pour l'indicateur à la fin de l'année de référence de la rémunération. Il permet, pour chaque indicateur, de mesurer la progression du médecin et de calculer la rémunération qui en découle ;
- des objectifs (objectif intermédiaire et objectif cible), définis à partir :
 - o des objectifs de santé publique, lorsque ceux-ci sont précisés par la littérature (volet prévention notamment) ;
 - o à défaut, de la distribution par déciles des médecins observée pour chaque indicateur. Dans ce cas, l'objectif intermédiaire est fixé au 7^{ème} décile (pour un indicateur croissant) ou au 3^{ème} décile (pour un indicateur décroissant) et l'objectif cible au 9^{ème} décile (pour un indicateur croissant) ou au 1^{er} décile (pour un indicateur décroissant).

Pour les indicateurs dont les résultats dépendent de données déclaratives (résultats d'exams cliniques ou paracliniques), la valorisation est conditionnée à la capacité du médecin à renseigner ces données de manière standardisée dans le dossier des patients. Les médecins s'engagent à pouvoir fournir toutes les informations de nature déclarative qui s'avèrent nécessaires aux organismes d'assurance maladie pour le calcul du montant de la rémunération sur objectifs de santé publique.

La patientèle retenue pour le calcul des indicateurs :

Pour les médecins traitants, la patientèle utilisée pour le calcul des indicateurs est dite « patientèle consommante fidèle ». Elle correspond aux bénéficiaires qui :

- ont « eu recours » à des soins (consultations, traitements, actes diagnostiques, examens etc...) remboursés lors des douze mois précédant la période de calcul,
- ont déclaré le médecin comme médecin traitant et n'en ont pas changé au cours de l'année.

Elle correspond aux patients âgés d'au moins 16 ans, affiliés au Régime Général (hors Sections Locales Mutualistes), au Régime Social des Indépendants (RSI), à la Mutualité Sociale Agricole (MSA) et aux régimes et mutuelles hébergés par le Régime Général et ayant déclaré le médecin comme médecin traitant. L'objectif est à terme d'intégrer l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire et les sections locales mutualistes. Cette patientèle est réévaluée chaque année au 31 décembre.

Pour les spécialistes en cardiologie, la patientèle prise en compte pour le calcul des indicateurs est la patientèle dite « correspondante » constituée des patients de l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire pour lesquels au moins deux actes (à l'exclusion des actes définis à l'article 2.2 de l'annexe 15 à la convention nationale) ont été réalisés par ces médecins sur les deux années civiles précédant la date de mise en œuvre du dispositif. Cette patientèle est réévaluée chaque année au 31 décembre.

Cette patientèle est actualisée chaque année.

Pour les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie, la patientèle prise en compte pour le calcul des indicateurs est la patientèle dite « correspondante » constituée des patients de l'ensemble des régimes pour lesquels au moins deux actes (à l'exclusion des actes définis à l'article 2.3' de l'annexe 15 à la convention nationale) ont été réalisés par ces médecins sur les deux années civiles précédents la date de mise en œuvre du dispositif. Cette patientèle est réévaluée chaque année au 31 décembre.

27.2.3 Dispositions spécifiques pour les médecins nouvellement installés

Les médecins éligibles à la méthode spécifique nouveaux installés sont :

- les médecins installés pour la première fois en libéral depuis moins de trois ans,
- les médecins installés en libéral depuis moins de trois ans après une interruption totale d'activité libérale d'au moins deux ans,
- les médecins collaborateurs qui n'ont pu se constituer une patientèle médecin traitant pendant leur exercice libéral en collaboration et installés dans leur propre cabinet depuis moins de trois ans.
- les médecins ayant modifié leur lieu d'exercice vers un autre département (non limitrophe du précédent)

La méthode spécifique pour les médecins nouveaux installés :

Afin de tenir compte des spécificités des médecins qui s'installent pour la première fois en libéral ou qui s'installent de nouveau en libéral, la méthode de calcul des indicateurs de pratique clinique

a été adaptée. Cette adaptation consiste à actualiser les taux de départ tous les ans pendant trois ans.

Par ailleurs, pour prendre en compte les délais de constitution d'une patientèle fidèle, une méthode spécifique permet de retenir la patientèle « consommante de l'année en cours » pour le calcul des indicateurs de pratique clinique.

Chaque année, les médecins nouveaux installés bénéficient du calcul de leurs indicateurs selon les deux méthodes (classique et spécifique). La méthode la plus avantageuse est retenue pour le calcul de la rémunération.

Enfin, les médecins nouveaux installés bénéficient également d'une majoration de la valeur du point, dégressive pendant les trois premières années d'installation. Cette majoration est de :

- 20% la première année
- 15% la deuxième année
- 5% la troisième année

Toutes les précisions concernant le calcul des indicateurs pour les médecins nouveaux installés sont indiquées en annexe 15 de la convention.

27.2.4 Tableaux des indicateurs de pratique clinique

❖ Indicateurs de pratique clinique des médecins traitants

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année	86%	≥ 93%	10 patients	30
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans	69%	≥ 77%	10 patients	30
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	39%	≥ 61%	10 patients	30
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le MT ou d'une	80%	≥ 95%	10 patients	20

		consultation de podologie dans l'année				
	HTA	Part des patients MT traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	6%	$\geq 14\%$	10 patients	30
	Risque CV	Part des patients MT dont le risque cardio-vasculaire a été évalué par SCORE (ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines	80%	$\geq 95\%$	10 patients	20
		Part des patients MT présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2	51%	$\geq 61\%$	5 patients	30
		Part des patients MT traités par AVK ayant bénéficié d'au moins 10 dosages de l'INR dans l'année	88%	$\geq 95\%$	5 patients	30
Total						220
Prévention	Grippe	Part des patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	58%	$\geq 75\%$	10 patients	20
		Part des patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés	38%	$\geq 75\%$	10 patients	20
	Dépistage des cancers	Part des patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	71%	$\geq 80\%$	20 patientes	40
		Part des patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	62%	$\geq 80\%$	20 patientes	40
		Part des patients MT de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage	40%	$\geq 70\%$	20 patients	55

		du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années				
	Iatrogénie	Part des patients MT > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant plus de 2 psychotropes prescrits	4%	0%	10 patients	35
		Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est > à 4 semaines	33%	≤ 24%	5 patients	35
		Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est > à 12 semaines	11%	≤ 7%	5 patients	35
	Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	25	14	20 patients	35
		Part des patients MT traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3 ^e et 4 ^e génération; fluoroquinolones).	36%	≤ 27%	10 patients	35
	Conduites addictives	Part des patients MT tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	60%	≥ 75%	10 patients	20
		Part des patients MT alcooliques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	60%	≥ 75%	10 patients	20
Total						390
Efficience	Prescription dans le répertoire	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	92%	≥ 97%	30 boîtes	50
		Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	89%	≥ 92%	130 boîtes	45

		Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques	71%	≥ 94%	20 boîtes	30
		Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques	62%	≥ 86%	20 boîtes	30
		Indice global de prescription dans le reste du répertoire-	Non testé			10
	Prescription de biosimilaires	Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	15%	≥ 20%	20 boîtes	30
	Efficience des prescriptions	Part des patients MT traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires	90%	≥ 94%	10 patients	45
		Part des patients MT diabétiques traités par metformine	87%	≥ 93%	10 patients	45
		Part des patients MT ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH	97%	≥ 99%	10 patients	45
Total						330

Par ailleurs, des indicateurs concernant l'efficience des prescriptions notamment en matière de transports, biologie, imagerie ou reprise d'activité pourront être élaborés par les partenaires conventionnels pour une valorisation complémentaire maximale de 60 points.

- ❖ Indicateurs de pratique clinique des médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	<i>Améliorer le traitement post IDM</i>	Part des patients avec antécédent d'IDM dans les 2 ans précédents, traités par bêtabloquants, statines, AAP et IEC ou sartans	70%	≥ 81%	5 patients	30
	<i>Améliorer la prise en charge médicamenteuse de l'IC en s'assurant qu'un bêtabloquant est</i>	Part des patients atteints d'IC traités par bêtabloquants et IEC ou sartans	72%	≥ 81%	5 patients	35

	<i>prescrit</i>					
Prévention	<i>Améliorer la prise en charge médicamenteuse de l'HTA en s'assurant qu'un diurétique est prescrit dans la trithérapie lorsqu'elle est indiquée</i>	Part des patients sous trithérapie anti hypertensive dont un diurétique	74%	≥ 81%	10 patients	30
	<i>Améliorer la surveillance biologique des patients sous trithérapie anti hypertensive en s'assurant qu'au moins un dosage annuel de la créatininémie et de la kaliémie est réalisé</i>	Part des patients sous trithérapie anti hypertensive ayant bénéficié d'au moins un dosage de la créatininémie et du potassium dans l'année	92%	≥ 96%	10 patients	30
	<i>Augmenter l'utilisation de la MAPA ou de l'auto mesure dans la prise en charge de l'HTA</i>	Part des patients avec au moins une MAPA ou auto mesure de la PA	60%	≥ 75%	20 patients	30
	<i>Limiter les traitements par clopidrogel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N-2</i>	Part des patients traités par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N et traités l'année N-2	65%	≤ 56%	5 patients	35
	<i>Obtenir un taux de LDL cholestérol inférieur à 1g/l chez les patients de moins de 85 ans en post IDM</i>	Part des patients de moins de 85 ans en post IDM ayant un taux de LDL cholestérol inférieur à 1g/l	65%	≥ 80%	5 patients	30
Efficienc	<i>Augmenter la proportion d'antihypertenseurs prescrits dans le répertoire des génériques</i>	Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	89%	≥ 93%	20 boîtes	60
	<i>Augmenter la proportion de statines prescrites dans le répertoire des génériques</i>	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	75%	≥ 85%	20 boîtes	60
Total						340

❖ Indicateurs de pratique clinique des médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Améliorer la surveillance par imagerie des patients opérés d'un cancer colorectal	Part des patients ayant eu, au moins une fois tous les 6 mois, un acte d'imagerie la première année post chirurgicale pour CCR	82%	≥ 92%	5 patients	30
	Améliorer la surveillance par dosage biologique (ACE) des patients opérés d'un cancer colorectal	Part des patients ayant eu, au moins une fois tous les 3 mois, un dosage de l'ACE la première année post chirurgicale pour CCR	33%	≥ 50%	5 patients	30
	Améliorer le suivi biologique (protéinurie) des patients atteints de maladie inflammatoire chronique (MICI) traités par 5-ASA	Part des patients atteints de MICI, traités par 5-ASA au long cours, ayant bénéficié d'au moins un dosage par an de la protéinurie	53%	≥ 71%	10 patients	30
	Améliorer le suivi biologique (NFS-plaquettes) des patients atteints de LICI traités par Azathioprine	Part des patients atteints de MICI, traités par Azathioprine au long cours, ayant bénéficié d'au moins 3 dosages par an de NFS et plaquettes	82%	≥ 92%	5 patients	30
Prévention	Améliorer la surveillance par coloscopie des patients après exérèse ou mucosectomie de un ou plusieurs polypes par coloscopie totale	Part des patients ayant eu une coloscopie totale avec polypectomie ou mucosectomie réalisée en année N/N-1/N-2 parmi les patients ayant eu une coloscopie (partielle ou totale, avec ou sans geste thérapeutique) en année N	1,6%	≤0,7 %	20 patients	80
	Améliorer le contrôle par test respiratoire à l'urée marquée (TRU) après traitement d'éradication	Part des patients avec contrôle par TRU parmi les patients traités pour éradication d'HP	67%	≥77%	5 patients	35

	d'Helicabacter Pylori (HP)					
	Qualité de la coloscopie totale réalisée après test positif de recherche de sang occulte dans les selles (réalisé dans le cadre du dépistage organisé)	Part des patients avec détection d'un adénome parmi les patients ayant eu une coloscopie totale pour un test de recherche de sang positif	30%	≥ 50%	10 patients	35
Efficienc	Transmission par le GE au médecin traitant des résultats et du délai de contrôle coloscopique après polypectomie par coloscopie	Part des patients ayant eu une polypectomie par coloscopie pour lesquels il y a eu transmission au MT des résultats et du délai de contrôle coloscopique	85%	≥ 95%	20 patients	30
Total						300

Article 27.3 Les modalités de calcul de la rémunération

Le dispositif de rémunération est fondé sur un système de points attribués de manière différenciée à chaque indicateur.

L'ensemble du dispositif représente un total de 1 000 points (dont 60 pour des indicateurs complémentaires d'efficienc à définir) pour les médecins traitants, 340 points pour les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires et 300 points pour les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie.

Chaque indicateur est indépendant des autres.

Pour chaque indicateur le nombre de points défini dans le tableau ci-dessus correspond à un taux de réalisation de 100 % de l'objectif cible.

Le nombre de points attribués au médecin est défini pour une patientèle moyenne de 800 patients pour un médecin traitant ou un médecin spécialiste en cardiologie et maladies vasculaires et pour une patientèle moyenne de 1100 patients pour un spécialiste en gastro-entérologie et hépatologie. Une pondération en fonction du volume de la patientèle réelle est ensuite appliquée.

Pour les médecins traitants, la patientèle retenue pour le calcul de la rémunération comprend tous les patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant dans l'année de référence quel que soit leur régime d'affiliation (patientèle médecin traitant inter régime déclarante –PMTIR).

Pour les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires et en gastro-entérologie et hépatologie, la pondération s'effectue au regard de la patientèle correspondante calculée.

Le nombre de patients entrant dans le calcul de la rémunération est comptabilisé au 31/12 de chaque année.

La valeur du point est fixée à 7 €.

Le détail du mode de calcul des taux de réalisation des indicateurs est présenté en annexe 15 de la présente convention.

Article 27.4 Le suivi du dispositif

Les Commissions paritaires nationale, régionales et locales assurent régulièrement le suivi du dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique.

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

A partir de l'entrée en vigueur du dispositif, et lors de l'installation des médecins, la caisse met à disposition de chaque médecin une analyse de ses indicateurs.

Elle lui fournit, au moins chaque trimestre, les données nécessaires au suivi de ses indicateurs, lui indique les indicateurs qui ont été neutralisés et les évolutions prévues par les articles 27.5.

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

Une clause de sauvegarde est mise en œuvre la première année de la convention : au vu du bilan du dispositif rénové de rémunération sur objectifs de santé publique versée au titre de 2017, présenté en CPN, si le montant global de la rémunération versée au titre des indicateurs de la qualité de la pratique médicale est inférieur de plus de 10% au montant versé au titre de l'année 2016, le différentiel entre le montant global de 2016 et celui de 2017 donne lieu à un versement complémentaire aux médecins sous forme de majoration de sa rémunération versée au titre des objectifs de santé publique de 2017.

Article 27.5 Les modalités de révision du dispositif

Les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité de définir des règles de gestion permettant une meilleure réactivité globale du dispositif de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) avec la possibilité d'une adaptation rapide des indicateurs aux données de la science permettant de renforcer leur impact sur la qualité des pratiques et l'efficacité des soins.

27.5.1 Neutralisation d'un indicateur

Certains objectifs poursuivis par le dispositif de la ROSP et définis à la date de signature de la présente convention peuvent perdre leur légitimité au cours de cette dernière, notamment lorsque l'objet même de l'indicateur devient sans objet, par exemple pour les indicateurs du volet efficacité lorsque l'ensemble des spécialités pharmaceutiques de la classe thérapeutique concernées par un indicateur sont inscrites dans le répertoire des génériques.

Dans ces cas, les indicateurs correspondants peuvent être neutralisés.

Procédure de neutralisation

Chaque fois qu'il constate qu'un indicateur doit être neutralisé au titre de l'un des motifs exposés dans le présent article, le Directeur Général de l'UNCAM consulte la Commission Paritaire Nationale (CPN) définie à l'article 82 en précisant les raisons pour lesquelles l'indicateur doit être neutralisé.

Afin de respecter l'équilibre général du dispositif, les points attribués à l'indicateur neutralisé sont répartis sur les autres indicateurs existants dans le même volet de la ROSP (suivi des pathologies chroniques ou prévention ou efficacité). Cette répartition s'effectue au prorata du poids respectif de chacun des indicateurs du volet concerné. Elle ne s'applique, pour le calcul des rémunérations, qu'à partir du 1^{er} janvier de l'année suivant le constat de la neutralisation du ou des indicateurs acté en CPN.

Les médecins sont informés de la neutralisation d'un indicateur selon les modalités définies à l'article.

27.5.2 Evolutions du dispositif de la ROSP

Afin de permettre une meilleure réactivité globale du dispositif, les partenaires conventionnels souhaitent pouvoir réviser les indicateurs de la ROSP au cours de la durée de la convention sans avoir nécessairement besoin de recourir à un avenant à la convention.

La mise en place de règles permettant une révision du dispositif par accord des partenaires conventionnels sans recours à un avenant suppose une modification préalable des articles du code de la sécurité sociale relatifs à la compétence des partenaires conventionnels et du Directeur Général de l'UNCAM.

Les parties signataires s'accordent sur la procédure décrite au présent article qui s'appliquera sous réserve de l'entrée en vigueur des modifications législatives nécessaires à sa mise en œuvre.

La présente procédure s'applique dans trois situations :

- l'évolution d'un indicateur existant
- le retrait d'un indicateur
- l'introduction d'un nouvel indicateur

Evolution d'un indicateur

Il s'agit des cas où les partenaires conventionnels souhaitent faire évoluer les paramètres d'un indicateur (définition, seuil, objectif intermédiaire, objectif cible ou nombre de points) pour différents motifs et notamment en raison d'une évolution de ces paramètres rendue nécessaire par une modification de la recommandation ou de l'avis fondant l'indicateur (HAS, ANSM...)

Retrait d'un indicateur

Les partenaires conventionnels peuvent estimer qu'un indicateur initialement retenu est devenu moins pertinent et qu'il convient de le retirer.

