

CIRCULAIRE

CIR-19/2011

Document consultable dans Médi@m

Date :

26/10/2011

Domaine(s) :

dossier client prof. de santé

Nouveau	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>

Objet :

Présentation de la convention médicale du 26 juillet 2011

Liens :

Plan de classement :

P04-01

Emetteurs :

DDGOS

Pièces jointes : 1

à Mesdames et Messieurs les

- | | | |
|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Directeurs | <input checked="" type="checkbox"/> CPAM | <input checked="" type="checkbox"/> CARSAT |
| | <input type="checkbox"/> UGECAM | <input checked="" type="checkbox"/> CGSS <input type="checkbox"/> CTI |
| <input checked="" type="checkbox"/> Agents Comptables | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Médecins Conseils | <input checked="" type="checkbox"/> Régionaux | <input checked="" type="checkbox"/> Chef de service |

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

L'objet de la circulaire est de présenter les dispositions de la convention médicale signée le 26 juillet 2011 et approuvée par arrêté du 22 septembre 2011.

Mots clés :

Convention nationale - Médecins

Le Directeur Général



Frédéric van ROEKEGHEM

CIRCULAIRE : 19/2011

Date : 26/10/2011

Objet : Présentation de la convention médicale du 26 juillet 2011

Affaire suivie par : *Julien ALEXANDRE* ☎ 01.72.60.10.28 - ✉ : julien.alexandre@cnamts.fr
Ugo BERGAMINI ☎ 01.72.60.18.91 - ✉ : ugo.bergamini@cnamts.fr
Sandrine FRANGEUL ☎ 01.72.60.15.71 - ✉ : sandrine.frangeul@cnamts.fr
Laurent PARDO ☎ 01.72.60.24.42 - ✉ : laurent.pardo@cnamts.fr

L'arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011 par le Directeur Général de l'UNCAM et les Présidents de trois syndicats représentatifs (la CSMF, MG France et le SML) est paru le 25 septembre 2011 au Journal Officiel.

La convention est entrée en vigueur le **26 septembre 2011**.

Cette nouvelle convention nationale régit désormais les relations entre les caisses d'assurance maladie et les médecins libéraux en lieu et place du règlement arbitral paru le 5 mai 2010 au Journal Officiel. Elle est arrêtée pour une durée de 5 ans (article L. 162-14-1 CCS et article 65 de la convention médicale).

Les trois grandes priorités de la convention médicale sont de :

1. Faire progresser la qualité des soins et la prévention

Un tournant majeur est opéré avec la généralisation de la rémunération sur objectifs de santé publique dans la convention médicale (**articles 26 à 26.5 et annexe XVII**).

De plus, une priorité est donnée à des consultations à haute valeur ajoutée médicale comme la visite pour les patients atteints de maladies neuro dégénératives type maladie d'Alzheimer et la consultation de dépistage du cancer de la peau (**article 27.1 et 27.2**).

2. Conforter l'accès aux soins

La convention vise à conforter l'accès aux soins :

- à la fois en agissant en faveur d'une meilleure répartition des médecins sur le territoire avec la mise en place de deux nouvelles options conventionnelles en remplacement de l'Avenant 20, l'option démographie et l'option santé solidarité territoriale (**articles 1 à 3 et Annexes III à IX**),

- en poursuivant le développement du tiers payant social obligatoire au profit des bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé (ACS) et en étendant la possibilité pour le médecin traitant d'accorder le tiers payant ponctuellement à ses patients aux revenus les plus modestes (**articles 5 à 11**),
- en maintenant l'option de coordination et en instaurant les bases du projet de secteur optionnel visant à limiter les dépassements des spécialistes de plateaux techniques lourds.

3. Moderniser et simplifier les conditions d'exercice

Un volet de la rémunération sur objectifs de santé publique est dédié à l'organisation du cabinet et à la qualité de service et s'applique à l'ensemble des médecins (**article 26.1**).

La convention médicale vise également à accélérer l'informatisation des cabinets médicaux pour plus de qualité de soins et d'efficacité de gestion.

En outre, la convention médicale comprend des dispositions transitoires dans l'attente de la mise en œuvre des nouvelles mesures issues de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) :

- prorogation transitoire de l'option démographie (avenant 20) dans l'attente de la publication des nouveaux zonages par les directeurs généraux des Agences régionales de santé (**Annexe III**),
- maintien transitoire des dispositions relatives à la permanence des soins ambulatoire et à la permanence des soins en établissements de santé privés (**Article 4**),
- maintien transitoire des dispositions relatives à la formation professionnelle conventionnelle (FPC) dans l'attente de la mise en œuvre du nouveau dispositif de développement professionnel continu (DPC) (**Annexe XVI**).

La présente circulaire a donc pour objet de présenter la nouvelle convention médicale. Cette présentation est organisée sur le plan de la convention (*à l'exception de l'organisation de la vie conventionnelle*). Elle sera complétée d'instructions spécifiques pour la mise en œuvre de certains dispositifs.

I. Organisation de la vie conventionnelle

I.1. Communication de la nouvelle convention médicale aux professionnels et conditions d'adhésion

- **Communication (article 67)**

Conformément à l'article R.162-54-9 issu du décret n°2010-572 du 28 mai 2010, les caisses n'ont plus l'obligation de notifier par courrier le texte de la convention médicale aux médecins de leur circonscription. La mise en ligne des textes sur le site de l'assurance maladie dans un délai d'un mois suivant leur publication au Journal Officiel permet de remplir l'obligation d'information.

La convention est mise en ligne sur le site ameli.fr dans la rubrique : Professionnels de santé/médecins/Votre convention.