Introduction d'un nouvel indicateur

Enfin, les parties signataires peuvent souhaiter inscrire un nouvel indicateur au regard par exemple de la publication d'une nouvelle recommandation de l'HAS. Ils ont par ailleurs prévu

d'introduire des nouveaux indicateurs sur l'efficacité des prescriptions des médecins traitants dans les conditions définies à l'article 27.2.4.

Procédure

Le Directeur Général de l'UNCAM peut proposer aux membres de la CPN de faire évoluer les paramètres d'un indicateur, de retirer un indicateur ou d'introduire un nouvel indicateur.

Dans le cas où l'évolution des paramètres d'un indicateur est rendue nécessaire du fait de la modification de la recommandation ou de l'avis de la HAS ou de l'ANSM qui fonde l'indicateur, la CPN est obligatoirement saisie.

Toute décision d'évolution des paramètres d'un indicateur, de retrait d'un indicateur ou d'ajout d'un nouvel indicateur est prise par la CPN à la majorité des deux-tiers par dérogation aux dispositions de l'article 2.2 du règlement intérieur des commissions défini à l'article 24 de la convention.

Les modifications ainsi adoptées par la CPN font l'objet d'une décision du Directeur Général de l'UNCAM, sur mandat du collège des directeurs, publiée au Journal Officiel.

Les partenaires conventionnels conviennent que la mise en œuvre de cette procédure d'évolution du dispositif ne peut conduire à augmenter de plus de 20 % le nombre de points total défini à l'article 26-3.

Article 27.6 L'extension de la ROSP à d'autres spécialités

27.6.1 L'adaptation du dispositif pour les autres spécialités médicales

Les partenaires conventionnels conviennent de l'importance de valoriser la qualité des pratiques médicales pour l'ensemble des spécialités. Dans ce contexte, ils s'accordent sur la nécessité de poursuivre leurs travaux concernant la ROSP des médecins spécialistes correspondants en tenant compte de critères qui leur sont spécifiques. .

Les indicateurs de pratique clinique ainsi définis devront respecter les critères précisés au 27.2.1 et :

- être représentatifs d'une activité de second recours, telle que définie par l'article L.4130-2 du code de la santé publique, notamment pour « compléter la prise en charge du patient par la réalisation d'une analyse diagnostique et thérapeutique d'expertise, la mise en œuvre du traitement approprié ainsi que le suivi des patients, selon des modalités propres aux compétences de chaque discipline » ;
- concerner suffisamment de professionnels de la spécialité concernée.
-

Dans un premier temps, ils s'accordent pour définir une ROSP des endocrinologues qui fera l'objet d'un avenant intervenant au plus tard le 31/12/2016.

27.6.2 Le médecin traitant de l'enfant

Dans le contexte des modifications de l'article L.162-5-3 du code de la sécurité sociale introduites par la loi de modernisation de notre système de santé instaurant le médecin traitant des patients de moins de 16 ans, les partenaires conventionnels s'accordent sur l'importance d'introduire dans la

convention des indicateurs de qualité des pratiques cliniques concernant la prise en charge des enfants.

Ces indicateurs, spécifiques, pourront porter notamment sur les thèmes suivants :

- repérage du risque d'obésité ;
- vaccinations ;
- lutte contre l'antibiorésistance ;
- prise en charge de l'asthme.

Ils seront précisés à l'issue de travaux mis en place par les partenaires conventionnels dès l'automne 2016 et feront l'objet d'un avenant intervenant au plus tard le 31/12/2016.

Article 28. Valorisation des activités cliniques

Les partenaires conventionnels partagent la volonté de mieux valoriser l'activité clinique des médecins en veillant au respect de l'équité tarifaire entre les différentes spécialités médicales.

Dans ce but, les partenaires conventionnels conviennent de :

1. mieux identifier les situations cliniques et leurs implications en termes de prise en charge et de parcours des patients ;
2. favoriser l'intervention ambulatoire coordonnée des médecins de premier et second recours autour des patients qui le nécessitent, notamment lorsqu'une prise en charge rapide en ville permet d'éviter l'hospitalisation ;
3. mettre en place des consultations différenciées en fonction de leur niveau de complexité ou de leur enjeu en termes de santé publique.

A ce titre, ils s'entendent sur un regroupement des consultations en quatre grands ensembles correspondant à des situations cliniques ou des modalités de prise en charge de niveau de complexité croissant.

La mise en œuvre d'un certain nombre de mesures figurant aux articles 28. 1 et suivants est conditionnée par la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article 28.1 La consultation de référence

Acte de référence de la nomenclature clinique, cette situation correspond à la consultation habituelle du médecin définie dans la liste des actes et prestations prévue à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale dans les situations suivantes :

- suivi de pathologies chroniques stables ;
- prise en charge de pathologies aiguës ne présentant pas de critère de sévérité ;
- recours non liés au traitement d'une affection évolutive.

Elle correspond également aux niveaux CCMU 1 et 2 du médecin urgentiste exerçant dans un service d'urgence privé autorisé par l'ARS.

Afin de permettre aux médecins généralistes et médecins à expertise particulière (MEP) de secteur 1 et secteur 2 adhérant aux dispositifs de pratique à tarifs maîtrisés, définis aux article 40 et suivant, de bénéficier d'une valeur de la consultation équivalente à celle des autres spécialistes, qui peuvent facturer la MPC, une majoration équivalente, applicable à la consultation de référence est créée.

Cette majoration, dénommée Majoration pour les médecins généralistes (MMG), est mise en place avec une valeur de 1 euro au 1^{er} avril 2017 et de 2 euros au 1^{er} décembre 2017.

Un code spécifique sera créé afin de simplifier la facturation par les médecins (facturation unique sur le poste de travail sans recours à la cotation directe de la majoration créée).

La consultation des psychiatres, neuropsychiatres et neurologues (CNPSY) est portée de 37 euros à 38 euros au 1^{er} avril 2017 et à 39 euros au 1^{er} décembre 2017.

Article 28.2 Les consultations coordonnées

Ces consultations s'inscrivent dans cadre du parcours de soins établi entre le médecin traitant et le médecin correspondant, hors situation complexe.

28.2.1 Les consultations coordonnées et de suivi par le médecin correspondant réalisées dans le cadre du parcours de soin, avec retour d'information vers le médecin traitant

Pour ces consultations, la valeur de la MCS (majoration de coordination du médecin correspondant pour le retour d'information vers le médecin traitant) et celle de la MCG (majoration de coordination du médecin généraliste pour le retour d'information vers le médecin traitant) sont portées de 3 à 5 euros, selon le calendrier suivant : 4 euros au 1^{er} avril 2017 et à 5 euros au 1^{er} décembre 2017, conformément aux dispositions prévues à l'annexe 11.

28.2.2 Les consultations de suivi de l'enfant de moins de 6 ans pour les médecins généralistes et les pédiatres

Les partenaires conventionnels proposent la création d'une majoration unique pour la prise en charge des enfants de 0 à 6 ans par le médecin généraliste, Majoration Enfant pour les médecins Généralistes (MEG), d'une valeur de 5 euros, applicable quel que soit le secteur d'exercice du médecin, qui permettrait de rémunérer les consultations réalisées pour ces enfants à hauteur de 30 euros, au 1^{er} avril 2017. Cette majoration se substituerait aux majorations MNO et MGE.

Pour les pédiatres, ils proposent la création d'une, majoration spécifique, Nouveau Forfait Pédiatrique - (NFP), applicable quel que soit le secteur d'exercice du médecin avec une valeur de 5 euros, au 1^{er} avril 2017, afin de valoriser la consultation, pour les nourrissons de 0 à 2 ans.

Pour les pédiatres de secteur 1 et de secteur 2 adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants, ils proposent la création d'une majoration

spécifique, Nouveau Forfait Enfant - (NFE) d'une valeur de 5 euros, au 1^{er} avril 2017, afin de valoriser les consultations pour les enfants de 2 à 6 ans et pour les consultations des enfants de 6 à 16 ans qui ne sont pas adressés par le médecin traitant.

Pour les pédiatres de secteur 1 et de secteur 2 adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants, ils proposent la création d'une majoration spécifique, Majoration Enfants pour le médecin Pédiatre (MEP), d'une valeur de 4 euros, au 1^{er} avril 2017, qui serait cumulable avec les majorations (NFP) et (NFE), pour les consultations des enfants de 0 à 6 ans.

Ces trois majorations ne seraient pas cumulables avec la MCS et la MPC.

Ces nouvelles majorations remplaceraient les majorations FPE, MNP, MPE.

28.2.3 Les consultations correspondant au niveau CCMU 3 du médecin urgentiste exerçant dans un service d'urgence privé autorisé par l'ARS :

Les partenaires conventionnels proposent également la création d'une consultation dénommée U03 pour valoriser la consultation de niveau CCMU 3 réalisée par un médecin urgentiste exerçant dans un service d'urgence privé autorisé par l'ARS, à tarif opposable et d'une valeur de 30 euros, au 1^{er} avril 2017.

28.2.4 Les consultations réalisées par un médecin correspondant pour un patient adressé par son médecin traitant pour une prise en charge dans les 48 heures :

En complément de la consultation coordonnée et de suivi par le médecin correspondant dans le parcours de soins avec retour d'information vers le médecin traitant, les partenaires conventionnels, soucieux de réduire des hospitalisations évitables, souhaitent valoriser l'orientation par le médecin traitant et la prise en charge du patient dans les plus brefs délais par un médecin correspondant.

La prise en charge par le médecin correspondant sollicité doit intervenir dans les 48 heures suivant l'adressage par le médecin traitant.

La consultation du médecin traitant adressant ainsi le patient à un autre spécialiste est valorisée par la création d'une majoration spécifique, dénommée MUT (Majoration médecin Traitant Urgence), d'un montant de 5 euros, au 1^{er} avril 2017.

La consultation réalisée sous 48 heures par le médecin correspondant sollicité par le médecin traitant, est valorisée par la création d'une majoration spécifique, dénommée MCU (Majoration Correspondant Urgence), d'un montant de 15 €, au 1^{er} avril 2017. Cette majoration ne s'applique pas aux psychiatres qui bénéficient d'une majoration spécifique.

Ces majorations ne sont pas cumulables avec les autres majorations applicables dans le cadre de la permanence des soins.

Ces majorations peuvent être facturées uniquement en cas de respect des tarifs opposables.

28.2.5 Les consultations réalisées en urgence par le médecin traitant en réponse à une demande du centre de régulation des appels dans le cadre de l'aide médicale urgente (centre 15)

Au regard des difficultés rencontrées par les médecins lorsqu'ils sont sollicités pour une prise en charge en urgence, est créée également une majoration d'un montant de 15euros dénommée MRT (majoration médecin traitant régulation) valorisant la consultation réalisée en urgence par le médecin traitant, quel que soit son secteur d'exercice, pour l'un de ses patients à la demande du centre de régulation médicale des urgences (centre15) pendant les horaires habituels de ses consultations. Le médecin doit pouvoir attester d'avoir été appelé par la régulation médicale.

Cette majoration peut être facturée uniquement en cas de respect des tarifs opposables.

Cette majoration n'est pas cumulable avec les autres majorations qui peuvent exister dans le cadre de la permanence des soins

Les partenaires conventionnels conviennent d'examiner les conditions d'une ouverture aux prises en charge en urgence après une régulation médicale validée par les instances conventionnelles locales et fondée sur une organisation territoriale mise en place dans le cadre d'un projet de santé et répondant à un cahier des charges validés par l'ARS.

Article 28.3 Les consultations complexes

Ces consultations correspondent à la prise en charge, dans le cadre de parcours de soins, de patients présentant une pathologie complexe ou instable ou à des situations cliniques comprenant un fort enjeu de santé publique (dépistage, prévention...).

Afin de mieux répondre à cette complexité et/ou à ces enjeux, les partenaires conventionnels proposent l'inscription dans la liste des actes et prestations définie à l'article L. 162-1-7 du code de nouvelles consultations ou la revalorisation de consultations déjà existantes couvrant les situations suivantes.

28.3.1 Consultations à fort enjeu de santé publique :

Afin de répondre à certains enjeux de santé publique, les partenaires conventionnels souhaiteraient que soient créées ou mieux valorisées :

- ✓ la première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans, dénommée CCP (Consultation de Contraception et Prévention), réalisée à tarif opposable par le médecin généraliste, le

gynécologue ou le pédiatre qui serait valorisée à hauteur de 46 euros, au 1^{er} avril 2017 ; cette consultation serait prise en charge à 100 %.

- ✓ une consultation de suivi et coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité, dénommée CSO (Consultation Suivi de l'Obésité), réalisée à tarif opposable par le médecin traitant de l'enfant qui serait valorisée à hauteur de 46 euros, au 1^{er} avril 2017 ; cette consultation peut être facturée au maximum deux fois par an ;
- ✓ certaines consultations du nourrisson :
 - consultations pour les 3 examens obligatoires de l'enfant donnant lieu à certificat (8^{ème} jour, 9^{ème} mois ou 10^{ème} mois et 24^{ème} ou 25^{ème} mois), dénommée COE (Consultation Obligatoire de l'Enfant), réalisés à tarif opposable par un médecin (généraliste ou pédiatre) qui serait valorisée à hauteur de 46 euros. Dans ce cadre la majoration MBB serait supprimée.
 - consultation réalisée pour un nouveau-né nécessitant un suivi spécifique entre le jour de sortie de la maternité et le 28^{ème} jour de vie, par un pédiatre. Cette consultation dénommée CSM (Consultation de Sortie Maternité), réalisée à tarif opposable, serait valorisée à hauteur de 46 euros, au 1^{er} avril 2017.

28.3.2 Consultation de prise en charge, dans le cadre de parcours de soins, de patients présentant une pathologie complexe ou instable

Les partenaires conventionnels conviennent également de la nécessité de mieux valoriser la prise en charge des situations cliniques complexes suivantes, réalisées dans le cadre du parcours de soins et entendent favoriser la création des consultations suivantes :

- ✓ consultation spécifique de prise en charge d'une pathologie endocrinienne de la grossesse (diabète, hyperthyroïdie...) réalisée à tarif opposable par un endocrinologue ou un gynécologue qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 16 euros dénommée PEG (Pathologie Endocrinienne de la Grossesse), dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur 1 et de secteur 2 adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants, avec un maximum de 4 consultations par grossesse ;
- ✓ première consultation spécifique de prise en charge d'un trouble grave du comportement alimentaire (anorexie mentale, obésité morbide) réalisée par un endocrinologue ou, pour l'anorexie mentale, par un pédiatre, qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 16 euros dénommée TCA (Trouble du Comportement Alimentaire), dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur 1 et de secteur 2 adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants ;
- ✓ consultation spécifique de prise en charge coordonnée des patients cérébro-lésés ou traumatisés médullaires, réalisée par le neurologue ou le médecin de médecine physique et

réadaptation (MPR) qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 16 euros dénommée PCT (Patients Cérébrolésés ou Traumatisés) dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur 1 et de secteur 2 adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants, avec un maximum de 4 consultations par an.

- ✓ consultation spécifique de prise en charge coordonnée des patients présentant des séquelles lourdes d'AVC, réalisée par le neurologue ou le médecin MPR, qui serait valorisée, par l'application d'une majoration de 16 euros dénommée SLA (Séquelles Lourds AVC) dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur 1 et de secteur 2 adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants, avec un maximum de 4 consultations par an.
- ✓ première consultation spécifique de prise en charge de scoliose grave évolutive de l'enfant ou de l'adolescent, par le rhumatologue, le médecin MPR ou le chirurgien, qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 16 euros dénommée SGE (Scoliose Grave de l'Enfant) dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur 1 et de secteur 2 adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants ;
- ✓ consultation spécifique de prise en charge d'un patient atteint de sclérose en plaques, de maladie de Parkinson ou d'épilepsie instable, en cas d'épisode aiguë ou de complication, par un neurologue qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 16 euros dénommée PPN (Prise en charge Pathologies Neurologiques), dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur 1 et de secteur 2 adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants ; cette consultation serait facturable une fois par an ou en cas d'aggravation ou d'épisode aiguë.
- ✓ consultation spécifique d'un patient pour la prise en charge d'un asthme déstabilisé par un pneumologue qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 16 euros dénommée PAD (Prise en charge Asthme Déstabilisé), dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur 1 et de secteur 2 adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants ; cette consultation serait facturable une fois par an ou en cas de décompensation.
- ✓ consultation spécifique de prise en charge d'un patient atteint de polyarthrite rhumatoïde évolutive, en cas d'épisode aiguë ou de complication, par un rhumatologue qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 16 euros dénommée PPR (Prise en charge Polyarthrite Rhumatoïde) dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur 1 et de secteur 2 adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants ; cette consultation serait facturable une fois par an ou en cas d'aggravation ou d'épisode aiguë.

Ils proposent également la création des consultations spécifiques suivantes :

- ✓ Consultation annuelle pour le suivi de second recours réalisé à tarif opposable pour les enfants de moins de 7 ans, nés prématurés de 32 semaines d'aménorrhées (SA) plus 6 jours à 36 SA, par un pédiatre, qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 16 euros dénommée MSP (Majoration Suivi Prématurés) dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur 1 et de secteur 2 adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants;
- ✓ première consultation de prise en charge d'un couple dans le cadre de la stérilité, réalisée par un gynécologue, qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 16 euros dénommée MPS (Majoration pour Prise en charge de la Stérilité) dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur 1 et de secteur 2 adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants.

28.3.3 Les consultations correspondant au niveau CCMU 4 et 5 du médecin urgentiste exerçant dans un service d'urgence privé autorisé par l'ARS

Les parties signataires souhaitent également que soit créée une consultation dénommée U45 pour valoriser les interventions de niveau CCMU 4 et 5 réalisées par un médecin urgentiste exerçant dans un service d'urgence privé autorisé par l'ARS, à tarif opposable et qui serait valorisée à 46 euros.

28.3.4 Revalorisation de certaines consultations complexes de la NGAP

Les partenaires conventionnels proposent également la revalorisation des consultations suivantes :

- ✓ Consultation pour la prescription de certains types d'appareillage de première mise réalisée par le médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation, qui serait valorisée à 46 euros. La majoration MTA serait alors portée à 23 euros.
- ✓ Consultation pour diabète compliqué insulino dépendant ou insulino requérant ou première consultation pour endocrinopathie complexe réalisée par l'endocrinologue ou le médecin spécialiste en médecine interne disposant d'une compétence en diabétologie, qui serait valorisée à 46 euros. La majoration MCE serait alors portée à 16 euros.

Les partenaires conventionnels proposent également la création des consultations suivantes :

- ✓ Première consultation spécifique de prise en charge d'une tuberculose, réalisée par un pneumologue, qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 16 euros, dénommée PCT (Première Consultation Tuberculose), dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur 1 et de secteur 2 adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivant
- ✓ Consultation spécifique pour initier la prise en charge d'un patient atteint d'une maladie auto-immune avec atteinte viscérale ou d'une vascularite systémique, par un rhumatologue, un dermatologue ou par un médecin spécialiste en médecine interne, qui serait par l'application d'une majoration de 16 euros dénommée MAV (Maladie

Atteinte Viscérale) dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur 1 et de secteur 2 adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants

- ✓ Première consultation spécifique de prise en charge pour un patient atteint de thrombophilie grave héréditaire, par un médecin vasculaire, qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 16 euros, dénommée PTG (Première consultation Thrombophilie Grave), dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur 1 et de secteur 2 adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants
- ✓ Consultation spécifique de prise en charge d'un enfant atteint d'une pathologie oculaire grave (glaucome congénital, cataracte congénitale, dystrophie rétinienne, nystagmus avec malvoyance, strabisme complexe, rétinopathie des prématurés) ou d'une pathologie générale avec déficience grave (déficience neurosensorielle sévère, autisme, retard mental, grand-prématuré), par un ophtalmologue qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 16 euros, dénommée POG (Pathologie Oculaire Grave), dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur 1 et de secteur 2 adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants
- ✓ Première consultation spécifique pour initier un traitement complexe en cas de fibrose pulmonaire ou de mycose pulmonaire par un pneumologue qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 16 euros, dénommée FMP (Fibrose Mycose Pulmonaire), dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur 1 et de secteur 2 adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants

L'ensemble de ces valorisations seraient mises en œuvre au 1er avril 2017.

28.3.5 Valorisation de l'avis ponctuel de consultant

L'avis ponctuel de consultant effectué par le médecin spécialiste à la demande explicite du médecin traitant est facturé dans les conditions définies à l'article 18 des dispositions générales de la NGAP.

- Sa valeur est portée de 46 euros à 48 euros.
- Sa valeur est portée de 57,50 euros à 59,50 euros pour l'avis de consultant réalisé par un psychiatre, neuropsychiatre ou un neurologue. .
- Sa valeur est portée de 69 euros à 71 euros pour l'avis de consultant réalisé par les professeurs des universités-praticiens hospitaliers.

Ces revalorisations seraient effectuées selon le calendrier suivant : 1 euro de plus au 1^{er} avril 2017 et 1 euro supplémentaire au 1^{er} décembre 2017.

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

Article 28.4 Les consultations très complexes

Les partenaires conventionnels s'accordent sur le fait que ces consultations correspondent à une prise en charge particulièrement difficile et complexe. Elles ne recouvrent qu'un nombre limité et défini de situations cliniques et de prises en charge.

Dans ce cadre, ils proposent la création de différentes consultations :

- ✓ consultation initiale d'information du patient et de mise en place d'une stratégie thérapeutique pour les patients atteints de cancer ou de pathologie neurologique grave ou neurodégénérative, réalisée par le médecin, qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 30 euros, dénommée (XXX), dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur 1 et de secteur 2 adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants,
- ✓ consultation initiale d'information et organisation de la prise en charge en cas d'infection par le VIH, qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 30 euros, dénommée PIV (Prise en charge Infection VIH), dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur 1 et de secteur 2 adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants,
- ✓ consultation initiale d'information et organisation de la prise en charge pour le suivi d'un patient porteur de spondylarthrite ankylosante chez qui a été institué un traitement par biothérapie (anti- anti-TNFalpha), réalisé par le rhumatologue, qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 30 euros, dénommée PSA (Prise en charge Spondylarthrite Ankylosante), dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur 1 et de secteur 2 adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants,
- ✓ consultation de synthèse d'un patient en insuffisance rénale chronique terminale dans le cadre de la mise en route d'un dossier de greffe rénale, réalisée par le néphrologue, qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 30 euros , dénommée IGR (Insuffisance Greffe Rénale) dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur 1 et de secteur 2 adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants,
- ✓ consultation initiale d'information des parents et organisation de la prise en charge réalisée par le gynécologue-obstétricien, en cas de malformation congénitale ou de maladie grave du fœtus, diagnostiquée en anté-natal, qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 30 euros, dénommée MGC (Malformation Grave Congénitale), dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur 1 et de secteur 2 adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants,
- ✓ consultation initiale d'information des parents et organisation de la prise en charge réalisée par le chirurgien pédiatrique, en cas de malformation congénitale grave nécessitant une prise en charge chirurgicale, qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 30

euros, dénommée CPM (Consultation Pédiatrique Malformation), dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur 1 et de secteur 2 adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants,

- ✓ consultation de suivi de l'enfant présentant une pathologie chronique grave ou un handicap neuro-sensoriel sévère nécessitant un suivi régulier réalisée par un pédiatre à tarif opposable qui serait valorisée à hauteur de 60 Euros, dénommée EPH (Enfant Pathologie handicap). Cette consultation pourrait être facturée une fois par trimestre,
- ✓ consultation de suivi des enfants de moins de 7 ans, nés grands prématurés de moins de 32 SA plus 6 jours, ou atteints d'une pathologie congénitale grave, réalisée à tarif opposable par un pédiatre, qui serait valorisée à hauteur de 60 Euros, dénommée CGP ou MGP (Consultation ou M Grand Prématurés. Cette consultation très complexe pourra être facturée 2 fois par an.

Les partenaires conventionnels proposent d'intégrer dans cette catégorie de prise en charge très complexe la visite longue du médecin traitant des patients atteints de pathologie neuro-dégénérative (VL). Ils proposent ainsi d'élargir sa définition et de simplifier sa rédaction.

- ✓ visite longue (VL) réalisée au domicile du patient par le médecin traitant pour les patients atteints de pathologies graves responsables de handicap sévère moteur et / ou intellectuel (maladies neurodégénératives des adultes et des enfants, pathologies vasculaires cérébrales comme l'hémiplégie, paraplégie...) et pour la prise en charge des patients en soins palliatifs à domicile, qui serait valorisée à hauteur de 60 euros au 1^{er} avril 2017.

Par ailleurs, les partenaires conventionnels estiment que l'amélioration de l'accès aux soins des personnes atteintes d'un handicap mental sévère doit constituer une priorité. Ils s'accordent donc pour identifier les moyens à mettre en place pour mieux identifier ces patients. A l'issue de ces travaux, ils détermineront les conditions de création d'une consultation longue et très complexe pour la prise en charge très spécifique de ces patients.

Article 28.5 Majoration pour le suivi des personnes âgées

La convention médicale de 2011 a instauré une majoration dénommée MPA (Majoration Personnes Agées), versée trimestriellement et calculée sur la base de 5 euros par consultation ou visite réalisé pour les patients âgés de plus de 80 ans pour tenir compte du suivi spécifique effectué auprès de ces patients âgés, compte tenu de leurs comorbidités et de la complexité du suivi des traitements en veillant notamment à la prévention de la iatrogénie médicamenteuse. Cette majoration est réservée aux médecins exerçant en secteur à honoraires opposables et à ceux ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants. Elle bénéficie aux médecins spécialistes et aux médecins à expertise particulière à

l'exception des médecins gériatres, acupuncteurs, médecins de médecine thermique, médecins de médecine physique et de réadaptation, homéopathes.

Pour les patients suivis par leur médecin traitant, que ce dernier soit médecin généraliste ou médecin à exercice particulier des cinq catégories précédemment citées, cette majoration est remplacée par le Forfait patientèle médecin traitant (MTF) défini à l'article 15.4.1.

La MPA bénéficie également aux médecins généralistes pour les consultations ou visites des patients de plus de 80 ans dont ils ne sont pas le médecin traitant et s'ils n'exercent pas dans la même structure.

Article 28.6 Le développement du recours à la télémédecine

- Suivi des personnes en EHPAD – changement médecin traitant d'un patient entrant en EPHAD (acte de télé expertise)

L'encouragement au développement des regroupements professionnels et aux échanges entre professionnels notamment avec le déploiement de la télémédecine (télé expertise et téléconsultation) participe à l'enjeu majeur de l'accès aux soins pour tous.

Les partenaires conventionnels souhaitent donc promouvoir le déploiement de la télémédecine dans le respect des dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 et du décret n° 2010-1229 19 octobre 2010.

Dans ce cadre, ils souhaitent plus particulièrement renforcer l'accès aux soins et le suivi des personnes âgées résidant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) lorsqu'elles sont conduites, lors de leur admission dans ce type d'établissements à changer de médecin traitant compte tenu de l'éloignement de ce dernier par rapport à leur nouveau domicile de vie.

C'est pourquoi, les parties signataires proposent la création d'un acte de télé expertise au sens de la définition prévue dans la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 et le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 valorisant l'échange d'informations entre le médecin traitant assurant le suivi du patient avant son admission dans l'EHPAD et le nouveau médecin traitant choisi par le patient à l'occasion de son entrée dans l'EHPAD et ce, en lien avec le médecin coordonnateur. L'échange d'informations s'effectuerait notamment sur la base du contenu du volet de synthèse médicale (VSM) et de la dernière prescription établie pour le patient ainsi que sur tout élément jugé utile pour la bonne prise en charge du patient (examens de biologie, imagerie, etc.). Ces informations seraient communiquées par messagerie sécurisée de santé et alimenteraient le DMP.

Les partenaires conventionnels s'engagent à mener dès l'automne 2016 des travaux sur la définition et le niveau de valorisation de cet acte afin qu'un avenant puisse intervenir dans les meilleurs délais et au plus tard le 31/12/2016.

- consultation en urgence par les médecins généralistes des personnes en EHPAD (acte de téléconsultation)

Les partenaires conventionnels souhaitent également contribuer à la mise en place d'un dispositif permettant aux patients résidant en EHPAD de pouvoir bénéficier de consultations par

téléconsultation par un médecin généraliste, en urgence, dès lors que leur état de santé le justifie afin d'éviter des hospitalisations inutiles.

Ils s'engagent à mener dès l'automne 2016 des travaux sur la définition et le niveau de valorisation de cet acte de téléconsultation afin qu'un avenant puisse intervenir dans les meilleurs délais et au plus tard le 31/12/2016.

- extension France entière du recours à la téléconsultation et à la téléexpertise pour quelques pathologies identifiées faisant l'objet d'expérimentation dans le cadre de l'article de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014

- Plaies chroniques

Les partenaires conventionnels souhaitent également contribuer à la mise en place d'un dispositif permettant aux patients présentant des plaies chroniques de pouvoir bénéficier d'un avis par téléconsultation ou téléexpertise dès lors que l'évolution d'une plaie chronique et complexe le justifie. Ils s'engagent à mener dès l'automne 2016 des travaux sur la définition et le niveau de valorisation de ces actes de téléconsultation et téléexpertise afin qu'un avenant puisse intervenir dans les meilleurs délais et au plus tard le 31/12/2016.

- Insuffisance cardiaque

Les partenaires conventionnels souhaitent également contribuer à la mise en place d'un dispositif permettant aux patients atteints d'insuffisance cardiaque de bénéficier d'un avis par téléconsultation ou téléexpertise dès lors que l'évolution de leur état de santé le justifie, notamment lors de modifications/adaptations thérapeutiques.

Ils s'engagent à mener dès l'automne 2016 des travaux sur la définition et le niveau de valorisation de ces actes de téléconsultation et téléexpertise afin qu'un avenant puisse intervenir dans les meilleurs délais et au plus tard le 31/12/2016.

Article 29. Valorisation des activités techniques

Les partenaires conventionnels souhaitent mieux valoriser l'activité technique des médecins et notamment les conditions d'exercice particulier des spécialités dites de plateau technique lourd, à savoir la chirurgie, l'anesthésie-réanimation et la gynécologie-obstétrique.

Dans ce but, les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité de :

1. donner une nouvelle dynamique à la Classification Commune des Actes Médicaux, en mettant en place des travaux structurants de maintenance de la CCAM ;
2. faire évoluer la liste des actes soumis aux modificateurs J et K afin non seulement de mieux valoriser les actes thérapeutiques non répétitifs réalisés en bloc opératoire sous anesthésie générale mais également, s'agissant du modificateur K, pour augmenter la valeur du tarif de ces actes quand ils sont réalisés par les chirurgiens ou les gynécologues-obstétriciens de secteur 1 ou adhérent à l'option définie à l'article 40 et suivants ou lorsqu'ils sont facturés aux patients bénéficiant de la CMUc et de l'ACS ou pris en charge en urgence ;
3. mieux prendre en compte la spécificité de la prise en charge en urgence des patients, par la revalorisation significative des modificateurs d'urgence la nuit et le dimanche, ainsi que des actes pris en charge en urgence de jour, dès lors qu'ils concernent des urgences vitales ou des urgences d'organe, dans les conditions définies ci-après ;
4. revaloriser certains actes techniques lourds d'anesthésie-réanimation.

A ce titre, un suivi régulier des différentes mesures mises en place pour les spécialités techniques sera réalisé dans le cadre de l'observatoire des mesures conventionnelles. Parallèlement à la création de cet observatoire des mesures conventionnelles, les missions de l'observatoire de la CCAM ont été revues et figurent à l'Annexe 2 de la convention.

Article 29.1 Maintenance de la CCAM

La maintenance de la CCAM nécessite d'actualiser l'ensemble des composantes du tarif de l'acte : le coût de la pratique et la hiérarchisation du travail médical. Il convient de préciser les modes d'évaluation du travail médical et du coût de la pratique et de définir des priorités et un calendrier de travail.

Ces priorités d'évolution des actes de la CCAM, afin de les valoriser de manière efficiente, seront définies par les partenaires conventionnels en fonction :

- des pratiques médicales, dont celles à fort impact économique et de santé publique,
- des innovations thérapeutiques et organisationnelles.

A cet effet, un groupe de travail conventionnel sera mis en place, avec une première réunion au 4^{ème} trimestre 2016, afin de préparer une première étape d'actualisation en 2017.

Ce groupe de travail a vocation à s'appuyer notamment sur les travaux de la Commission de la Hiérarchisation des Actes et Prestations (CHAP). Une fois la méthodologie validée par les partenaires conventionnels, ainsi que le calendrier, la mise en œuvre de l'évolution des actes de la CCAM se fera au sein des instances compétentes.

Une première restitution des travaux du groupe de travail conventionnel sera présentée à la Commission Paritaire Nationale à la fin du premier semestre 2017.

Article 29.2 Evolution des modificateurs J et K

Lors du passage de la NGAP à la CCAM, deux modificateurs ont été introduits pour maintenir la valorisation des actes de chirurgie (modificateur J) et favoriser leur réalisation en secteur à tarif opposable (modificateur K). Deux évolutions de ces modificateurs sont proposées tout en maintenant les règles existantes en CCAM de tarification selon le secteur de conventionnement du praticien.

29.2.1 Modification du périmètre des actes autorisant les modificateurs J et K

L'objectif est de mieux valoriser certains actes thérapeutiques non répétitifs sanglants réalisés en bloc opératoire sous anesthésie générale ou loco-régionale pratiqués par les chirurgiens ou les gynéco-obstétriciens en leur appliquant le modificateur J (et par voie de conséquence le modificateur K) qui ne leur est pas applicable à ce jour. 267 actes seraient concernés par cette mesure.

En revanche, pour une mise en cohérence avec la définition du modificateur J, 5 actes seraient supprimés de la liste et ne pourraient dès lors plus être soumis à ces modificateurs.

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

29.2.2 Revalorisation du modificateur K

Afin de mieux valoriser le tarif de ces actes thérapeutiques de ces actes quand ils sont réalisés par les médecins de secteur 1 ou adhérent aux dispositifs de tarifs maîtrisés tels que définis aux articles 40 et suivants, ou quand ils sont facturés au tarif opposable aux patients bénéficiant de la CMUc et de l'ACS ou pris en charge en urgence), la valeur du modificateur K serait portée à 20%.

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

Article 29.3 Evolution de la valorisation des actes d'anesthésie

Afin de mieux valoriser certains actes d'anesthésie lourds, la majoration pour présence permanente du médecin anesthésiste durant toute l'intervention (modificateur 7) est portée à 6%.

De plus, afin d'assurer la prise en compte de l'évolution des pratiques des actes d'anesthésie, les partenaires conventionnels examineront les conditions de valorisation de l'analgésie post opératoire par la création d'un acte spécifique : un groupe de travail sera mise en place avant

la fin 2016. Les partenaires conventionnels conviennent par ailleurs d'étudier la possibilité d'étendre les indications de l'acte d'écho guidage dans le cadre de l'anesthésie loco régionale.

Article 29.4 Mieux prendre en compte le caractère particulier de la prise en charge en urgence des patients

L'objectif est de mieux valoriser les actes réalisés en urgence sur les plateaux techniques lourds en chirurgie, anesthésie et gynécologie-obstétrique.

Dans ce cadre, les parties signataires souhaitent mieux valoriser les modificateurs pour les actes réalisés en urgence en plateau technique lourd :

- pour les actes réalisés en nuit profonde avec une valeur portée de 40 euros à 80 euros.
- pour les actes réalisés de 20h à minuit avec une valeur portée de 25,15 euros à 50 euros.
- pour les actes réalisés le dimanche et jours fériés avec une valeur portée de 19,06 euros à 40 euros
- pour les actes en urgence en journée, avec une majoration de 80€, pour les actes chirurgicaux en urgence vitale et urgence d'organes réalisés dans un délai maximum de 6 heures après l'admission du patient soit dans les établissements privés disposant des autorisations de service d'urgence et participant de ce fait à la régulation soit pour les patients non transférables.