En outre, un support de présentation de la convention a été élaboré. Il sera sur Ameli.fr et remis à chaque médecin par les DAM.

Tous les supports d'information (diaporama, brochures,...) seront mis à disposition au fur et à mesure de leur élaboration sur Médiam à la rubrique Opération GDR/Actions thématiques/Convention médicale.

- Conditions d'adhésion (article 68)

En application des dispositions de l'article R. 162-54-9 CSS, les médecins conventionnés avant l'entrée en vigueur de la nouvelle convention médicale restent conventionnés. S'ils ne souhaitent pas être régis par la convention médicale, ils doivent le faire savoir par courrier à la CPAM dans le ressort de laquelle ils exercent leur activité.

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

Les honoraires des médecins non régis par la convention médicale donnent lieu à prise en charge sur la base des tarifs d'autorité (article L. 162-5-10 CSS).

I.2. Installation des commissions paritaires

La convention met en place :

- une commission paritaire nationale et des commissions spécifiques placées auprès d'elle (Comité technique paritaire permanent national, comité du fond des actions conventionnelles, etc. aux articles 70 et suivants),
 - une commission paritaire régionale dans chaque région administrative, (**art. 73 et suivants**)
 - une commission paritaire locale dans chaque département. (**art. 74 et suivants**)
- 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.

La commission paritaire nationale (CPN) a été installée le 29 septembre 2011.

Son secrétariat est assuré par le département des professions de santé:

COMMISSION PARITAIRE NATIONALE DES MEDECINS LIBERAUX
50 avenue du Professeur André Lemierre
75986 PARIS Cedex 20

Elle a notamment examinée la situation des départements comportant plusieurs caisses primaires en procédant à la désignation des commissions paritaires locales pour les départements concernés. Les caisses concernées vont recevoir un courrier émanant du secrétariat de la CPN.

Les commissions paritaires régionales (CPR) et les commissions paritaires locales (CPL) doivent être installées dans les 3 mois suivant la publication de la convention, soit avant 26 décembre 2011.

Le règlement intérieur commun des commissions est défini à l'**annexe XXI** de la convention.

Les caisses sont invitées à installer rapidement les commissions régionales et locales afin d'accompagner la mise en œuvre de la convention. La présidence de la commission revient la première année à savoir jusqu'au 31/12/2011 à la section professionnelle.

La CPN pouvant prendre toute décision nécessaire au bon fonctionnement des instances régionales et locales, les caisses sont invitées à lui faire remonter toute difficulté.

Précisions concernant la section professionnelle :

Les sections professionnelles des commissions locales et régionales sont composées de 12 membres, dont 6 médecins généralistes et 6 médecins spécialistes. La répartition des sièges est réalisée entre les organisations syndicales signataires de la convention.

La convention précise que les sièges de la section professionnelle sont répartis par accord entre les organisations syndicales représentatives des médecins libéraux signataires de la convention.

Pour information, les 3 syndicats signataires de la convention se sont mis d'accord quant à la répartition des sièges de la section professionnelle de la CPN de la manière suivante :

- au titre des généralistes, 2 sièges pour la CSMF, 2 sièges pour le SML et 2 sièges pour MG France,
- au titre des spécialistes : 4 sièges pour la CSMF et 2 sièges pour le SML.

En l'absence d'accord, les sièges sont répartis entre les organisations syndicales représentatives signataires de la convention sur la base des derniers résultats nationaux aux élections aux Unions Régionales de Professionnels de Santé mentionnées aux articles L. 4031-1 à L. 4031-7 du code de la santé publique, en utilisant le quotient électoral constitué par le nombre de voix exprimées recueillies nationalement, divisé par le nombre de sièges à pourvoir, la répartition des restes s'effectuant au plus fort reste et chaque organisation syndicale reconnue représentative signataire de la présente convention étant assurée de disposer d'au moins un siège.

Précision concernant la section sociale :

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

- Régime général : 3 administratifs (dont le coordonnateur régional pour la CPR), 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.

Pour la CPR, le représentant régional auprès du régime général – coordonnateur DCGDR (même s'il est médecin conseil) est comptabilisé dans les sièges des administratifs. Par conséquent, il ne peut pas siéger lorsque la CPR se réunit en formation « médecins ».

Concernant les conseillers du régime général, leur nomination doit être confirmée. Par ailleurs, la nouvelle convention est venue préciser qu'un médecin exerçant à titre libéral sous la présente convention ne peut siéger comme représentant de la section sociale.

Les présidents des sections sociales sont nommés par le directeur de l'Uncam conformément à l'article 1.4 de l'annexe XXI. Par principe, et sauf situation particulière, le directeur de la CPAM pour la CPL et le DCGDR pour la CPR vont être désignés comme président. Les courriers de nomination sont en cours de préparation au niveau de la direction délégué aux opérations.

Les directeurs de CPAM qui sont également DCGDR prendront la présidence de la CPR et sont invités à faire connaître à la direction du réseau la personne qui assurera la présidence de la section sociale de la CPL.

Représentant de l'ordre

Comme dans la précédente convention, un représentant de l'Ordre des médecins est membre de plein droit de la commission avec voix consultative. Il peut siéger en formation médecin.

I.3. Continuité des procédures initiées avant l'entrée en vigueur de la convention

L'article 80 de la convention assure une continuité des procédures et sanctions conventionnelles initiées avant son entrée en vigueur. Ainsi, les procédures conventionnelles menées en application du paragraphe 5.4 de la convention de 2005 reconduit par le règlement arbitral, qui sont en cours, peuvent être poursuivies dans le cadre de la nouvelle convention.