Titre 4. L'exercice conventionnel

Sous-Titre 1. Les conditions d'exercice

Conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur, les consultations médicales sont données au cabinet du praticien sauf, d'une part, lorsque l'assuré est dans l'incapacité de se déplacer selon des critères soit médico-administratifs, soit sociaux et environnementaux et, d'autre part, lorsqu'il s'agit d'une activité de télémedecine telle que définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique. Les consultations médicales peuvent également être données dans les maisons médicales de garde. En outre, quand les nécessités de la santé publique l'exigent, un médecin peut être autorisé à dispenser des consultations et des soins dans une unité mobile selon un programme établi à l'avance sur autorisation du Conseil de l'Ordre des médecins dans les conditions définies par le code de la santé publique.

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

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

Article 30. Démarches du médecin auprès de la caisse lors de l'installation en libéral

Le médecin qui souhaite exercer son activité sous forme libérale et facturer à l'assurance maladie les actes réalisés dans ce cadre effectue les démarches nécessaires auprès de sa caisse de rattachement pour se faire enregistrer et attribuer un identifiant lui permettant de facturer ses actes à l'assurance maladie. L'assurance maladie identifie un interlocuteur unique en son sein pour accompagner le médecin dans ses démarches administratives liées à l'installation. A cette occasion, le médecin expose son choix d'exercer ou non sous le régime de la présente convention et son secteur d'exercice conventionnel tel que défini aux articles 37 et 38. En l'absence de déclaration expresse dans un délai d'un mois, le praticien est réputé exercer en secteur à honoraires opposables.

Article 31. Démarches du médecin auprès de la caisse lors de la cessation d'activité en libéral

Le médecin qui cesse son activité libérale doit impérativement en informer sa caisse de rattachement.

Lorsque la caisse constate que depuis au moins douze mois le médecin n'a facturé aucun acte à l'assurance maladie, elle l'informe qu'elle suspend l'application de l'ensemble des dispositions conventionnelles. Cette disposition n'est pas applicable lorsque le médecin justifie cette cessation d'activité par un motif indépendant de sa volonté (ex : maladie, etc.).

Article 32. Situation des médecins exerçant au sein des sociétés d'exercice

Conformément aux dispositions réglementaires, dans les cabinets regroupant plusieurs praticiens exerçant en commun, quel qu'en soit le statut juridique (SEL, SCP, SCM etc.), l'exercice de la médecine doit rester personnel. Chaque praticien garde son indépendance professionnelle.

Au sein des sociétés d'exercice inscrites au tableau de l'Ordre des médecins et dont l'objet est l'exercice libéral de la médecine, les médecins, quel que soit leur statut, adhèrent individuellement à la convention et conservent individuellement le choix et le bénéfice des options conventionnelles prévues par la présente convention.

L'exercice de la médecine au sein de ces sociétés d'exercice y compris pour les salariés de ces sociétés est assimilé à de l'exercice libéral au sens de la présente convention sans préjudice des dispositions applicables en matière fiscale et sociale.

Article 33. Situation des collaborateurs salariés de médecins libéraux conventionnés

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

Il exerce sous la responsabilité du médecin conventionné et n'étant pas adhérent lui-même à la convention, il applique les tarifs opposables au sens de l'article 37 de la présente convention, quel que soit le secteur conventionnel du médecin employeur.

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

Article 34. Situation du remplaçant

Le médecin, qui souhaite effectuer une activité de remplacement d'un médecin exerçant dans le cadre de la présente convention, effectue une démarche auprès de la caisse de rattachement de son domicile pour se faire enregistrer. Le médecin remplacé vérifie que le médecin remplaçant remplit bien toutes les conditions nécessaires à l'exercice du remplacement dans le cadre de la présente convention.

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

Le médecin remplacé s'interdit toute activité médicale libérale rémunérée dans le cadre de la présente convention durant son remplacement, à l'exception d'un exercice dans le cadre du contrat de solidarité territoriale défini à l'article 7.

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

L'activité du remplaçant est assimilée à celle du remplacé au regard de la facturation à l'assurance maladie.

Article 35. Situation des adjoints et des assistants des médecins libéraux conventionnés

Le médecin conventionné peut lorsque des besoins de santé publique l'exigent, en cas d'afflux exceptionnel de population ou si son état de santé le justifie, se faire assister temporairement par un adjoint ou un assistant dans les conditions définies aux articles R. 4127-88 et L. 4131-2 du code de la santé publique.

Il est tenu d'en informer sa caisse d'assurance maladie. Il transmet dans ce cadre une copie des autorisations nécessaires.

L'adjoint ou l'assistant exerce sous la responsabilité du médecin conventionné et n'étant pas adhérent lui-même à la convention, il ne peut appliquer que les tarifs opposables au sens de l'article 37 de la présente convention, quel que soit le secteur conventionnel du médecin employeur.

Article 36. Situation des médecins assurant une tenue de cabinet

Un médecin peut être autorisé temporairement par l'Ordre des médecins dans les conditions définies par le code de la santé publique à assurer la gestion du cabinet d'un confrère décédé. Le médecin désigné pour assurer cette gestion du cabinet effectue une démarche auprès de la caisse d'implantation du cabinet pour se voir enregistrer et attribuer un identifiant lui permettant de facturer les actes à l'assurance maladie.

Il est considéré temporairement comme conventionné dans le cadre de cette activité de tenue de cabinet. Il ne peut appliquer que les tarifs opposables au sens de l'article 37 de la présente convention, quel que soit le secteur conventionnel du confrère décédé. Cette activité n'est pas assimilée à une première installation en libéral au sens de la présente convention.

Sous-Titre 2. Les secteurs conventionnels

Article 37. Secteur à honoraires opposables

Les médecins adhérant à la convention s'engagent à respecter les tarifs qui y sont fixés. Le respect des tarifs opposables ainsi que les modalités d'utilisation des possibilités de dépassements limitativement énumérées aux paragraphes suivants s'imposent aux médecins pour leur activité exercée dans le cadre de la présente convention.

Les médecins appliquent les tarifs opposables, fixés dans l'annexe 1 de la présente convention, sauf dans les cas énumérés ci-après.

Article 37.1 Cas particulier de l'accès non coordonné

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

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

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

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

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

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

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

Article 38. Autres secteurs conventionnels

Article 38.1 Secteur à honoraires différents

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

38.1.1 Titres donnant accès au secteur à honoraires différents

Peuvent demander à être autorisés à pratiquer des honoraires différents, les médecins qui, à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente convention, s'installent pour la première fois en exercice libéral dans le cadre de la spécialité qu'ils souhaitent exercer et sont titulaires des titres énumérés ci-après, acquis en France dans les établissements publics de santé ou au sein de la Faculté libre de médecine de Lille. Les titres hospitaliers publics sont :

- ancien chef de clinique des universités - assistant des hôpitaux dont le statut relève du décret n° 84-135 du 24 février 1984 ;
- ancien chef de clinique des universités de médecine générale dont le statut relève du décret n°2008-744 du 28 juillet 2008 ;
- ancien assistant des hôpitaux dont le statut est régi par les articles R. 6152-501 et suivants du code de la santé publique ;
- médecin des armées dont le titre relève du chapitre 2 du décret n° 2008-933 du 12 septembre 2008 portant statut particulier des praticiens des armées
- praticien hospitalier nommé à titre permanent dont le statut relève des articles R. 6152-1 et suivants du code de la santé publique ;
- praticien des hôpitaux à temps partiel comptant au minimum cinq années d'exercice dans ces fonctions et dont le statut relève des articles R. 6152-201 et suivants du code de la santé publique.

38.1.2 Procédure d'équivalence de titres

Les médecins disposant des titres suivants peuvent également accéder au secteur à honoraires différents sous réserve d'une part, de la reconnaissance de l'équivalence de ces titres avec les titres hospitaliers publics définis ci-dessus et d'autre part, de s'installer pour la première fois en exercice libéral dans le cadre de la spécialité médicale qu'ils souhaitent exercer.

Cette équivalence des titres est reconnue par la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'implantation du cabinet principal du médecin conformément aux décisions de la caisse nationale d'assurance maladie, après avis du Conseil National de l'Ordre des Médecins et en tant que de besoin, des services ministériels compétents.

Titres pouvant faire l'objet d'une procédure d'équivalence avec les titres hospitaliers publics :

- titres acquis en France dans les établissements de santé privés d'intérêt collectif ou dans les établissements relevant d'une collectivité d'outre-mer ;

- titres acquis à l'étranger dans les établissements hospitaliers situés sur un territoire concerné soit :
 - o par le régime de reconnaissance des qualifications professionnelles de l'Union Européenne mise en place par la directive 2005/36,
 - o par l'arrangement Franco-Québécois du 25 novembre 2011 en vue de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles des médecins.

Pendant la durée de cette procédure visant à reconnaître l'équivalence des titres, le médecin est autorisé à exercer en libéral sous le régime de la présente convention. Il exerce alors à titre transitoire dans le secteur à honoraires opposables. Dans le cas où l'équivalence des titres est reconnue, le médecin a alors la possibilité de choisir son secteur d'exercice conventionnel.

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

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

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

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

Par dérogation, l'exercice d'une activité libérale par les praticiens statutaires temps plein hospitaliers exerçant dans les établissements publics de santé dont le statut est défini dans le code de la santé publique n'est pas assimilé à une première installation en libéral au sens de la présente convention.

38.1.3 Cas particulier de l'accès non coordonné

Dans le cadre de l'application des dispositions des articles L. 871-1 et R. 871-1 du code de la sécurité sociale, lorsqu'un praticien spécialiste autorisé à pratiquer des honoraires différents facture un dépassement d'honoraire à un patient le consultant en dehors du parcours de soins coordonnés et en dehors des cas d'urgence et d'éloignement, celui-ci est réputé correspondre à un dépassement autorisé prévu à l'article 37-1 dans la limite du plafond fixé par ce même article.

Article 38.2 Secteur droit à dépassement permanent (DP)

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

Article 38.3 Pratique tarifaire des médecins exerçant en secteur à honoraires différents et titulaires du droit à dépassement permanent

Les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents et les médecins titulaires d'un droit à dépassement permanent fixent et modulent le montant de leurs honoraires à des niveaux permettant l'accès aux soins des assurés sociaux et de leurs ayants droit.

En outre, dans le contexte actuel de croissance économique faible, ces médecins s'engagent à modérer leur pratique tarifaire pendant la durée de la présente convention afin de garantir l'accès aux soins.

De plus, en sus des situations déjà prévues par les textes réglementaires (situations d'urgence médicale et soins délivrés aux patients bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire), les médecins susmentionnés pratiquent leurs actes aux tarifs opposables, pour les patients disposant de l'attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) définie à l'article L.863-3 du code de la sécurité sociale.

Article 38.4 Engagement de l'assurance maladie sur l'accessibilité au dispositif ACS

L'assurance maladie met en œuvre les moyens nécessaires pour :

- favoriser l'accès au dispositif de l'ACS (information sur les critères d'accessibilité, accompagnement dans les démarches, amélioration des délais de traitement des dossiers, etc.) des assurés sociaux remplissant les critères d'éligibilité ;
- apporter aux médecins libéraux l'information nécessaire sur leurs patients disposant de l'attestation de droit à l'ACS. A cet égard, l'information que le patient bénéficie de l'ACS figure dans la carte vitale et sur l'attestation tiers payant intégral ACS de l'assuré lorsque ce dernier a souscrit un contrat complémentaire sélectionné par le Ministère de la Santé.

Article 39. Respect des honoraires opposables et modalités de dépassements exceptionnels

Article 39.1 Cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade non liée à un motif médical (DE)

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

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

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

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

Article 39.2 Cas de dépassements autorisés plafonnés (DA), pour les soins non coordonnés, au sens de la présente convention

Le médecin conventionné en secteur à honoraires opposables peut pratiquer un dépassement autorisé plafonné (DA) défini à l'article 37.1 dans le cas où un patient le consulte sans avoir été orienté par son médecin traitant.

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

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

Sous-Titre 3. Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)

L'accès aux soins de tous les assurés sociaux quelles que soient leurs ressources financières constitue une priorité des partenaires conventionnels.

Il apparaît donc nécessaire de poursuivre la dynamique de baisse des dépassements d'honoraires engagée avec la mise en place du contrat d'accès aux soins et les actions conventionnelles sanctionnant les pratiques tarifaires excessives, conformément à l'engagement de modération tarifaire fixé par l'article 38.3.

Au regard des résultats obtenus, tant en termes de baisse des dépassements d'honoraires qu'en ce qui concerne l'augmentation des actes à tarif opposable, les parties signataires s'accordent pour maintenir une option ouverte à l'ensemble des médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires d'un droit permanent à dépassement qui souhaitent s'engager en contrepartie d'avantages conventionnels dans la maîtrise de leurs dépassements d'honoraires afin de favoriser l'accès aux soins de leurs patients.

Toutefois, elles décident de revoir les modalités d'application du contrat d'accès aux soins défini dans la convention approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 pour améliorer sa lisibilité et son attractivité auprès des médecins.

Dans ce cadre, le contrat d'accès aux soins est désormais remplacé par deux options, une option dénommée option pratique tarifaire maîtrisée applicable (OPTAM) à l'ensemble des médecins à l'exception des spécialités de chirurgie et de gynécologie-obstétrique et une option dénommée option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou une spécialité de gynécologie-obstétrique (OPTAM-CO).

Ces options conventionnelles ont pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en développant l'activité à tarif opposable et en améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie. Dans cet objectif, l'assurance

maladie s'engage, à faire bénéficier les médecins souscrivant à l'option des tarifs de remboursement applicables aux médecins exerçant en secteur à honoraires opposables. L'objectif est de favoriser l'activité à tarifs opposables et l'attractivité de l'option.

L'UNOCAM s'engage à inciter les organismes complémentaires d'assurance maladie, lorsque les garanties ou les contrats le prévoient, à prendre en charge de façon privilégiée les dépassements d'honoraires des médecins adhérant à l'option pendant la durée de celui-ci.

Dans les contrats d'assurance maladie complémentaire déjà souscrits à titre collectif ou individuel, les partenaires conventionnels demandent aux pouvoirs publics de considérer que les garanties faisant référence au "contrat d'accès aux soins" visent désormais l'OPTAM et l'OPTAM-CO.

Article 40. Les médecins éligibles à l'option

L'option est ouverte à tous les médecins quelle que soit leur spécialité d'exercice à l'exception des médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou une spécialité de gynécologie-obstétrique et ayant réalisé au moins 50 actes inscrits sous l'appellation « acte de chirurgie » ou « acte d'obstétrique » sur la liste mentionnée aux articles L. 162-1-7 et R. 162-52 du code de la sécurité sociale durant l'année civile précédant leur demande d'adhésion à l'option.

Peuvent adhérer à l'option :

- les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents en application de l'article 38.1,
- les médecins titulaires des titres visés à l'article 38.1 permettant d'accéder au secteur à honoraires différents et qui s'installent pour la première fois en exercice libéral en secteur à honoraires différents,
- les médecins titulaires du droit à dépassement permanent

Par dérogation, les médecins titulaires des titres visés à l'article 38.1 et installés antérieurement au 1^{er} janvier 2013 en secteur à honoraires opposables peuvent adhérer à l'option pratique tarifaire maîtrisée.

Article 41. Les engagements de l'option

Le médecin qui souscrit l'option s'engage à faire bénéficier ses patients de l'amélioration du tarif de remboursement des soins.

Article 41.1 Engagements du médecin à l'option

Les caisses mettent à disposition de chaque médecin éligible à l'option un état de sa pratique tarifaire. Cet état comporte les tarifs pratiqués par le médecin pour les principaux actes qu'il

réalise, la part de ses actes réalisés aux tarifs opposables constaté au cours des trois dernières années civiles ainsi que le taux de dépassement constaté au cours des trois dernières années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés. Par ailleurs, le médecin qui n'était pas adhérent au contrat d'accès aux soins antérieurement à l'entrée en vigueur de la présente convention est informé du taux de dépassement et du taux d'activité à tarifs opposables qui auraient été le sien si les actes avaient été réalisés par un médecin exerçant en secteur à honoraires opposables (taux de dépassement et taux d'activité à tarifs opposables recalculés).

1^{er} indicateur : le taux de dépassement

En adhérant à l'option, le médecin s'engage à respecter le taux de dépassement moyen défini au 1^{er} alinéa du présent article. L'option ne peut pas comporter d'engagement de taux de dépassement recalculé, tel que défini à l'article 2 de l'annexe 21, supérieur à 100 %.

Les modalités de calcul du taux de dépassement sont définies en annexe 21.

2^{ème} indicateur : le taux d'activité à tarif opposable

L'option comporte, dans un souci d'amélioration d'accès aux soins, le pourcentage d'activité aux tarifs opposables que le praticien s'engage à respecter. Ce pourcentage qui inclut les cas visés l'article 38.3 de la présente convention (situations d'urgence médicale, patients en CMUC ou disposant de l'attestation de droit à l'ACS) doit être supérieur ou égal à celui constaté tel que défini au premier alinéa du présent article.

Cas particulier des médecins nouvellement installés ne disposant de données sur leur pratique tarifaire sur l'ensemble de l'année civile précédant l'année de l'entrée en vigueur de l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés :

Les médecins nouvellement installés depuis moins d'un an qui ne disposent pas de données sur leur pratique tarifaire sur l'ensemble de l'année civile précédant l'année de l'entrée en vigueur de l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés peuvent adhérer à l'option. Dans ce cas, le taux de dépassement applicable ne peut être supérieur à la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement constatée pour les médecins éligibles à l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés sur la période de référence définie à l'article 41.1 de la même spécialité et de la même région, à l'exception des spécialités d'anatomo-cytopathologie, de gériatrie, de médecine interne, de néphrologie, de radiothérapie et de médecine nucléaire, pour lesquelles le taux national est retenu. Les médecins s'engagent sur une part minimale d'actes à tarif opposable incluant les cas visés à l'article 38.3 de la convention correspondant à la moyenne des taux constatée définie selon les mêmes règles que le taux de dépassement.

Cas particulier des médecins de même spécialité médicale exerçant en groupe ou en structure

Par dérogation, les médecins exerçant au sein d'un groupe ou d'une structure la même spécialité médicale et ayant une pratique tarifaire commune définie au niveau du groupe ont la possibilité de demander à ce que la fixation de leurs taux d'engagement dans l'option soit effectuée non pas au regard de leur pratique tarifaire individuelle observée au cours des trois dernières années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de l'option conventionnelle à

tarifs maîtrisés mais au regard de la moyenne des taux de l'ensemble des médecins constituant le groupe au cours de cette même période de référence.

Cependant, chaque médecin du groupe adhère de manière individuelle à l'option.

Cas particulier des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

Par dérogation, pour la fixation des taux d'engagement dans l'option des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libérale et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, il est tenu compte de l'activité à tarif opposable réalisée au sein de ces structures.

Dans ce cadre, le médecin fournit des documents émanant des structures dans lesquelles il exerce précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin au cours des trois années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés.

Les taux d'engagement dans l'option sont fixés en tenant compte à la fois de la pratique tarifaire, de l'activité réalisée en cabinet de ville libéral, au cours des trois dernières années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés et de l'activité au sein des structures sur la même période.

Cas particulier des médecins titulaires des titres visés à l'article 37 n'exerçant pas dans le secteur à honoraires différents ou non titulaire du droit permanent à dépassement et installés avant le 1^{er} janvier 2013 :

Le taux de dépassement applicable à ces médecins ne peut être supérieur à la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement, constatée pour les médecins éligibles à l'option de la même spécialité et de la même région sur la période de référence définie à l'article 41.1 à l'exception des spécialités d'anatomo-cytopathologie, de gériatrie, de médecine interne et de néphrologie, de radiothérapie et de médecine nucléaire, pour lesquelles le taux national est retenu. La part d'activité à tarif opposable est fixée selon les mêmes règles sans pouvoir être inférieure à 30%.

Article 41.2 Engagement de l'assurance maladie

Les soins réalisés par les médecins qui adhèrent à l'option bénéficient des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables.

Afin de valoriser l'activité à tarif opposable réalisée par les médecins adhérant à l'option, est mise en place une rémunération spécifique au profit des médecins ayant respecté les engagements de leur option souscrite.

Cette rémunération est calculée de la manière suivante :

Est appliqué un taux sur les honoraires réalisés à tarifs opposables correspondant au taux de cotisations moyen sur les trois risques, maladie maternité décès, allocations familiales et allocation supplémentaire vieillesse. Ce taux varie en fonction de chaque spécialité, tel que défini à l'annexe 19.

Le montant résultant de l'application de ces taux sur le montant total des honoraires à tarifs opposables réalisé annuellement (année N) par le médecin est versé chaque année au médecin

au moment de la vérification du respect de ses engagements contractuels (en juillet de l'année N+1).

Mise en place d'une rémunération dégressive en fonction du niveau de respect des engagements

Les médecins pour lesquels un faible écart par rapport à leurs engagements contractuels est constaté dans les conditions définies à l'article 44 bénéficient d'une rémunération minorée dans les conditions suivantes :

- Ecart de 1 à 2 points entre l'objectif et le taux constaté, calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : versement de 90 % du montant de la rémunération spécifique,
- Ecart de 2 à 3 points entre l'objectif et le taux constaté, calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : versement de 70 % du montant de la rémunération spécifique,
- Ecart de 3 à 4 points entre l'objectif et le taux constaté, calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : versement de 50 % du montant de la rémunération spécifique,
- Ecart de 4 à 5 points entre l'objectif et le taux constaté, calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : versement de 30 % du montant de la rémunération spécifique.
- Ecart supérieur à 5 points entre l'objectif et le taux constaté, calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : aucun versement de la rémunération spécifique.

Cas particulier des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libérale et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

Pour le calcul de la rémunération spécifique des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libérale et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, il est tenu compte de l'activité à tarif opposable effectuée au sein de ces structures. Dans ce cadre, le médecin fournit des documents émanant des structures concernées précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin au cours de l'année considérée.

Article 42. Avenant à l'option

Pendant la durée de l'option, les évolutions des tarifs de remboursement donnent lieu à un avenant à l'option soumis au médecin. Cet avenant comporte le taux de dépassement et la part d'activité réalisée à tarif opposable recalculés en fonction des nouveaux tarifs de remboursement modifiés conformément aux dispositions de l'annexe 21.

Article 43. Modalités d'adhésion et durée de l'option

Le médecin déclare son souhait d'adhérer à l'option auprès de la CPAM ou de la CGSS de son lieu d'installation, dans les conditions définies à l'article 41.1, par le biais d'un contrat conforme au contrat-type dont le modèle figure à l'annexe 18 qu'il adresse à la caisse du lieu d'implantation de son cabinet principal par lettre recommandée avec accusé de réception. Est joint au contrat un état de la pratique tarifaire du médecin sur les X années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés établi conformément aux dispositions de l'article 41.1

La caisse enregistre l'adhésion à la date de réception de cette lettre et adresse au médecin un courrier attestant cet enregistrement.

L'adhésion à l'option est valable pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction.

Article 44. Modalités de suivi des engagements

A compter de la date d'adhésion à l'option, l'assurance maladie informe le médecin, chaque trimestre, sur le suivi de sa pratique tarifaire : taux de dépassement constaté, part de l'activité réalisée au tarif opposable, montant des honoraires sans dépassement et montant des dépassements d'honoraires. Le médecin est informé de la mise à disposition de ces données sur Espace Pro.

Si, à l'issue de deux trimestres consécutifs, la caisse constate le non-respect par le médecin de l'un ou l'autre des engagements souscrits dans le cadre de l'option, elle lui adresse un courrier d'avertissement signalant d'une part, les anomalies constatées et d'autre part, le fait que si le non-respect des engagements est constaté à l'issue d'une année civile, une procédure de résiliation de l'adhésion est susceptible d'être mise en œuvre dans les conditions définies à l'article 45.

A l'issue de chaque année civile, quelle que soit la date d'adhésion à l'option dans l'année, l'assurance maladie procède à la vérification du respect des engagements dans l'option. Cette vérification intervient lorsque les données consolidées de l'année N sont disponibles (activité en date de soins réalisée sur l'année N et liquidés à la date du 31 mars de l'année N+1).

Cas particulier des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libérale et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

Pour la vérification du respect des engagements dans l'option des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libérale et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, il est tenu compte de l'activité à tarif opposable effectuée au sein de ces structures. Dans ce cadre, le médecin fournit des documents émanant des établissements précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin au cours de l'année considérée.

Article 45. Modalités de résiliation

Article 45.1 Modalités de résiliation par le médecin

Le médecin ayant adhéré à l'option peut s'opposer à la reconduction tacite de l'option à la date anniversaire de celle-ci. Dans ce cas, il informe la CPAM ou la CGSS de son lieu d'installation, par lettre recommandée avec avis de réception reçue par la caisse au plus tard un mois avant l'échéance de l'option. Cette résiliation est effective à la date d'échéance de l'option. A compter de cette date, le médecin perd les avantages conférés par l'option. Le médecin peut également décider de résilier à tout moment son adhésion à l'option. Dans ce cas, il informe la CPAM ou la CGSS de son lieu d'installation, par lettre recommandée avec avis de réception. Cette résiliation est effective un mois après réception du courrier par la caisse.

Article 45.2 Modalités de résiliation par la caisse

La caisse qui, dans les conditions définies précédemment, constate à l'issue de chaque année civile telle que définie à l'article 44, le non-respect par un médecin de ses engagements adresse un courrier par lettre recommandée avec accusé de réception notifiant les anomalies constatées et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

La procédure prévue au présent article s'applique également en cas de constatation par la caisse, dans un délai de deux mois après l'envoi par la caisse de la proposition de l'avenant prévu à l'article 42, de l'absence de signature du médecin. La caisse adresse à l'issue de ce délai un courrier par lettre recommandée constatant l'absence de signature de l'avenant à l'option.

Le médecin dispose d'un délai de deux mois à compter de la réception des courriers définis aux paragraphes précédents pour faire connaître ses observations écrites à la caisse. Il peut dans ce même délai être entendu par le directeur de la caisse ou l'un de ses représentants ou par la commission paritaire locale définie à l'article 86, avec une possibilité d'appel en CPN. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion à l'option par lettre recommandée avec accusé de réception.

A compter de la date de réception de ce courrier, il est mis fin aux avantages conférés par l'option.

La caisse peut également engager, à l'encontre des médecins qui n'ont pas respecté de manière manifeste les termes de leur contrat, une récupération des sommes versées dans le cadre de l'option.

Article 46. Impact de la nouvelle convention sur le contrat d'accès aux soins défini dans la convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011

Les contrats d'accès aux soins souscrits dans le cadre des dispositions de la convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 en cours à la date d'entrée en vigueur de la présente convention sont prorogés jusqu'au 31/12/2016 dans les conditions définies en annexe 17.

Les médecins qui à la date d'entrée en vigueur de la présente convention ne sont pas adhérent au contrat d'accès aux soins issu de la convention de 2011 précitée ont la possibilité d'adhérer à ce contrat dans les conditions définies à l'annexe 17.

Aucune adhésion au contrat d'accès aux soins issu de la convention de 2011, dans les conditions définies à l'annexe 17, n'est possible à compter du 1^{er} janvier 2017.

Article 47. Modalité de mise en œuvre de l'option OPTAM

L'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) est ouverte à compter du 1^{er} janvier 2017. Les médecins adhérent au contrat d'accès aux soins issu de la convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 se voient proposer d'adhérer à la nouvelle option en signant un avenant au contrat.

Article 48. Suivi des pratiques tarifaires

Chaque année, les partenaires conventionnels suivent la mise en œuvre de l'option OPTAM et plus généralement l'évolution des pratiques tarifaires au regard des dispositions de l'article **XX.X** de la convention dans le cadre d'un observatoire dont la composition et les missions sont définies en annexe 26.

Sous-Titre 4. Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO)

Article 49. Les médecins éligibles à l'option tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique

L'option est ouverte aux médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou une spécialité de gynécologie-obstétrique ayant réalisé au moins 50 actes inscrits sous l'appellation « acte de chirurgie » ou « acte d'obstétrique » sur la liste mentionnée aux articles L. 162-1-7 et R. 162-52 du code de la sécurité sociale durant l'année précédant leur demande d'adhésion à l'option.

Peuvent adhérer à l'option :

- les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents en application de l'article 38.1,
- les médecins titulaires des titres visés à l'article 38.1 permettant d'accéder au secteur à honoraires différents et qui s'installent pour la première fois en exercice libéral en secteur à honoraires différents,
- les médecins titulaires du droit à dépassement permanent

Par dérogation, les médecins titulaires des titres visés à l'article 38.1 et installés antérieurement au 1^{er} janvier 2013 en secteur à honoraires opposables peuvent adhérer à l'option pratique tarifaire maîtrisée.

Pour les médecins, nouvellement installés dans les spécialités de chirurgie et de gynécologie-obstétrique, le seuil des 50 actes réalisés ne pouvant s'appliquer, ceux-ci choisissent au moment de leur adhésion l'option de leur choix, OPTAM ou OPTAM-CO.

Article 50. Adhésion à l'option et engagements du médecin

Le médecin qui souscrit l'option s'engage à faire bénéficier ses patients de l'amélioration du tarif de remboursement des soins.

Les caisses mettent à disposition de chaque médecin éligible à l'option un état de sa pratique tarifaire. Cet état comporte les tarifs pratiqués par le médecin pour les principaux actes qu'il réalise, la part des actes réalisés aux tarifs opposables au cours des X dernières années, ainsi que le taux de dépassement moyen constaté au cours des X années précédant l'année de l'entrée en vigueur de l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés. Par ailleurs, le médecin qui n'était pas adhérent au contrat d'accès aux soins antérieurement à l'entrée en vigueur de la présente convention est informé du taux de dépassement et du taux d'activité à tarifs opposables qui auraient été les siens si les actes avaient été réalisés par un médecin exerçant en secteur à honoraires opposables (taux de dépassement et taux d'activité à tarifs opposables recalculés).

1^{er} indicateur : le taux de dépassement

En adhérant à l'option, le médecin s'engage à ne pas augmenter sa pratique tarifaire et à respecter le taux de dépassement moyen défini au 1^{er} alinéa du présent article. L'option ne peut pas comporter d'engagement de taux de dépassement recalculé, tel que défini à l'annexe 21, supérieur à 100 %.

Les modalités de calcul du taux de dépassement sont définies en annexe 21.

2^{ème} indicateur : le taux d'activité à tarif opposable

L'option comporte, dans un souci d'amélioration d'accès aux soins, le pourcentage d'activité aux tarifs opposables que le praticien s'engage à respecter. Ce pourcentage qui inclut les cas visés l'article 38.3 de la présente convention (situations d'urgence médicale, patients en CMUC ou disposant de l'attestation de droit à l'ACS) doit être supérieur ou égal à celui constaté tel que défini au premier alinéa du présent article.

Cas particulier des médecins nouvellement installés ne disposant de données sur leur pratique tarifaire sur l'ensemble de l'année civile précédant l'année de l'entrée en vigueur de l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés :

Les médecins nouvellement installés depuis moins d'un an qui ne disposent pas de données sur leur pratique tarifaire sur l'ensemble de l'année civile précédant l'année de l'entrée en vigueur de l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés peuvent adhérer à l'option. Dans ce cas, le taux de dépassement applicable ne peut être supérieur à la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement constatés pour les médecins éligibles à l'option pratique tarifaire maîtrisée de la même spécialité et de la même région sur la période de référence définie au présent article, à l'exception des chirurgiens cardio-vasculaires et thoraciques, des chirurgiens infantiles, des neurochirurgiens pour lesquelles le taux national est retenu. Les

médecins s'engagent sur une part minimale d'actes à tarif opposable incluant les cas visés à l'article 38.3 de la convention correspondant à la moyenne des taux constatée définie selon les mêmes règles que le taux de dépassement.

Cas particulier des médecins de même spécialité médicale exerçant en groupe ou en structure

Par dérogation, les médecins exerçant au sein d'un groupe ou d'une structure la même spécialité médicale et ayant une pratique tarifaire commune définie au niveau du groupe ont la possibilité de demander à ce que la fixation de leurs taux d'engagement dans l'option soit effectuée non pas au regard de leur pratique tarifaire individuelle observée durant les X années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés mais au regard de la moyenne des taux de l'ensemble des médecins constituant le groupe sur la période de référence.

Cependant, chaque médecin du groupe adhère de manière individuelle à l'option.

Cas particulier des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

Par dérogation, pour la fixation des taux d'engagement dans l'option des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libérale et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, il est tenu compte de l'activité à tarif opposable réalisée au sein de ces structures.

Dans ce cadre, le médecin fournit des documents émanant des structures dans lesquelles il exerce précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin au cours des trois années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés.

Les taux d'engagement dans l'option sont fixés en tenant compte à la fois de la pratique tarifaire de l'activité réalisée en cabinet de ville libéral, des trois années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés et de l'activité au sein des structures sur la même période.

Cas particulier des médecins titulaires des titres visés à l'article 37 n'exerçant pas dans le secteur à honoraires différents ou non titulaire du droit permanent à dépassement et installés avant le 1^{er} janvier 2013 :

Le taux de dépassement applicable à ces médecins ne peut être supérieur à la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement constatés pour les médecins éligibles à l'option de la même spécialité et de la même région sur la période de référence définie à l'article X, à l'exception des spécialités de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, de chirurgie infantile et de neurochirurgie pour lesquelles le taux national est retenu. La part d'activité à tarif opposable est fixée selon les mêmes règles sans pouvoir être inférieure à 30%.

Article 51. Engagement de l'assurance maladie

Les soins réalisés par les médecins qui adhèrent à l'option bénéficient des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables.

En outre, les parties signataires souhaitent que le niveau de la majoration forfaits modulables (modificateur K) applicable aux actes de chirurgie et aux actes d'accouchements définie dans la liste des actes et prestations mentionnée à l'article 162-1-7 du code de la sécurité sociale soit porté à 20% pour les médecins exerçant dans le secteur à honoraires opposables et pour les adhérents à l'option (OPTAM-CO). La mise en œuvre de cette mesure est conditionnée par la modification de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Pour les médecins éligibles à l'OPTAM-CO qui choisiraient d'adhérer à l'OPTAM défini aux articles 40 et suivant, le niveau de la majoration forfaits modulables (modificateur X nom à définir) applicable à leurs actes de chirurgie et aux actes d'accouchements définie dans la liste des actes et prestations mentionnée à l'article 162-1-7 du code de la sécurité sociale reste à 11,5%.

Article 52. Avenant à l'option

Pendant la durée de l'option, les évolutions des tarifs de remboursement donnent lieu à un avenant à l'option soumis au médecin. Cet avenant comporte le taux de dépassement et la part d'activité réalisée à tarif opposable recalculés en fonction des nouveaux tarifs de remboursement modifié conformément aux dispositions de l'annexe 21.

Article 53. Modalités d'adhésion et durée de l'option

Le médecin déclare son souhait d'adhérer à l'option auprès de la CPAM ou de la CGSS de son lieu d'installation, dans les conditions définies à l'article 50, par le biais d'un contrat conforme au contrat-type dont le modèle figure à l'annexe 20 qu'il adresse à la caisse du lieu d'implantation de son cabinet principal par lettre recommandée avec accusé de réception. Est joint au contrat un état de la pratique tarifaire du médecin sur les X années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés établi conformément aux dispositions de l'article 50.

La caisse enregistre l'adhésion à la date de réception de cette lettre et adresse au médecin un courrier attestant cet enregistrement.

L'adhésion à l'option (OPTAM-CO) est valable pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction.