La procédure de sanction conventionnelle est conservée. Elle a néanmoins fait l'objet d'une réécriture afin de la rendre plus lisible et opérationnelle (cf. point II.9).

I.4. Information de la CPN

Les CPL et CPR doivent informer régulièrement la CPN de leurs travaux.

Les secrétariats des commissions sont invités à faire parvenir au secrétariat de la CPN les relevés de décisions à l'adresse mail suivante : ddgos.dos.dprof@cnamts.fr.

En revanche, il n'est plus nécessaire de transmettre systématiquement le compte rendu intégral des réunions des commissions paritaires. Ces documents seront demandés si nécessaire.

II. Les principales mesures de la nouvelle convention médicale

II.1 Conforter l'accès aux soins (titre I) :

L'amélioration de l'accès aux soins constitue la première priorité de la nouvelle convention.

Trois axes pour concrétiser cet engagement :

- l'amélioration de la répartition des médecins sur le territoire,
- la poursuite du développement de la dispense d'avance des frais pour les patients en ayant le plus besoin,
- la limitation de la pratique des dépassements d'honoraires afin de permettre l'accessibilité financière des patients aux soins.

a) L'amélioration de la répartition de l'offre de soins sur le territoire

Face aux difficultés rencontrées dans certaines zones déficitaires en médecins, deux nouvelles options sont créées pour prolonger et élargir le dispositif existant (avenant 20) : l'option Démographie et l'option Santé Solidarité Territoriale.

- **Prolongation des dispositions de l'avenant 20 jusqu'à l'entrée en vigueur des nouveaux zonages**

Dès publication de la convention médicale, les dispositions de l'avenant 20 sont reconduites. Dans l'attente de la publication par les ARS des nouveaux zonages visés à l'article L. 1434-7 CSS, la nouvelle convention médicale proroge le dispositif issu de l'avenant 20 de la convention de 2005 selon les mêmes modalités ; Le zonage de référence reste le zonage MRS de 2005.

Attention :

Les dispositions de l'avenant 20, bien qu'elles soient reconduites à l'identique par la nouvelle convention, changent de bases juridiques.

Afin d'éviter de demander à tous les médecins adhérant à l'avenant 20 d'engager une nouvelle démarche d'adhésion pour un dispositif identique au précédent et valable uniquement sur quelques mois, les caisses sont invitées à informer ces médecins qu'ils sont considérés comme adhérant de fait au dispositif reconduit. Dans ce courrier, il doit être précisé qu'ils disposent d'un délai de 2 mois pour résilier s'ils le souhaitent leur adhésion sans pénalisation. Dans ce cas, ils pourront bénéficier de l'aide pour l'année en cours proratisée en fonction de la date de résiliation.

De nouvelles adhésions sont également possibles.

Disposition transitoire et dérogatoire (Titre 1, Sous-titre 1 et annexe III) :

Les ARS élaborent actuellement des zonages définissant les territoires de mise en œuvre des mesures conventionnelles visant à améliorer la répartition des professionnels de santé. Dès l'entrée en vigueur d'un nouveau zonage dans une région, il est mis fin à l'option issue de l'ancien avenant 20 et aucune adhésion ne peut plus être enregistrée.

Les médecins adhérant à l'avenant 20 exerçant dans une zone restant déficitaire dans le nouveau zonage peuvent adhérer à la nouvelle option.

A titre dérogatoire, les médecins adhérant à l'avenant 20 exerçant dans une zone qui ne serait plus déficitaire compte tenu du nouveau zonage peuvent continuer à bénéficier des avantages attachés à l'avenant 20 pendant 2 ans de manière dégressive, sous réserve bien entendu de respecter les autres critères énoncés dans le texte :

- la 1ère année : 2/3 de l'aide forfaitaire sera versé,
- la 2e année : 1/3 de l'aide forfaitaire sera versé.

- **Mise en place de nouveaux dispositifs conventionnels visant à l'exercice des médecins en zone déficitaire :**

La nouvelle option démographie et l'option santé solidarité s'appliqueront dès l'entrée en vigueur d'un nouveau zonage défini par l'ARS (publication des décisions des directeurs d'ARS en application de l'article 4 de la loi n°2011-940 du 10 août 2011 ou publication des SROS).

L'option démographie (article 1.1 et 1.2, annexes IV à VI)

Elle vise à remplacer l'avenant 20 ; les évolutions apportées tiennent compte des enseignements tirés du bilan de l'avenant 20.

Son champ est élargi puisque les médecins éligibles à cette option sont les médecins remplissant les conditions cumulatives suivantes :

- être installés ou s'installer en zone déficitaire (zonage SROS) ou à proximité immédiate (5 km en zone rurale et 2 km en zone urbaine),
- exercer en secteur 1 ou en secteur 2 avec une adhésion à l'option de coordination ou avec l'engagement d'appliquer les tarifs opposables dans les zones déficitaires concernées,

- exercer au sein d'un groupe quel que soit sa forme juridique ou sa composition (uniquement formé de médecin ou pluridisciplinaire) ou être membre d'un pôle de santé (au sens de l'article L. 6323-4 CSP¹),
- justifier d'une activité réalisée aux 2/3 auprès de patients résidant dans la zone déficitaire.
- s'engager à assurer la continuité et la permanence des soins dans la zone déficitaire.

Les avantages conférés par cette option sont également revus afin de tenir compte des limites du précédent dispositif. Les médecins adhérents bénéficieront d'une aide en deux parties, une aide à l'investissement et une aide à l'activité calculée sur les honoraires sans dépassements réalisés au sein de la zone déficitaire (cf. tableau ci-dessous).