Article 54. Modalités de suivi des engagements

A compter de la date d'adhésion à l'option, l'assurance maladie informe le médecin, chaque trimestre, sur le suivi de sa pratique tarifaire : taux de dépassement constaté, part de l'activité réalisée au tarif opposable, montant des honoraires sans dépassement et montant des

dépassements d'honoraires. Le médecin est informé de la mise à disposition de ces données sur Espace Pro.

Si, à l'issue de deux trimestres consécutifs, la caisse constate le non-respect par le médecin de l'un ou l'autre des engagements souscrits dans le cadre de l'option, elle lui adresse un courrier d'avertissement signalant d'une part, les anomalies constatées et d'autre part, le fait que si le non-respect des engagements est constaté à l'issue d'une année civile, une procédure de résiliation de l'adhésion est susceptible d'être mise en œuvre dans les conditions définies à l'article 55.2.

A l'issue de chaque année civile, quelle que soit la date d'adhésion à l'option dans l'année, l'assurance maladie procède à la vérification du respect des engagements dans l'option. Cette vérification intervient lorsque les données consolidées de l'année N sont disponibles (activité en date de soins réalisée sur l'année N et liquidés à la date du 31 mars de l'année N+1).

Cas particulier des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libérale et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins
Pour la vérification du respect des engagements dans l'option des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libérale et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, il est tenu compte de l'activité à tarif opposable effectuée au sein de ces structures. Dans ce cadre, le médecin fournit des documents émanant des établissements précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin au cours de l'année considérée.

Article 55. Modalités de résiliation

Article 55.1 Modalités de résiliation par le médecin

Le médecin ayant adhéré à l'option peut s'opposer à la reconduction tacite de l'option à la date anniversaire de celle-ci.

Dans ce cas, il informe la CPAM ou la CGSS de son lieu d'installation, par lettre recommandée avec avis de réception reçue par la caisse au plus tard un mois avant l'échéance de l'option.

Cette résiliation est effective à la date d'échéance de l'option. A compter de cette date, le médecin perd les avantages conférés par l'option.

Le médecin peut également décider de résilier à tout moment son adhésion à l'option. Dans ce cas, il informe la CPAM ou la CGSS de son lieu d'installation, par lettre recommandée avec avis de réception. Cette résiliation est effective un mois après réception du courrier par la caisse.

Article 55.2 Modalités de résiliation par la caisse

La caisse qui, dans les conditions définies précédemment, constate à l'issue de chaque année civile telle que définie à l'article 50, le non-respect par un médecin de ses engagements adresse un courrier par lettre recommandée avec accusé de réception notifiant les anomalies constatées et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

La procédure prévue au présent article s'applique également en cas de constatation par la caisse, dans un délai de deux mois après l'envoi par la caisse de la proposition de l'avenant prévu à l'article 52, de l'absence de signature du médecin. La caisse adresse à l'issue de ce délai un courrier par lettre recommandée constatant l'absence de signature de l'avenant à l'option.

Le médecin dispose d'un délai de deux mois à compter de la réception des courriers définis aux paragraphes précédents pour faire connaître ses observations écrites à la caisse. Il peut dans ce même délai être entendu par le directeur de la caisse ou l'un de ses représentants ou par la commission paritaire locale définie à l'article 86, avec une possibilité d'appel en CPN. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion à l'option par lettre recommandée avec accusé de réception.

A compter de la date de réception de ce courrier, il est mis fin aux avantages conférés par l'option.

La caisse peut également engager à l'encontre des médecins qui n'ont pas respecté de manière manifeste les termes de leur option, une récupération des sommes versées.

Article 56. Impact de la nouvelle convention sur le contrat d'accès aux soins défini dans le cadre de la convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011

Les contrats d'accès aux soins souscrits dans le cadre des dispositions de la convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 en cours à la date d'entrée en vigueur de la présente convention sont prorogés jusqu'au 31/12/2016 dans les conditions définies en annexe 17.

Les médecins qui à la date d'entrée en vigueur de la présente convention ne sont pas adhérent au contrat d'accès aux soins issu de la convention de 2011 précitée ont la possibilité d'adhérer à ce contrat dans les conditions définies à l'annexe 17.

Aucune adhésion au contrat d'accès aux soins issu de la convention de 2011 dans les conditions définies à l'annexe 17 n'est possible à compter du 1^{er} janvier 2017.

Dans les contrats d'assurance maladie complémentaire déjà souscrits à titre collectif ou individuel, les partenaires conventionnels demandent aux pouvoirs publics de considérer que les garanties faisant référence au "contrat d'accès aux soins" visent désormais l'OPTAM et l'OPTAM-CO.

Article 57. Modalités de mise en œuvre de l'option OPTAM-CO

L'option pratique tarifaire maîtrisée OPTAM-CO est ouverte à compter du 1^{er} janvier 2017. Les médecins adhérent au contrat d'accès aux soins issu de la convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 se voient proposer d'adhérer à la nouvelle option en signant un avenant au contrat.

Article 58. Suivi des pratiques tarifaires

Chaque année, les partenaires conventionnels suivent la mise en œuvre de l'OPTAM-CO et vérifient l'équilibre des contreparties financières du dispositif au regard du nombre des médecins ayant adhéré à l'option et de leur pratique tarifaire.

Moderniser les relations entre les médecins et l'Assurance maladie

La simplification administrative facteur de gain de temps pour les médecins dans leur exercice quotidien, réside notamment dans l'amélioration des relations directes qu'ils entretiennent avec leur caisse d'assurance maladie.

L'assurance maladie s'engage dans une démarche globale d'amélioration de sa qualité de service qui se décline au travers différents axes :

- un engagement de l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire pour harmoniser leurs procédures et faciliter la facturation des actes : garantie de paiement, délai de paiement, réduction des motifs de rejets de facturation, suivi de la facturation ;
- une évolution des outils proposés en matière de téléservices ;
- un accompagnement personnalisé avec des correspondants identifiés sur les différents sujets et une meilleure coordination et réactivité des différents interlocuteurs.

Sous-Titre 1. Modalités des échanges électroniques relatifs à la facturation à l'assurance maladie

Article 59. Les engagements de l'Assurance maladie sur la gestion de la facturation des actes

L'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie s'engagent à harmoniser leurs procédures pour faciliter la facturation des actes.

Les engagements de l'assurance maladie en matière de paiement et de suivi de facturation sont les suivants :

- La garantie de paiement sur la base des informations inscrites dans la carte Vitale du patient et ce, même si ce dernier n'a pas mis sa carte à jour ;
- Les rejets liés aux droits des patients sont supprimés ; pour toute FSE réalisée avec une carte Vitale, les rejets liés aux droits des patients sont supprimés, quels que soient les changements de situation du patient : changement de régime ou de situation familiale, déménagement, etc
En l'absence de carte Vitale, le service ADRi permet d'obtenir une situation de droit à jour pour le patient lors de l'établissement de la FSE, en accédant aux droits du patient figurant dans les bases de l'Assurance Maladie. Grâce à la protection universelle maladie pour l'ensemble des travailleurs et résidents en France, les patients bénéficient de droits continus à l'assurance maladie obligatoire,
- Les rejets des factures liés au parcours de soins sont supprimés,
- La garantie d'être payé sous 5 jours ouvrés en cas de facturation en FSE. Si le délai de paiement des FSE (en mode sécurisé Vitale ou SESAM sans Vitale uniquement) excède 7 jours ouvrés, une indemnité est versée par l'assurance maladie dans les conditions définies réglementairement. Chaque trimestre, les

régimes obligatoires d'assurance maladie publient sur leur site internet les délais de paiement des FSE en tiers-payant.

- Un meilleur suivi de la facturation avec un logiciel SESAM-Vitale à jour agréé « suivi des factures à partir de la norme NOEMIE 580 ». Le suivi des paiements est amélioré et les rapprochements comptables sont facilités. De même, les libellés de rejets de factures sont plus explicites et harmonisés entre les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Article 60. Modalités des échanges relatifs à la facturation à l'Assurance Maladie

Article 60.1 Le principe de facturation en Feuille de Soins Electronique (FSE)

La facturation des actes et prestations s'effectue par principe sous format électronique dit « système SESAM-Vitale » selon les conditions définies ci-après. En cas d'impossibilité, la facturation peut s'effectuer par le biais de la facturation « SESAM dégradé » définie à l'article 63.1 ou de la feuille de soins sur support papier définie à l'article 63.2.

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

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

Article 60.2 L'utilisation de la carte de professionnel de santé

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

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

Article 60.3 L'utilisation de la carte Vitale

Le médecin consulte des informations sur l'assuré ou de ses ayants droit au vu de la carte d'assurance maladie dite « Vitale ».

Dans le cas où l'assuré n'est pas en capacité de présenter sa carte Vitale le médecin peut utiliser le service ADRi (Acquisition des DRoits intégrée) pour obtenir une situation de droits à jour de son patient lors de l'établissement de la FSE, en accédant aux droits figurant dans les bases des organismes de l'Assurance Maladie.

L'appréciation du niveau de prise en charge par la caisse d'assurance maladie s'effectue à la date de soins.

Article 60.4 Les règles de télétransmission de la facturation

60.4.1 L'équipement informatique des caisses d'assurance maladie

Les caisses s'engagent à maintenir un niveau et une qualité de service informatique afin d'assurer le règlement des FSE dans les conditions prévues par la présente convention.

60.4.2 Equipement informatique du médecin

Le médecin met en œuvre les moyens nécessaires :

- pour intégrer en temps utile les évolutions de son équipement lui permettant de rester conforme à la réglementation et à la version en vigueur du système SESAM-Vitale ;
- pour disposer sur son poste de travail des données nécessaires à la tarification et à la facturation conformes aux dispositions réglementaires en vigueur ;
- pour assurer au mieux la continuité du service de la télétransmission au bénéfice des assurés sociaux, notamment pour respecter les délais réglementaires de transmission des feuilles de soins électroniques.

60.4.3 Liberté de choix du réseau

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

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

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

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

60.4.4 Respect des règles applicables aux informations électroniques

Le médecin doit s'assurer, dans tous les cas, du respect de la réglementation applicable aux traitements automatisés de données notamment en matière de déclaration de fichiers.

Les dispositions de la présente convention ne font pas obstacle à des transmissions directes par le médecin à des organismes complémentaires. Un éclatement de FSE vers des organismes complémentaires peut être effectué, selon des modalités prévues par le cahier des charges SESAM-Vitale, par un OCT mandaté par le médecin.

Article 60.5 Principes généraux d'établissement des feuilles de soins électroniques

60.5.1 Etablissement des FSE

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

60.5.2 Délai de transmission des FSE

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

60.5.3 Délai de paiement en cas de dispense d'avance des frais

La caisse traite les FSE et émet l'ordre de virement du montant dû dans un délai maximal de cinq jours ouvrés, à compter du jour de la réception de l'accusé de réception logique (ARL positif). Si le délai de paiement excède sept jours, une indemnité est versée aux médecins dans les conditions définies réglementairement.

60.5.4 Garantie de paiement pour la procédure de dispense d'avance des frais

Les organismes d'assurance maladie s'engagent, en procédure de dispense d'avance des frais, à effectuer le paiement de la part obligatoire des actes facturés par la FSE, sur la base des informations relatives à la couverture maladie contenues dans la carte d'assurance maladie à la date des soins y compris lorsque les droits figurant en carte ne sont pas à jour.

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.

Utilisation du service ADRi (Acquisition des DRoits intégrée)

Pour fiabiliser la facturation, l'assurance maladie met à disposition un service intégré au logiciel SESAM Vitale. Il permet de connaître la situation à jour des droits d'un patient grâce à un accès direct aux bases des organismes d'assurance maladie.

60.5.5 Procédure en cas d'échec d'émission d'une feuille de soins électronique

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

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

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

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

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

Article 61. Les autres procédures de facturation

Article 61.1 La feuille de soins SESAM « dégradé »

61.1.1 Procédure exceptionnelle

En cas d'impossibilité de produire des FSE du fait de l'absence, de la non-présentation ou de la défectuosité de la carte d'assurance maladie, le médecin réalise une feuille de soins SESAM « dégradé ».

Les parties s'engagent à en limiter l'utilisation au profit de la seule transmission de FSE et à en suivre l'évolution du volume dans le cadre des commissions paritaires locales.

61.1.2 Transmission des feuilles de soins SESAM « dégradé »

En cas de transmission de feuilles de soins SESAM « dégradé », y compris hors département, le médecin réalise parallèlement aux flux une feuille de soins papier.

Le médecin adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré les pièces justificatives de la transmission de feuilles de soins SESAM « dégradé » (feuille de soins sous forme papier). Les feuilles de soins SESAM « dégradé » n'ouvrent pas droit à la garantie de paiement prévue à l'article 60.5.4 et ne rentrent pas dans le calcul du taux de télétransmission défini à l'article 20.

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

Article 61.2 la facturation via la feuille de soins sur support papier

En cas d'impossibilité de produire des feuilles de soins électroniques ou SESAM « dégradé », la facturation est effectuée via la feuille de soins papier.

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

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

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

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

Article 61.3 Les outils d'aide au suivi de la facturation

L'assurance maladie met en place une offre d'accompagnement des médecins pour faciliter le suivi des informations de facturation (paiement et éventuels rejets des paiements).

Article 61.4 Le déploiement de la norme NOEMIE 580

Equipé d'un logiciel de facturation agréé « suivi des factures sur la base de la norme NOEMIE 580 », le médecin bénéficie d'un retour d'information amélioré permettant :

- un meilleur suivi des paiements, rejets et régularisations de factures
 - identification de la facture de façon unique (indication du numéro et type de facture, date de facturation et lieu d'exécution)
 - information au niveau de la facture : payée, rejetée ou différée, avec le détail de la part obligatoire et de la part complémentaire pour chaque facture
 - motifs des rejets clairement identifiés avec l'indication
 - de la part concernée par le rejet (part obligatoire ou part complémentaire)
 - du niveau de rejet (facture, prestation, code affiné),
 - de la nature de la prestation
 - du libellé de rejet
- un rapprochement facilité entre les factures et les virements bancaires, avec l'indication de la référence du virement bancaire et des factures concernées par ce dernier,
- les retours d'information sur les factures sont regroupés par date comptable et référence de virement, ce qui permet de lister simplement les factures correspondant à un virement donné,
- une meilleure lisibilité des mouvements financiers avec une distinction des types de retours :
 - liquidation de factures
 - régularisation de factures
 - paiements ponctuels ou forfaitaires
 - retenues ponctuelles après accord formel du médecin.

Article 61.5 La mise en place d'un centre de services inter-régimes (CESI)

Un point de contact unique, commun à l'ensemble des régimes obligatoires et dénommé CESI (centre de services inter régimes), est mis à la disposition des médecins qui souhaitent bénéficier d'une assistance lorsqu'ils rencontrent une difficulté pour pratiquer le tiers-payant.

Il est constitué sous la forme d'un support multicanal : il est dans un premier temps accessible par courriel ou par téléphone. Des sollicitations par « chat », à partir d'Espace Pro ou par une application smartphone seront progressivement proposées.

L'équipe administrative dédiée répond à toutes les questions et à toutes les réclamations liées à la facturation en tiers-payant, quel que soit le régime d'affiliation du patient et sa caisse de rattachement :

- information générale sur la réglementation et les conventions applicables dans le cadre du tiers payant ;
- assistance à la facturation ;
- information sur les paiements et sur les rejets.

Lorsque la réponse ne peut être immédiatement apportée, un engagement de réponse en trois jours est pris. Cette réponse peut être assurée directement par la caisse de rattachement du patient, quel que soit son régime.

Le conseiller informatique service (CIS) ainsi que l'ensemble des interlocuteurs habituels en caisse restent à la disposition du médecin.

Sous-Titre 2. La simplification des échanges entre les médecins et l'assurance maladie

La simplification administrative répond à plusieurs objectifs :

- garantir l'ouverture des droits et permettre l'accélération des remboursements des patients afin de favoriser leur accès aux soins ;
- faciliter l'accès des patients à un certain nombre de prestations grâce au développement de télé services ;
- faciliter les relations entre professionnels de santé et assurance maladie et ainsi libérer du temps médical grâce notamment :
 - aux téléservices accessibles en mode intégré-logiciel ou via le portail Espace pro et permettant un certain nombre de déclarations en ligne (déclaration médecin traitant; déclaration simplifiée de grossesse; avis d'arrêt de travail; certificat médical pour AT-MP; commande de kits pour le dépistage du cancer colorectal...);
 - à la mise en place de protocoles électroniques (PSE) simplifiés pour les demandes d'ALD ;
 - à l'accompagnement personnalisé avec des correspondants identifiés sur les différents sujets et une meilleure coordination et réactivité des différents interlocuteurs.

Au-delà des améliorations d'ores et déjà apportées, l'Assurance Maladie souhaite poursuivre ses démarches engagées visant à mieux répondre aux besoins des médecins, grâce à des technologies plus agiles et plus réactives issues du digital.

Cette approche s'appuie sur :

- un recueil des besoins au plus près des médecins,
- une association des médecins à la construction du service,
- une phase d'expérimentation réelle avec une évaluation du produit par les utilisateurs,
- une prise en compte rapide des demandes d'amélioration.

Article 62. Les Téléservices

Les parties signataires considèrent que les mesures ayant pour objet de simplifier les échanges entre les médecins et l'assurance maladie contribuent à l'optimisation de la pratique des médecins et à une amélioration de la prise en charge de leurs patients.

L'objectif est de mettre à disposition des médecins un ensemble de services simplifiant leurs tâches administratives et facilitant la prise en charge de leurs patients quel que soit leur régime d'assurance maladie.

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

Dans l'attente de la mise en service de cette fonctionnalité, l'assurance maladie met à la disposition des professionnels des téléservices, via le portail de l'assurance maladie. De manière générale, les parties signataires veillent à la mise à disposition d'outils d'une ergonomie adaptée et d'utilisation rapide, prenant en compte les contraintes de la pratique du médecin en termes notamment de santé publique, de prise en charge et de suivi du patient, dans le cadre global de l'organisation de son cabinet.

A ce titre, les partenaires conventionnels s'engagent à travailler de manière concertée notamment dans le cadre du comité technique paritaire permanent chargé des simplifications administratives définies à l'article 84 pour améliorer et développer des services mis à disposition des médecins en favorisant dans la mesure du possible, les phases d'expérimentation préalables à leur utilisation. Cette concertation se poursuit dans tout le processus de déploiement et de généralisation des services offerts.

Le développement des téléservices

Les téléservices suivants sont disponibles :

- Services en support des tâches et démarches administratives :

Plusieurs services disponibles sur le portail Espace pro permettent au médecin d'accéder à des informations administratives concernant son activité : les informations concernant sa patientèle médecin traitant, les paiements effectués par l'Assurance Maladie. Plusieurs commandes peuvent également être faites en ligne (formulaire, kits de dépistage du cancer colorectal, tests de détection rapide de l'angine ...)

Services facilitant la prise en charge des patients

La gestion des protocoles de soins électroniques (PSE) simplifiés

Le service permet d'effectuer une demande de prise en charge de l'ALD avec une rédaction simplifiée du protocole de soins sur un support électronique. Il permet au médecin de disposer d'un accord immédiat pour les ALD à déclaration simplifiée. Il permet pour les autres un échange entre le médecin traitant et le médecin conseil.

La prescription d'arrêt de travail en ligne

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

La déclaration du médecin traitant en ligne

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

La déclaration d'un certificat médical d'Accident de Travail ou de Maladie Professionnelle en ligne

Ce service permet de rédiger avec une aide intégrée, un certificat médical d'accident de travail ou de maladie professionnelle avec l'arrêt de travail afférent transmis en temps réel aux services de l'assurance maladie.

La déclaration de grossesse en ligne

Ce service permet d'effectuer une déclaration de grossesse dématérialisée transmise en temps réel aux services de l'assurance maladie ce qui évite à la patiente d'envoyer le certificat papier remis lors du premier examen médical.

La dématérialisation des démarches d'installation

Ce service permet à un médecin qui souhaite s'installer de réaliser ses démarches en ligne. Il peut déposer en ligne les pièces justificatives nécessaires à son installation et prendre rendez-vous avec un conseiller de sa caisse. Dès son rendez-vous, il obtient ainsi sans attendre les documents nécessaires à son début d'exercice, et au plus tôt sa carte de Professionnel de Santé (CPS). Le service va être étendu aux médecins remplaçants.

Article 63. Des échanges personnalisés avec des correspondants identifiés

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

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

Par ailleurs, l'assurance maladie s'engage à mettre en place par p messagerie sécurisée, des échanges sécurisés pour les informations à caractère confidentiel entre les médecins traitants et les praticiens conseils. Plus largement, elle développe les échanges électroniques avec les interlocuteurs identifiés de l'assurance maladie à même de traiter les différentes demandes des médecins.

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

Article 64. Un accompagnement des médecins dans leur pratique

Les parties signataires reconnaissent l'intérêt des programmes d'échanges et d'accompagnement mis en place auprès des professionnels de santé.

Les thèmes d'accompagnement prévus pour l'année sont présentés à l'occasion de la réunion de la commission paritaire nationale au début de chaque année.

Article 64.1 Les échanges confraternels entre les médecins et les praticiens conseils et les échanges avec les délégués de l'assurance maladie (DAM)

Lors des échanges confraternels ou des visites DAM, l'assurance maladie apporte aux professionnels de santé rencontrés des informations actualisées pour les aider dans l'exercice de leur pratique.

Ces informations prennent différentes formes :

- des recommandations de bonne pratique émanant des agences sanitaires nationales,
- selon le thème de la visite, un état des lieux des pratiques sur le territoire ou la présentation de résultats d'études,
- des informations personnalisées sur le thème de l'échange permettant au médecin rencontré de situer sa pratique au regard de celle de ses confrères du département ou de la région,
- des outils d'aide à la pratique (mémos de bonne pratique, arbre décisionnel, mémos coût..),
- la primeur du contenu de futures campagnes de communication destinées aux assurés,
- des brochures destinées à être remises aux patients pour qu'ils soient mieux informés et plus observants des recommandations émanant des professionnels de santé.

Article 64.2 Les Conseillers informatique service

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

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

A ce titre, ils sont amenés à contacter ou rencontrer les médecins à leur demande ou de manière proactive sur plusieurs versants :

- assistance technique (démarrages d'utilisation des téléservices, résolution d'incidents),
- conseil et accompagnement (suivi attentionné dans le cadre de la facturation, préconisations pour une utilisation optimale des téléservices,).

Pour répondre aux besoins exprimés par les médecins d'une assistance rapide et efficace, l'assurance maladie met à disposition une solution de téléassistance pour l'utilisation du portail Espace Pro. Ce canal de contact permet une continuité de service pour les médecins sans interférence dans leur organisation (modulation des interventions à chaud ou sur rendez-vous).

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

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

Article 65. Documents relatifs à la facturation des prestations

Les médecins s'engagent à n'utiliser que les feuilles de soins, imprimés et documents conformes aux modèles définis par la réglementation qu'ils soient transmis par voie électronique ou sur support papier.

L'assurance maladie met à disposition des médecins les différents imprimés et documents nécessaires à la facturation. Les commandes doivent être effectuées au regard du volume d'activité du médecin et être suffisamment anticipées pour permettre une fourniture par les caisses dans des délais compatibles avec les besoins du médecin et inférieurs à six semaines.

Les projets de modifications apportées sur ces modèles de documents sont transmis préalablement pour avis aux membres du comité technique paritaire permanent national (CTPPN) chargé des simplifications administratives défini à l'article 84 de la présente convention.

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

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

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

Article 66. Facturation des honoraires

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

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

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

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

Article 67. Facturation des actes effectués par le personnel agissant sous la responsabilité du médecin

Lorsque les actes sont effectués par un auxiliaire médical salarié ou par un médecin exerçant sous la responsabilité conventionnelle (collaborateurs salariés, adjointes et assistants définis aux articles 33 et 35) d'un médecin libéral, adhérant à la présente convention, la facturation s'effectue selon les modalités suivantes.

Les feuilles de soins ou les supports, sur lesquels sont portés les actes, doivent permettre l'identification nominale et codée du médecin employeur, suivie de l'identification de l'auxiliaire médical ou du médecin exerçant sous la responsabilité conventionnelle du médecin libéral. Le médecin employeur est identifié dans la rubrique réservée à l'identification de la structure et l'auxiliaire salarié ou le médecin exerçant sous la responsabilité conventionnelle du médecin libéral comme exécutant de l'acte.

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

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

Article 68. Rédaction des ordonnances

L'ensemble des mentions prévues par la réglementation en vigueur doivent apparaître lisiblement sur l'ordonnance.

L'ordonnance doit permettre l'identification de son auteur et contenir donc les informations suivantes :

- l'identifiant personnel du prescripteur autorisé à exercer (numéro RPPS),
- et l'identifiant de la structure d'activité au titre de laquelle est établie l'ordonnance, c'est à dire :
 - o soit le numéro assurance maladie personnel (numéro AM) pour les médecins exerçant en structures disposant d'un tel numéro comme les cabinets médicaux (y compris les activités libérales exercées en milieu hospitalier).
 - o soit le n°FINESS pour les structures comme les établissements de santé.

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

Le médecin formule sur des ordonnances distinctes les prescriptions :

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

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

Ces documents sont soumis pour avis, avant d'être mis à la disposition des médecins par l'assurance maladie, au comité technique paritaire permanent chargé des simplifications administratives défini à l'article 84 de la convention

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

Sous-Titre 4. Modalités particulières à l'exercice dans un établissement de santé

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

Pour les actes médicaux effectués en établissement de santé visé au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans le cadre d'une hospitalisation avec ou sans hébergement, l'ensemble des actes dispensés ainsi que le montant correspondant des honoraires sont inscrits sur un support dit "bordereau de facturation" (bordereau S3404). Ce bordereau de facturation mentionne l'identifiant assurance maladie personnel du médecin (numéro AM) pour permettre d'intégrer les actes réalisés au titre de l'activité libérale conventionnée.

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

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

- **Actes réalisés par les praticiens statutaires exerçant à temps plein dans les établissements publics de santé pour la part de leur activité en libéral**

L'ensemble des actes dispensés par un praticien hospitalier temps plein, dans le cadre de son activité libérale sont effectués dans les conditions définies par les articles L. 6154-2 à L. 6154-7 du code de la santé publique qui précisent les droits et obligations attachés à cette activité (plafond d'activité libérale autorisée, obligation de réaliser la même activité en secteur public, affichage des tarifs, obligation d'information du patient, transmission des données d'activité, paiement d'une redevance....).

Les actes et consultations réalisés dans ce cadre sont facturés au malade sous l'identifiant assurance maladie personnel du médecin (numéro AM) pour permettre d'intégrer les actes réalisés dans l'activité libérale conventionnée conformément au I de l'article L. 6154-2 du code de la santé publique.

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

- **Actes réalisés dans le cadre d'un contrat d'exercice libéral**

Un médecin exerçant à titre libéral a la possibilité de conclure un contrat d'exercice libéral avec un établissement public de santé dans les conditions définies aux articles L. 6146-2 et R. 6146-17 et suivants du code de la santé publique.

L'ensemble des honoraires correspondant aux actes dispensés par un médecin dans le cadre du contrat d'exercice libéral pour lequel il s'est engagé, sont directement versés par l'établissement public de santé signataire du contrat conformément à l'article L. 6146-2 du code de la santé publique. L'établissement communique ensuite les états mensuels prévus à

l'article R. 6146-21 du code de la santé publique à la caisse primaire d'assurance maladie dont relève chaque professionnel de santé.

Le médecin n'a pas la possibilité d'opter pour le paiement direct des honoraires. Il n'y a donc pas de facturation directe à l'Assurance Maladie. Cette activité ne relève pas du champ d'application de la présente convention.

- **Actes réalisés dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire**

Lorsque des actes médicaux sont réalisés par un médecin libéral intervenant dans un groupement de coopération sanitaire financé sur la base des tarifs de prestations d'hospitalisation des établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, les honoraires du médecin sont versés par le groupement de coopération sanitaire en application de l'article L. 6133-8 du code de la santé publique. Cette activité ne relève donc pas du champ d'application de la présente convention.

Lorsque des actes médicaux sont réalisés par un médecin intervenant dans un groupement de coopération sanitaire financé sur la base des tarifs de prestations d'hospitalisation des établissements mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, en application de l'article L. 6133-8 du code de la santé publique, les honoraires du médecin sont versés directement par l'Assurance Maladie lorsque ce dernier exerce à titre libéral. L'ensemble des actes sont donc facturés sous l'identifiant assurance maladie personnel du médecin (numéro AM) pour permettre d'intégrer les actes réalisés dans l'activité libérale conventionnée.

Sous-Titre 5. Dispositions sociales

Article 69. Principe et champ d'application

En application du 5° de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, les partenaires conventionnels conviennent que les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les médecins conventionnés en secteur à honoraires opposables pour les risques maladie, maternité, décès, allocations familiales et allocation supplémentaire vieillesse.

Les parties signataires reconnaissent que le niveau de la protection sociale offerte aux médecins libéraux constitue un facteur déterminant pour les jeunes générations dans le choix de leur mode d'exercice de la médecine.

L'ensemble des mesures nécessaires à l'amélioration de cette protection sociale notamment dans les domaines suivants : couverture maternité, protection en cas d'incapacité de travail et couverture du risque accident du travail, maladies professionnelles suppose une évolution du cadre législatif et réglementaire afin de fixer la nature et le niveau des prestations ouvertes, ainsi que les contributions sociales afférentes.

Une fois ces modifications intervenues les partenaires conventionnels examineront les modalités de participation de l'assurance maladie au financement des éventuelles mesures retenues.

La participation de l'assurance maladie pour les risques maladie, maternité, décès, allocations familiales et allocation supplémentaire vieillesse est assise sur les revenus acquis au titre de

l'activité libérale effectuée dans le cadre de la présente convention à l'exclusion des dépassements d'honoraires.

L'assiette de participation des caisses d'assurance maladie est étendue également aux revenus tirés d'activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins. Cette disposition est applicable sous réserve de réaliser un seuil minimal d'activité dans le cadre de l'activité libérale conventionnée facturée individuellement à l'assurance maladie. Ce seuil est défini de la manière suivante : montant d'honoraires sans dépassement de l'activité libérale rapporté au total des honoraires sans dépassement perçus par le médecin au titre de l'activité libérale et de l'activité en structure, ce rapport devant être supérieur à 15%. La participation est conditionnée au respect des tarifs opposables fixés par la convention, attesté par la production de documents fixant les règles de rémunération entre les médecins et ces structures.

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

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

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

Article 70. Assurance maladie, maternité, décès

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

La participation des caisses, dont les modalités de calcul sont détaillées à l'annexe de la présente convention, est assise :

- d'une part, sur le montant du revenu net de dépassements d'honoraires tiré de l'activité libérale réalisée dans le cadre de la présente convention ;
- d'autre part, sur le montant des revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, dès lors que ces activités ont été rémunérées sur la base des tarifs opposables fixés par la présente convention et que le seuil d'activité libérale défini à l'article 69 est atteint.

La hauteur de la participation de l'assurance maladie est fixée de telle manière que le reste à charge pour les médecins soit de 0,1% de l'assiette de participation définie au présent article.

Article 71. Allocations familiales

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

L'assiette de participation des caisses est identique à celle prévue à l'article 70 de la présente convention.

Cette participation de l'assurance maladie correspond à :

- 100 % de la cotisation pour les revenus inférieurs au plafond annuel de sécurité sociale,
- 80% de la cotisation pour les revenus compris entre 110% et 140% du plafond annuel de sécurité sociale,
- 60% de la cotisation pour les revenus supérieurs à 140% du plafond annuel de sécurité sociale.

Les modalités de calcul de la participation sont précisées à l'annexe 22 de la présente convention.

Article 72. Pérennisation du régime des allocations supplémentaires de vieillesse (ASV)

Afin de pérenniser le régime Allocation Supplémentaire Vieillesse (ASV), une réforme de ce régime a été mise en place par le décret no 2011-1644 du 25 novembre 2011. Au regard du bilan des mesures mises en place depuis 2012 et des perspectives financières du régime, une nouvelle réforme doit être initiée portant notamment sur l'évolution du taux de la cotisation proportionnelle mise en place par le décret de 2011, Cette nouvelle réforme va faire l'objet d'un décret fixant notamment les nouveaux taux applicables à la cotisation proportionnelle.

Les partenaires conventionnels s'entendent pour maintenir le niveau de prise en charge de l'assurance maladie dans le régime des avantages complémentaires de vieillesse dans le cadre de cette réforme en cours. Ils actent donc les dispositions suivantes.

Au titre du régime des avantages complémentaires de vieillesse, la participation des caisses au financement de la cotisation forfaitaire annuelle obligatoire, prévue à l'article L. 645-2 du code de la sécurité sociale et due par les médecins conventionnés, est fixée aux deux tiers du montant de ladite cotisation, tel que fixé par décret.

La participation des caisses à la cotisation d'ajustement annuelle obligatoire prévue à l'article L. 645-3 du code de la sécurité sociale, et due par les médecins conventionnés au titre du régime des avantages complémentaires de vieillesse, s'élève aux deux tiers du montant de ladite cotisation, tel que fixé par décret.

Article 73. Modalités de versement

La participation de l'assurance maladie est versée aux organismes de recouvrement, sur leur appel.

Titre 5. Vie conventionnelle

Sous-Titre 1. Durée et résiliation de la convention

Article 74. Durée de la convention

Conformément à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, la présente convention nationale est conclue pour une durée de cinq ans à compter de la date d'entrée en vigueur de son arrêté d'approbation. La convention est renouvelable par tacite reconduction par période de même durée sauf dénonciation six mois au moins avant sa date d'échéance par les parties signataires dans les conditions définies dans le code de la sécurité sociale.

Article 75. La signature de la convention par une nouvelle partie

Toute organisation syndicale représentative peut signer la présente convention par un acte adressé à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). L'UNCAM informe alors les autres signataires. Cette nouvelle signature entraîne une modification de la composition des instances paritaires dans les conditions définies aux articles 82 et suivants

Article 76. Résiliation de la convention

La présente convention peut être résiliée par les partenaires conventionnels, soit par décision de l'UNCAM, soit par décision conjointe d'au moins deux organisations syndicales représentatives signataires de la convention représentant la majorité des suffrages exprimés aux dernières élections des unions régionales des professionnels de santé dans le collège des médecins généralistes ou au regard des résultats agrégés des collèges mentionnés aux 2° et 3° de l'article L. 4031-2 du code de la santé publique puis du collège des médecins spécialistes, à compter des élections aux unions régionales des professionnels de santé de 2020, dans les cas suivants :

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

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

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

Article 77. Notification

Conformément aux dispositions de l'article R. 162-54-9 du code de la sécurité sociale, l'assurance maladie met à disposition des professionnels de santé concernés sur son site internet, la présente

convention, ses annexes et, le cas échéant, les avenants à la présente convention, dans un délai d'un mois suivant leur publication au Journal officiel de la République française.

Article 78. Modalités d'adhésion

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

- les médecins précédemment placés sous le régime de la convention approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 applicable aux médecins libéraux à la date d'entrée en vigueur de la convention, sont considérés tacitement comme y adhérant.

- les médecins exerçant hors du régime de la convention approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 à la date d'entrée en vigueur de la présente convention et les praticiens s'installant en exercice libéral au cours de la vie conventionnelle, qui souhaitent adhérer à la présente convention en font la demande soit par courrier recommandé avec avis de réception adressé à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils exercent, soit lors du rendez-vous de préparation à l'installation avec la caisse primaire d'assurance maladie. Leur adhésion à la convention est effective à la date à laquelle la caisse accuse réception de leur demande.

Article 79. Modalités de rupture d'adhésion

Conformément aux dispositions de l'article R. 162-54-9 du code de la sécurité sociale, le médecin qui ne souhaite plus être placé sous le régime de la présente convention adresse un courrier recommandé avec accusé de réception à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle il exerce. Cette décision prend effet un mois après la date de réception de son courrier par la caisse primaire d'assurance maladie. Le médecin reste autorisé à formuler à tout moment une nouvelle demande d'adhésion en conservant le secteur d'exercice auquel il appartenait, au moment de sa sortie de la convention.