Les paiements au titre de l'année «n» intervenant en année «n+1», les premiers versements au titre de cette option interviendront au second trimestre 2013.

L'option santé solidarité territoriale (articles 2.1 et 2.3, annexes VII à IX)

Elle vise à inciter les médecins exerçant dans des zones proches de zones déficitaires à consacrer une partie de leur temps médical pour prêter main-forte à leurs confrères exerçant en zones sous dotées.

Les médecins adhérent devront s'engager à exercer au minimum 28 jours par an au sein d'une zone sous dotée, en contrepartie de quoi ils bénéficieront d'une aide à l'activité calculée sur les honoraires sans dépassements (C ou CS +V ou VS) réalisés au sein de la zone déficitaire dans la limite d'un plafond (cf. tableau ci-dessous).

Les paiements au titre de l'année «n» intervenant en année «n+1», les premiers versements au titre de cette option interviendront au second trimestre 2013.

	Option Démographique	Option Santé Solidarité Territoriale
Médecins éligibles		
Lieu d'exercice	Etre installé dans une zone déficitaire (zonage ARS) ou à proximité immédiate (5 km en zone rurale et 2 km en zone urbaine).	Etre installé dans une zone non déficitaire et s'engager à exercer durant au moins 28 jours par an dans une zone déficitaire (zonage ARS)
Condition d'exercice	– Exercer au sein d'un groupe Ou – Etre membre d'un pôle de santé	
Secteur conventionnel	– Secteur 1, – Secteur 2 avec option de coordination ou s'engageant à pratiquer les tarifs opposables*.	– Secteur 1, – Secteur 2 avec option de coordination ou s'engageant à pratiquer les tarifs opposables*.
Rémunérations		
Aide à l'activité	– Médecins exerçant en groupe : 10% des HSD dans la zone plafonnée à 20 000 €. – Médecins membre d'un pôle de santé : 5% des HSD dans la zone	10% des HSD dans la zone plafonnée à 20 000 €.

¹ Article L. 6323-4 CSP : « Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L. 1411-12, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5. Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale. »

	plafonnée à 10 000 €.	
Aide à l'investissement	<ul style="list-style-type: none"> – <u>Médecins exerçant en groupe</u> : 5 000 € par an pendant 3 ans, – <u>Médecins membres d'un pôle de santé</u> : 2 500 € par an pendant 3 ans 	Aucune
Engagements	<ul style="list-style-type: none"> – Faire appel à des remplaçants ou s'organiser avec un autre praticien du groupe ou du pôle pour répondre aux besoins de la population – Permettre la réalisation de vacations au sein du cabinet de médecins spécialistes ou d'auxiliaires médicaux – Participer à la permanence des soins – Ne pas quitter la zone pendant 3 années consécutives suivant l'adhésion sauf en cas d'évènements indépendants de la volonté du médecin (<i>ex : mutation ou décès d'un conjoint</i>). Dans ce cas un examen au cas par cas est fait par la CPR 	<ul style="list-style-type: none"> – Exercer au minimum 28 jours par an dans la zone déficitaire – Engagement d'une durée de trois ans.

* Les médecins de secteur 2 s'engageant à appliquer les tarifs opposables ne bénéficient pas de la participation de l'assurance maladie au paiement des cotisations sociales.

Des informations complémentaires sur la prolongation du dispositif issu de l'avenant 20 et la mise en œuvre de ces deux options vont être prochainement diffusées.

b) La permanence des soins

- La reconduction du dispositif de permanence des soins ambulatoires dans l'attente de la nouvelle organisation issue de la loi HPST (article 4)

La loi HPST confie aux ARS l'organisation de la mission de service public de permanence des soins (PDS) ambulatoire. Le décret n°2010-809 du 13 juillet 2010 définit les modalités relatives aux périodes de PDS, à l'organisation de la sectorisation, aux médecins concernés par la participation à la PDS, à l'établissement du tableau de garde et à la régulation.

Les modalités de détermination de la rémunération des médecins qui participent à la PDS, concernant les astreintes (indemnité d'astreinte) et la participation à la régulation (indemnité de régulation) ont été définies dans un arrêté du 20 avril 2011.

Des cahiers des charges régionaux (CCR) devront être arrêtés par les directeurs des ARS en conformité avec les différents textes suscités.

Dans l'attente de l'entrée en vigueur de CCR, les dispositions relatives à l'organisation et au paiement de la PDS issues de la convention de 2005 et notamment ses avenants 4 et 27 sont reconduites dans le cadre de cette nouvelle convention médicale.

Après la mise en place de la nouvelle organisation de la PDS ambulatoire, les majorations spécifiques applicables aux tarifs des actes, définies à l'article 4.1 et à l'annexe XII de la convention, demeureront applicables aux professionnels.

Le tarif de la majoration pour visite régulée réalisée en milieu de nuit (de 0h00 à 6h00) passe de 55 € à 59,50 €. Cette revalorisation s'appliquera 6 mois après l'entrée en vigueur de la convention médicale en application de l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, soit le 26 mars 2012.

Il est à noter qu'une erreur figure dans l'annexe 1 de la convention concernant le montant de la majoration MA (majoration forfaitaire pour sujétion particulière pour l'ensemble des actes liés au premier accouchement réalisé la nuit, le dimanche et les jours fériés) qui n'est pas de 61 € mais de 150 €. Cette erreur est corrigée dans un avenant n° 1 à la convention portant corrections d'erreurs techniques et rédactionnelles signé le 29 septembre 2011 (approbation en cours).