Sous-Titre 3. Les instances conventionnelles

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

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

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

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

Article 80. La Commission Paritaire Nationale (CPN)

Article 80.1 Composition de la Commission Paritaire Nationale

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

Section professionnelle

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

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

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

Section sociale

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

- Régime général : 8 représentants.
- Régime agricole : 2 représentants- Régime social des indépendants : 2 représentants.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

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

Participe également à titre consultatif aux séances de la CPN, un représentant de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire et un représentant du Conseil de l'Ordre des médecins

La commission peut se réunir en formation orientations ou en formation exécutive.

En "formation médecins" dans le cadre de la procédure définie à l'article **XX**, la CPN est composée exclusivement des médecins de la section professionnelle et sociale.

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

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

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

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

Article 80.2 Mise en place de la Commission Paritaire Nationale

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

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

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

Elle se réunit au siège de l'UNCAM ou en cas d'indisponibilité, dans les locaux d'un des régimes membre de l'UNCAM.

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

Article 80.3 Rôle de la Commission Paritaire Nationale

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

La CPN réunie en formation orientations délibère sur les orientations de la politique conventionnelle et particulièrement sur :

- le suivi et l'évaluation du dispositif du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés ;
- le suivi et l'évaluation des résultats des options de pratique tarifaire maîtrisée définie aux articles 40 et suivants et les engagements des médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents et les médecins titulaires d'un droit à dépassement permanent définis à l'article 35.3 ;
- le suivi de la mise en œuvre des dispositifs de rémunération sur objectifs de santé publique définis aux articles 27 et suivants et décide de l'éventuelle modification des indicateurs composant ces dispositifs, conformément à l'article 27.5XX;
- le suivi de la mise en place du dispositif incitatif mis en place aux articles 1er et suivants pour améliorer la répartition de l'offre de soins.
- le bilan des rémunérations versées au titre des forfaits patientèle médecin traitant et structure définis aux articles XXX et XXX de la convention afin d'examiner les conditions d'évolution de ces forfaits.

La CPN réunie en formation exécutive est notamment chargée des missions suivantes :

- elle veille au respect des dispositions conventionnelles par les médecins et les caisses au niveau local ;
- elle détermine le nombre de commissions paritaires locales et leur répartition territoriale dans les départements comportant plusieurs caisses primaires ;
- elle prend toutes les dispositions nécessaires au bon fonctionnement des instances régionales et locales ;
- elle prépare les avenants et annexes de la convention ;
- elle suit les résultats des actions d'accompagnement mis en place dans le cadre de la maîtrise médicalisée
- elle est informée des programmes d'accompagnement mis en place au service des patients

- ;
- elle délibère sur les activités médicales à soumettre à la Haute Autorité de santé en vue de l'établissement de références médicales telles que définies aux articles L. 162-5 et L. 162-12-15 du code de la sécurité sociale ;
- elle propose des orientations prioritaires pour le développement professionnel continu dans les conditions définies à l'article 4021-2 du code de la santé publique pour accompagner notamment la mise en place des dispositifs conventionnels s'attachant à promouvoir et à valoriser l'amélioration de la qualité des soins et favorisant le juste soin dans toutes ses composantes: prévention et dépistage, suivi des pathologies chroniques, efficacité des prescriptions et réduction des actes inutiles ou redondants ;
- elle contribue à la mise en œuvre du dispositif d'accompagnement des priorités de santé publique et des objectifs de maîtrise médicalisée dès lors que le cadre juridique le permet.- elle contribue à l'élaboration du budget du Fonds des actions conventionnelles (FAC) défini à l'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale pour la section des médecins dans la limite fixée par la Convention d'Objectifs et de Gestion, en équilibre des recettes et des dépenses.
- elle assure l'installation et le suivi du comité technique paritaire permanent national chargé des simplifications administratives ;
- elle émet un avis sur le recours consultatif formé auprès d'elle par le médecin à l'encontre duquel une sanction a été décidée par les caisses dans les conditions définies aux articles 85 et suivants;
- elle émet un avis dans les conditions définies à l'annexe 24 de la convention nationale ;
- elle assure le suivi et examine le bilan des commissions des pénalités sur la base d'un bilan d'activité annuel communiqué par la CNAMTS ;
- elle est informée des critères de ciblage pour les dispositifs de mises sous accord préalable du service du contrôle médical (MSAP) et de mise sous objectifs de réduction des prescriptions (MSO) définies à l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale et examine un bilan annuel de leur mise en œuvre.

Article 81. Observatoire des mesures conventionnelles

Au regard des modifications introduites dans la présente convention, les partenaires conventionnels conviennent de la nécessité de créer un observatoire conventionnel.

Celui-ci aura notamment pour missions le suivi et l'évaluation des mesures conventionnelles innovantes, dans leurs aspects médico-économiques, juridiques et financiers.

Article 81.1 Missions de l'observatoire

Les thèmes de travail porteront notamment sur :

- la mise en place et le suivi des mesures sur l'activité clinique telle que décrite aux articles X et suivants,
- la mise en place et le suivi des mesures sur l'activité technique telle que décrite aux articles X et suivants et l'impact sur la valeur du K du nombre de médecins signataires de l'OPTAM-CO,
- l'élaboration de la méthodologie pour la fixation et la révision du coût de la pratique des actes en lien avec les travaux menés par l'observatoire de la CCAM défini à l'article 2 de l'annexe 2.

- la mise en place et le suivi des forfaits patientèle médecin traitant et structures définis aux articles 15.4.1 et 20,
- le suivi de la mise en place du médecin traitant de l'enfant,
- l'évolution de la rémunération sur objectifs de santé publique,
- le suivi des travaux sur les médecins pratiquant une expertise particulière.

Les études médico-économiques nécessaires seront menées en fonction des données disponibles et des possibilités actuelles des systèmes d'information.

Cet observatoire est une émanation de la commission paritaire nationale.

Article 81.2 Composition de l'observatoire

L'observatoire est une instance nationale, émanation de la Commission paritaire nationale.

Il est composé pour moitié de représentants de l'UNCAM et de représentants des organisations syndicales signataires de la présente convention.

L'Observatoire est constitué d'une section professionnelle et d'une section sociale.

Section professionnelle

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

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Section sociale

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

- Régime général : 8 représentants.
- Régime agricole : 2 représentants
- Régime social des indépendants : 2 représentants.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

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

La présidence de l'observatoire est assurée à tour de rôle par un représentant des syndicats signataires de la convention nationale des médecins et par un représentant de l'UNCAM dans les conditions définies à l'article 23 du règlement intérieur type des commissions paritaires.

Membres consultatifs :

- Un représentant de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire
- Un représentant du ministère chargé de la santé et de la sécurité sociale.

Article 81.3 Fonctionnement de l'observatoire

Le programme de travail de l'observatoire est défini par la Commission paritaire nationale.

L'observatoire se réunit en tant que de besoin et au moins une fois par an.

Il peut entendre des experts désignés par le président ou le vice-président.

Les représentants des organisations syndicales, membres de l'observatoire, ont droit à une indemnité forfaitaire, dans les conditions prévues par la convention nationale pour les représentants siégeant à la Commission paritaire nationale.

Le secrétariat de l'observatoire est assuré par l'UNCAM, qui a la responsabilité de son fonctionnement administratif.

Article 82. Comité technique paritaire permanent national chargé des simplifications administratives placé près de la CPN

Un comité technique paritaire permanent national (CTPPN) chargé notamment des « simplifications administratives » et des aspects techniques des relations entre les caisses et les médecins, est instauré près la CPN.

Article 82.1 Composition du CTPPN

Le comité est composé de 12 membres titulaires:

Section professionnelle

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

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

Section sociale

6 membres titulaires représentants l'assurance maladie

Régime Général : 4 représentants

Mutualité Sociale Agricole : 1 représentant

Régime Social des Indépendants : 1 représentant

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

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

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

Article 82.2 Mise en place du CTPPN

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

Il se réunit au moins 3 fois par an et dans les cas suivants :

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

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

Il se réunit au siège de l'UNCAM ou en cas d'indisponibilité, dans les locaux d'un des régimes membre de l'UNCAM.

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

Article 82.3 Missions du CTPPN

Le comité est chargé notamment :

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

Les modalités de fonctionnement du CTPPN sont définies dans un règlement intérieur figurant à l'Annexe 23 de la présente convention.

Article 83. La Commission Paritaire Régionale (CPR)

Il est créé dans chaque région une Commission Paritaire Régionale.

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

Article 83.1 Composition de la Commission Paritaire Régionale

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

Section professionnelle

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

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

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

Section sociale

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

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

Régime agricole : 2 représentants, dont un médecin conseil.

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

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

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

Participe également à titre consultatif aux séances de la CPR, un représentant du Conseil de l'Ordre des médecins

La commission peut se réunir en formation orientations ou en formation exécutive.

En "formation médecins" dans le cadre de la procédure définie à l'annexe 24, la CPR est composée :

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

Des membres suivants pour la section sociale :

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

Les modalités de fonctionnement de la commission sont définies dans un règlement intérieur figurant à l'Annexe 23 de la présente convention.

Article 83.2 Mise en place de la Commission Paritaire régionale

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

Elle se réunit au minimum trois fois par an dont au moins une fois en formation orientations et dans les cas suivants :

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

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

Article 83.3 Missions de la Commission Paritaire Régionale

La CPR réunie en formation orientations délibère sur les orientations de politique conventionnelle au niveau régional.

La CPR réunie en formation exécutive est chargée notamment des missions suivantes :

- elle assure le suivi des contrats incitatifs définis aux articles 4 à 7 en matière de démographie et est destinataire dans ce cadre des contrats types régionaux arrêtés par les ARS,
- elle suit les résultats des campagnes d'accompagnement mises en place dans le cadre de la maîtrise médicalisée définies aux articles **XX** et suivants;
- elle est informée des programmes d'accompagnement mis en place au service des patients
- elle assure un suivi des dépenses de santé au niveau régional ;
- elle émet un avis sur le recours suspensif formé auprès d'elle par le médecin à l'encontre duquel une sanction a été décidée par les caisses dans les conditions aux articles 86 et suivants;
- elle émet un avis sur les situations de pratiques tarifaires excessives, tel que défini à l'article 85, que lui soumet le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'implantation d'exercice principal du médecin. Cet avis porte sur le caractère sanctionnable de la pratique tarifaire soumise puis sur la nature et le quantum de la sanction ;
- elle est informée des travaux des instances locales de la région ;
- elle informe régulièrement la CPN de ses travaux.

Article 84. La Commission Paritaire Locale (CPL)

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

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

Article 84.1 Composition de la commission paritaire locale

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

Section professionnelle

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

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

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

Section sociale

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

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

Régime agricole : 2 représentants, dont 1 médecin conseil ;

Régime social des indépendants : 2 représentants, dont 1 médecin conseil.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

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

Participe également à titre consultatif aux séances de la CPL, un représentant du Conseil de l'Ordre des médecins

La commission peut se réunir en formation orientations ou en formation exécutive.

En "formation médecins" dans le cadre de la procédure définie à annexe 24, la CPL est composée:

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

Des membres suivants pour la section sociale :

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

Les modalités de fonctionnement de la commission sont définies dans un règlement intérieur figurant à l'Annexe 23 de la présente convention.

Article 84.2 Mise en place de la Commission Paritaire Locale

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

Elle se réunit au minimum 3 fois par an dont au moins une fois en formation orientations et dans les cas suivants :

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

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

Article 84.3 Rôle de la Commission Paritaire Locale

La CPL réunie en formation orientations délibère sur les orientations de politique conventionnelle au niveau régional.

La CPL réunie en formation exécutive a notamment les missions suivantes :

- elle veille au respect des obligations respectives des parties et se réunit pour étudier toute question soulevée par l'application de la convention au niveau local ;
- elle assure le bon fonctionnement des dispositifs mis en place dans le cadre de la convention;
- elle conduit toute analyse concernant l'évolution de la consommation des soins et les conditions d'accès aux soins des assurés ;
- elle suit les résultats des actions d'accompagnement mis en place dans le cadre de la maîtrise médicalisée ;
- elle est informée des programmes d'accompagnement mis en place au service des patients ;
- elle assure le suivi des mesures sur l'accès facilité au médecin traitant visées au sous titre 3 du titre 1 ;
- elle examine les éventuels litiges entre un médecin et sa caisse de rattachement après saisine du médecin et dès lors que le Président et Vice-Président de la CPL ont accepté la mise à l'ordre du jour du dossier ;
- elle est informée des critères de ciblage pour les dispositifs de mises sous accord préalable du service du contrôle médical (MSAP) et de mise sous objectifs de réduction des prescriptions (MSO) définies à l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale et examine un bilan annuel de leur mise en œuvre,
- elle établit un relevé de décision à chaque réunion et le communique au secrétariat de la CPN ;
- elle se réunit avant toute décision susceptible d'être prise à l'encontre d'un médecin, pour émettre un avis dans les conditions fixées à l'article 86 et suivants de la convention;

Elle informe régulièrement la CPR et la CPN de ses travaux.

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

Article 85. De l'examen des cas de manquements

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

Le non-respect des dispositions conventionnelles peut notamment porter sur :

- l'application, de façon répétée, de tarifs supérieurs aux tarifs opposables dans les cas où ces derniers sont de droit au regard des dispositions réglementaires et conventionnelles ;
- l'utilisation abusive du DE ;
- la facturation d'actes fictifs ;
- une pratique tarifaire excessive des médecins exerçant en secteur à honoraires différents ou titulaires du droit à dépassement permanent ;
- la non inscription, de façon répétée, du montant des honoraires perçus, au sens de la présente convention et de la réglementation ;
- le non-respect, de façon répétée, de la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale ;
- le non-respect du droit à la dispense d'avance des frais ou des tarifs opposables au profit des bénéficiaires de la CMUC et de l'ACS ;
- le non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique à l'assurance maladie, posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, des documents de facturation des actes et prestations.

L'appréciation du caractère excessif de la pratique tarifaire s'effectue au regard de tout ou partie des critères suivants :

- le rapport entre la somme des honoraires facturés aux assurés sociaux au-delà du tarif opposable et la somme des tarifs opposables des soins délivrés par le médecin (taux de dépassement),
- le taux de croissance annuel du rapport ci-dessus,
- la fréquence des actes avec dépassements et la variabilité des honoraires pratiqués,
- le dépassement moyen annuel par patient.

L'appréciation tient compte de la fréquence des actes par patient, du profil et du volume global de l'activité du professionnel de santé ainsi que du lieu d'implantation du cabinet et de la spécialité. Elle tient également compte des niveaux d'expertise et de compétence.

La procédure conventionnelle applicable en cas de manquement imputable à un médecin est décrite à l'Annexe 24 de la présente convention.

Article 86. Des sanctions susceptibles d'être prononcées

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

- suspension du droit permanent à dépassement, du droit de pratiquer des honoraires différents pour une durée maximale de douze mois ;
- suspension du droit à pratiquer des dépassements autorisés plafonnés (DA) tels que définis à l'article 37.1, cette mesure ne pouvant être prononcée qu'en cas de non-respect des limites de dépassements fixées par la présente convention ;
- suspension de la ou des participations des caisses à la prise en charge des avantages sociaux pour les médecins en bénéficiant pour une durée maximale de douze mois suspension de la participation des caisses aux avantages sociaux pour les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables d'une durée de trois mois en cas de non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale. Pour les médecins exerçant dans le secteur à honoraires différents ou titulaires du droit à dépassement permanent, cette sanction est d'un montant équivalent à la participation que supporteraient les caisses au financement de leurs avantages sociaux, sur une durée de trois mois, dans les conditions définies aux articles 69 et suivants de la convention, s'ils exerçaient en secteur à honoraires opposables. Dans le cas où ce manquement est de nouveau constaté après qu'une sanction, devenue définitive, a déjà été prononcée pour le même motif, cette sanction peut être portée à six mois de suspension de la participation de l'assurance maladie aux avantages sociaux ou équivalent pour les médecins exerçant dans le secteur à honoraires différents ou titulaires du droit à dépassement permanent ;
- suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre de la convention avec ou sans sursis. Cette suspension peut être temporaire ou prononcée pour la durée d'application de la présente convention (jusqu'à la date de renouvellement de la convention), selon l'importance des griefs.

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

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

Le sursis ne s'applique pas dans les cas ci-après :

- la suspension de la participation des caisses à la prise en charge des avantages sociaux inhérente à la procédure de mise hors convention ;
- la suspension du droit permanent à dépassement ou du droit à pratiquer des honoraires différents.

Article 87. Des conséquences du déconventionnement sur l'activité de remplacement

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

Article 88. Du recours du médecin contre une sanction

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

- mise hors convention d'une durée inférieure ou égale à un mois
- suspension de la prise en charge des cotisations sociales d'une durée inférieure ou égale à 6 mois
- suspension de la participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales ou sanction financière équivalente dans les conditions définies à l'article 86, en cas de non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale.

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

- mise hors convention d'une durée supérieure à un mois
- suspension de la prise en charge des cotisations sociales d'une durée supérieure à 6 mois
- suspension du droit permanent à dépassement et du droit à pratiquer des honoraires différents ou, quelle que soit la durée, pour toute sanction applicable aux cas de pratiques tarifaires excessives.

Ces recours suspendent la décision des caisses.

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

Article 89. Des conséquences des sanctions ordinaires et des décisions juridictionnelles

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

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

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

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

Lorsque les faits sanctionnés par une instance ordinale ou judiciaire constituent en outre une infraction au regard des règles conventionnelles, les caisses peuvent envisager à l'encontre du praticien l'une des mesures prévues aux articles 85 et suivants du présent chapitre.

Article 90. De la continuité des procédures initiées avant l'entrée en vigueur de la convention

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

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

Fait à Paris, le juillet 2016

Pour l'Union nationale des caisses d'assurances maladies :
Le Directeur Général,

Au titre des généralistes

Au titre des spécialistes