- la reconduction du dispositif de permanence des soins en établissements de santé privés (PDSSES) dans l'attente de la nouvelle organisation issue de la loi HPST

L'article 128 de la Loi HPST a abrogé la base légale (L.183-1-1 du CSS) permettant la conclusion des CPP entre les URCAM et les réseaux de médecins organisant la PDSE dans le cadre conventionnel.

Dans l'attente de la mise en place d'un dispositif pérenne géré par les ARS se substituant aux actuels CPP, il convient de prolonger les effets des contrats arrivés à échéance depuis le 1er avril 2010 et de poursuivre la prise en charge des gardes et astreintes effectuées par les praticiens jusqu'à ce que le dispositif nouveau se mette en place.

Pour rappel, il convient de considérer que les modifications de la liste des participants au réseau peuvent être entérinées, même en l'absence d'avenant, dès lors qu'elles ne modifient pas le périmètre de prise en charge actuel et n'induisent pas de dépenses supplémentaires pour l'assurance maladie.

Dans l'attente de la mise en place d'un nouveau dispositif géré par les ARS, la gestion de l'ensemble du dispositif est déléguée aux caisses primaires.

Des informations complémentaires sur la gestion des futurs dispositifs seront diffusées.

- c) Le développement de la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux (**articles 5 à 11**)

L'article 1^{er} de l'avenant 8 à la convention de 2005 a posé le principe de l'instauration de la dispense d'avance des frais (DAF) au profit des assurés sociaux et leurs ayants droit bénéficiaires du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). L'article 4 du règlement arbitral a acté le caractère obligatoire de cette DAF.

La convention médicale reconduit ces dispositions antérieures :

- les bénéficiaires de l'ACS sont dispensés de l'avance des frais pour les soins réalisés dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Pour faciliter cette pratique, l'attestation de droit au tiers payant remise aux bénéficiaires de l'ACS a été revue début 2011. Pour permettre au médecin de pratiquer le tiers payant même lorsque l'assuré a oublié son attestation, la donnée "ACS" sera prochainement accessible directement dans "espace pro".

Nouveau : les commissions paritaires locales (CPL) sont désormais invitées à suivre la progression du taux de tiers payant au profit des bénéficiaires de l'ACS.

- au-delà du tiers payant social pour les bénéficiaires de l'ACS et des cas prévus par la loi, la dispense d'avance de frais s'applique toujours dans les cas suivants :
 - pour les actes particulièrement coûteux (dont le tarif est supérieur à 120 €),
 - dans le cadre de la permanence des soins, lorsque le médecin intervient à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appel,
 - pour les patients ayant choisi le médecin référent comme médecin traitant,
 - des accords locaux spécifiques sur la dispense d'avance des frais. Ils peuvent être conclus entre les caisses et les organisations syndicales signataires de la convention pour ouvrir la procédure de dispense d'avance des frais à des cas non inscrits dans la convention et pour lesquels la mise en place d'une telle mesure pourrait être un facteur d'amélioration significative de l'accès aux soins. Les projets d'accords sont examinés en commission paritaire locale et sont ensuite soumis pour avis conforme à la commission paritaire nationale,
 - pour la délivrance des médicaments et certains dispositifs médicaux effectuée par les médecins pharmaciens.

De plus, la convention médicale prévoit désormais que les médecins traitants, lorsqu'ils sont confrontés à des patients en difficulté financière, peuvent accorder ponctuellement le tiers payant à d'autres patients qui le nécessiteraient.

d) Maîtriser les dépassements d'honoraires pour un meilleur accès aux soins

La maîtrise des dépassements d'honoraires demeure une priorité afin d'améliorer l'accès aux soins des assurés sociaux.

– Option de coordination

A ce titre, l'option de coordination mise en place par la convention de 2005 est maintenue et pérennisée dans la nouvelle convention médicale (**articles 36 à 42.4**).

Les modalités de mise en œuvre de l'option de coordination sont précisées au point f) du II.7.

– Secteur optionnel

Le protocole d'accord de 2009 sur la mise en place d'un nouveau secteur optionnel est décliné dans la convention. Il vise à améliorer l'accès à des soins de qualité par la diminution du reste à charge et la maîtrise des tarifs pour les spécialités exercées principalement sur les plateaux techniques lourds, à savoir la chirurgie, l'anesthésie réanimation et la gynécologie obstétrique.

Toutefois, la mise en place de ce secteur optionnel est conditionnée à la conclusion d'un avenant.

e) La lutte contre les refus de soins

La nouvelle convention médicale souligne l'importance de lutter contre les refus de soins et rappelle la procédure applicable en cas de signalement par un assuré d'une telle situation (**Titre 1, Sous-titre 5**).

La CPL doit être informée des plaintes déposées par les assurés pour refus de soins.

Elle étudie les mesures à mettre en place afin d'améliorer l'accès aux soins.

II.2 Renforcer la coordination des soins

a) Le parcours de soins

- **Le médecin traitant (article 12)**

Les missions et les modalités de choix du médecin traitant demeurent inchangées.

Dérogation pour les zones déficitaires :

Il est rappelé que la majoration de la participation de l'assuré n'ayant pas choisi de médecin traitant n'est pas applicable pour cinq ans aux consultations assurées par un médecin généraliste installé pour la première fois en exercice libéral ou par un médecin qui s'installe dans une zone déficitaire (zonage MRS 2005) ou dans une zone où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits (zonage SROS à venir). Cette dérogation est prévue à l'article L. 162-5-4 CSS.

Gestion des cabinets de groupe :

Pour mémoire, au sein d'un cabinet de groupe, tous les médecins d'une même spécialité peuvent indifféremment être désignés comme médecin traitant pour la patientèle du cabinet. Une modification du système d'information sera opérationnelle courant 2012 pour automatiser cette gestion. Dans l'attente, l'utilisation du code "MTR" est maintenue.

Le rôle du médecin traitant est par ailleurs valorisé en rémunérant :

- la réalisation d'une synthèse annuelle du dossier médical pour ses patients dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique,
- l'atteinte d'objectifs de santé publique tenant compte de la patientèle l'ayant choisi comme médecin traitant (cf. partie relative à la rémunération sur objectifs de santé publique),
- sa participation au programme SOPHIA (cf. partie relative à Sophia),
- le suivi des patients en ALD (maintien de la rémunération du médecin traitant, RMT, à 40 €).
- nouveauté dans la convention sur le paiement de la RMT : l'assurance maladie s'engage à verser cette rémunération dans les 45 jours suivant la fin du trimestre concerné. En cas de retard de paiement par rapport à ce délai, la caisse doit informer le médecin de la possibilité de versement d'une avance (Annexe XIII).

- **Le médecin correspondant (article 13)**

Les missions du médecin correspondant restent identiques.

Pour rappel, les majorations de coordination sont maintenues.

En outre, lorsqu'une majoration de coordination est facturée auprès d'un bénéficiaire de la CMU-C, n'ayant pas déclaré de médecin traitant, cette majoration est versée au praticien par l'Assurance maladie dans le cadre de la dispense d'avance des frais (cf. message Mediam du 6/06/2011 sur les règles de gestion applicables).

Le médecin correspondant rend un avis ponctuel de consultant lorsqu'il reçoit le patient à la demande explicite du médecin traitant, ne lui donne pas de soins continus et laisse au médecin traitant la charge de surveiller l'application des prescriptions.

L'avis ponctuel de consultant (C2) défini à l'article 18 de la NGAP va faire l'objet d'un travail visant à modifier la nomenclature afin de permettre aux médecins concernés, en cas de nécessité de réalisation par un autre professionnel d'examen complémentaires indispensables au diagnostic de consultant, de revoir le patient à l'occasion d'une consultation cotée CS pour réaliser la synthèse de leur avis de consultant. Par ailleurs, les modalités de notation de l'avis ponctuel de consultant pour les médecins spécialistes qualifiés en médecine générale doivent être définies.

- **L'accès spécifique (article 14)**

Les médecins spécialistes pouvant être consultés pour des soins de première intention sans consultation préalable du médecin traitant demeurent :

- les gynécologues,
- les ophtalmologues,
- les psychiatres,
- les neuropsychiatres

Sont en outre intégrés dans le parcours de soins coordonnés les stomatologues en accès spécifique pour les soins bucco-dentaires (*reprise de l'avenant 15 de la convention de 2005 annulé pour motifs de forme*).

- **Le fonctionnement du parcours de soins coordonnés (article 15)**

Les différentes modalités de parcours de soins coordonnés n'ont subi aucune modification. De même, les cas d'urgence et d'éloignement font toujours exception à la cotation de la majoration de coordination.

b) Un parcours de soins mieux coordonné dans le cadre d'un exercice coopératif

En vue de la mise en place d'organisations nouvelles garantissant la cohérence des interventions des différents acteurs dans le respect du libre choix du patient, il convient d'attendre les résultats de l'évaluation des expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération menées sur la base de l'article 44 de la LFSS de 2007 (loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007).

A l'issue de ces expérimentations, il est prévu de conclure un avenant pour mettre en place un dispositif favorisant l'exercice pluriprofessionnel.

En outre, seront proposés, dans le cadre d'avenants à la convention, des contrats types nationaux pour l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (article L.1435-4 CSP).

c) Développement de nouveaux modes de prise en charge des patients

Il est convenu de mettre en place des dispositifs, en coordination avec les différents acteurs du secteur ambulatoire, hospitalier et médico-social, favorisant et améliorant le maintien ou le retour à domicile des patients, notamment :

- Sorties d'hospitalisation pour des pathologies programmées,
- Accompagnement et suivi à domicile pour éviter les hospitalisations.

d) Médecins pratiquant une expertise particulière

Une commission paritaire est mise en place au niveau national dans le but de favoriser l'intégration des MEP dans le parcours de soins et de proposer une formation professionnelle continue adaptée.

II.3 Améliorer l'efficience du système de soins

a) De la Formation Professionnelle Conventionnelle au Développement Professionnel Continu (**Titre III, Sous-titre 1**)

L'article 59 de la loi HPST pose le principe du développement professionnel continu (DPC). Les objectifs du DPC sont fixés : évaluation des pratiques professionnelles, perfectionnement des connaissances, amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en tenant compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée.

Ce dispositif, dont la vocation est de couvrir les besoins en formation de l'ensemble des professionnels de santé (salariés et libéraux), va se substituer notamment au dispositif de FPC organisé par la convention de 2005.

Les décrets d'application permettant de mettre en place les nouvelles instances chargées de la mise en œuvre et de la gestion du DPC ne sont pas encore parus. Dans l'attente, le dispositif de FPC tel que défini dans la convention de 2005 est maintenu. Ces instances et notamment le CPN FCC et l'OGC (organisme gestionnaire conventionnel) vont être associées à la mise en place du DPC afin d'assurer une transition entre les deux dispositifs.

b) L'implication des médecins dans les campagnes de prévention (**Titre III, Sous-titre 2**)

La convention médicale rappelle l'implication des médecins dans les campagnes de prévention déjà en place (prévention du cancer du col de l'utérus, ...) et dans les programmes à venir. Elle acte le développement de nouveaux programmes (développement des actions de dépistage des cancers cutanés) afin que les assurés sociaux puissent bénéficier d'actions de prévention tout au long de la vie.

c) Les mesures en faveur de l'accompagnement des patients (**articles 18 et 19**)

La convention médicale vise à améliorer l'accompagnement des patients notamment ceux atteints de pathologies chroniques.

A ce titre, le programme d'accompagnement des patients diabétiques ayant fait l'objet d'une expérimentation dans le cadre de Sophia est intégré dans le champ conventionnel. La rémunération du médecin traitant impliqué dans le programme est forfaitaire et annuelle pour l'envoi du questionnaire médical à hauteur d'1 C (contre 2 C auparavant) et son renouvellement, à hauteur du montant d'une consultation (C).

Le financement de ce dispositif qui était sur le FNPEIS passe sur le risque.

Des informations complémentaires sur les conséquences de ce changement de financement seront diffusées prochainement (Prochaine lettre réseau sur la rémunération du médecin traitant dans le cadre du service Sophia).

d) Les thèmes de maîtrise médicalisée pour 2012 (**articles 20 à 24**)

L'engagement des médecins et de l'assurance maladie dans la maîtrise médicalisée est poursuivi. La convention médicale acte les objectifs d'économies attendues pour 2011 pour chaque thème (**Article 24**).

Les thèmes de maîtrise médicalisée et les objectifs d'économies attendues pour 2012 seront arrêtés par avenant à la convention médicale.

Le rôle des instances conventionnelles dans le suivi des objectifs est réaffirmé (article 22) :

- la CPR établit un diagnostic de la situation de la région au regard des objectifs à atteindre. Elle assure le pilotage régional du suivi des engagements et propose toute mesure de nature à tenir les objectifs fixés à la région. Elle coordonne les actions d'information et de communication vers les médecins et vers les assurés.
- La CPL définit un plan d'action adapté aux constats effectués pour le département. Elle organise toute forme de communication collective envers les praticiens et les assurés. Elle analyse de façon régulière les tableaux de bord de suivi des engagements et décide de toute mesure visant à permettre l'atteinte des objectifs fixés au département. Elle s'appuie sur la formation « médecins » définie à Article 74.1 pour toute mesure de caractère médical.

II.4 La réforme de la rémunération au service d'objectifs de santé publique (articles 26 et suivants et annexe XVII)

La diversification des modes de rémunération des médecins est l'un des objectifs majeurs de cette convention qui entend renforcer l'accès aux soins de qualité sur l'ensemble du territoire et accroître l'efficacité du système de soins.

Si le paiement à l'acte reste le socle de la rémunération des médecins, la convention de 2011 marque une évolution vers un mode de rémunération mixte qui comporte trois piliers : l'acte, le forfait et une rémunération sur objectifs de santé publique.

Cette dernière existe dans plusieurs pays et a d'ores et déjà été initiée en France dans le cadre des contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) mis en place en 2009. Cette convention franchit une nouvelle étape décisive en généralisant cette approche tout en l'enrichissant de nouveaux objectifs, portant notamment sur l'informatisation et l'organisation des cabinets.

La présentation qui suit est un résumé du dispositif. Des informations complémentaires seront diffusées prochainement

a) Les médecins concernés

Tous les médecins libéraux conventionnés sont intégrés dans ce dispositif, spécialistes en médecine générale comme les autres spécialistes.

Toutefois, dans un 1^{er} temps, le volet qualité des pratiques ne va concerner que les médecins traitants. A terme, des avenants à la convention vont être conclus pour l'étendre à d'autres spécialités cliniques et techniques (le 1^{er} avenant doit être conclu avant le 31 décembre 2011).

Les médecins disposent d'un délai de trois mois suivant l'entrée en vigueur de la convention ou suivant leur installation pour faire connaître à leur CPAM de rattachement leur éventuel refus d'intégrer ce dispositif. La convention étant parue au JO le 25 septembre 2011, les médecins installés ont donc jusqu'au 26 décembre 2011 pour faire connaître leur éventuel refus.

Ce refus n'est pas définitif et le médecin disposera de la possibilité de réintégrer le dispositif à tout moment.

Pour les médecins adhérant au CAPI, le contrat va continuer jusqu'à son terme en parallèle de la rémunération sur objectifs de santé publique définie dans la convention. Une décision UNCAM est en cours de préparation afin de mettre fin juridiquement aux nouvelles adhésions (modification de la décision du 9 mars 2009).

b) Le dispositif de rémunération à la performance

La rémunération sur objectifs de santé publique repose sur le suivi de 29 indicateurs sur 2 grandes dimensions de la pratique médicale.

L'organisation du cabinet : 5 indicateurs

La qualité de la pratique médicale : 9 indicateurs sur le suivi des pathologies chroniques, 8 indicateurs de prévention et 7 indicateurs d'efficacité

– l'organisation du cabinet et la qualité de service

Les indicateurs concernent tous les médecins spécialistes en médecine générale et les autres spécialistes (à l'exception de la fiche individuelle de synthèse qui est réservée au médecin traitant).

Champs	Indicateurs	Points
Organisation du cabinet	Mise à disposition d'un justificatif comportant un descriptif de l'équipement permettant la tenue du dossier médical informatisé et la saisie de données cliniques pour le suivi individuel de la patientèle	75
	Mise à disposition d'un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié	50
	Mise à disposition d'un justificatif d'équipement informatique permettant de télétransmettre et d'utiliser les téléservices.	75
	Affichage dans le cabinet et sur le site ameli** des horaires de consultations et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients	50
	Elaboration à partir du dossier informatisé, et mise à disposition, d'une synthèse annuelle par le médecin traitant pour ces patients.	150
Total		400

**dès lors que le service ameli sera opérationnel

Le médecin pourra bénéficier de la part de la rémunération portant sur ces indicateurs à condition qu'il :

- dispose d'un équipement conforme au dernier cahier des charges SESAM Vitale publié,
- atteint un taux de télétransmission supérieur ou égal à 2/3.

Il faut préciser que des échanges sont en cours avec les éditeurs de logiciels afin d'expertiser les besoins en termes de logiciels métier pour mettre en œuvre tout le suivi des indicateurs définis dans ce dispositif. Des précisions seront apportées ultérieurement aux caisses sur ce point ainsi que sur les modalités de mise à disposition de ces justificatifs par les médecins.

– la qualité de la pratique médicale

Ces indicateurs concernent dans un premier temps uniquement les médecins traitants mais des avenants à venir permettront l'extension du dispositif aux différentes spécialités.

Un certain nombre d'indicateurs sont issus du CAPI.

Ils sont déclinés en trois grands axes.

○ Le suivi des pathologies chroniques

Pathologie	Indicateurs	Objectifs cibles	Seuils	Point
Diabète	Nombre de dosages de HbA1c par an	que 65 % de diabétiques traités par antidiabétiques aient 3 ou 4 dosages/an	10 patients	30
	Les résultats du dosage d' HbA1c < 8.5 %	que 90% ou plus de diabétiques de type 2 aient un résultat de dosage < à ce taux	10 patients <i>Nouveau</i>	15
	Les résultats d' HbA1c < 7,5 %	que 80% ou plus de diabétiques de type 2 aient un résultat de dosage < à ce taux	10 patients <i>Nouveau</i>	25
	Le résultat du dosage de LDL cholestérol est < 1,5 g/l	que 90% ou plus de diabétiques de type 2 aient un résultat de dosage < à ce taux	10 patients <i>Nouveau</i>	10
	Le résultat du dosage de LDL cholestérol est < 1,3 g/l	que 80% ou plus de diabétiques de type 2 aient un résultat de dosage < à ce taux	10 patients <i>Nouveau</i>	25
	Surveillance du fond d'œil	que 80% des diabétiques traités par antidiabétiques aient un fond d'œil tous les 2 ans	10 patients <i>Modifié/CAPI</i>	35
	Prévention cardiovasculaire des patients à haut risque par statine et antihypertenseurs	que 75% des diabétiques à haut risque soient traités par une statine et antihypertenseurs	10 patients	35
	Prévention cardiovasculaire des patients à haut risque par aspirine faible dosage ou anticoagulant	que 65% des diabétiques à haut risque soient traités par aspirine ou anticoagulant	10 patients <i>Modifié/CAPI</i>	35
Hypertension artérielle	Le résultat du contrôle tensionnel sous antihypertenseur	que 60 % des patients traités par antihypertenseurs aient une pression artérielle ≤ à 140/90 mm Hg	20 patients <i>Modifié/CAPI</i>	40

○ la prévention

Indicateurs	Objectifs cibles	Seuils	Points
Grippe Proportion de patient de plus de 65 ans vaccinés	que 75% des patients de plus de 65 ans soient vaccinés	20 patients	20
Grippe Proportion de patients de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne de vaccination et	que 75% des patients de 16 à 64 ans soient	10 patients	20

vaccinés	vaccinés	<i>Nouveau</i>	
Dépistage du cancer du sein Proportion de patientes de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	que 80 % des patientes de 50 à 74 ans soient dépistées	20 patientes	35
Cancer du col de l'utérus Proportion de patientes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	que 80 % des patientes de 25 à 65 ans soient dépistées	20 patientes <i>Nouveau</i>	35
Vasodilatateurs Pourcentage de patients de plus de 65 ans traités par vasodilatateurs	que 5% max des patients de plus de 65 ans soient traités par vasodilatateurs	20 patients <i>Modifié/CAPI</i>	35
Benzodiazépines à ½ vie longue Pourcentage de patients de plus de 65 ans traités par des benzodiazépines à demi vie longue	que 5% max des patients de plus de 65 ans soient traités par bzd à ½ vie longue	20 patients	35
Durée de traitement par benzodiazépines Pourcentage de patients nouvellement traités par benzodiazépine durant plus de 12 semaines	que moins de 12 % des patients nouvellement traités aient un traitement de > à 12 semaines	5 patients <i>Nouveau</i>	35
Antibiothérapie Nombre de traitements antibiotiques chez des patients de 16 à 65 ans et hors ALD pendant l'année	que maximum 37 traitements d'antibiotiques / an soient réalisées pour 100 patients de 16 à 65 ans	20 patients <i>Nouveau</i>	35

- l'efficience avec l'optimisation des prescriptions

Indicateurs	Objectifs cibles	Seuils	Points
Antibiotiques Prescription d'antibiotiques dans le répertoire des génériques	que 90 % des prescriptions soient effectuées dans le répertoire des génériques	40 boîtes	60
Inhibiteurs de la pompe à protons Prescription d'IPP dans le répertoire des génériques	que 85 % des prescriptions soient effectuées dans le répertoire des génériques	35 boîtes <i>Modifié/CAPI</i>	60
Statines Prescription de statines dans le répertoire des génériques	que 70 % des prescriptions soient effectuées dans le répertoire des génériques	30 boîtes	60
Antihypertenseurs Prescription d'antihypertenseurs dans le répertoire des génériques	que 65 % des prescriptions soient effectuées dans le répertoire des génériques	130 boîtes*	55
Antidépresseurs Prescription des antidépresseurs dans le répertoire des génériques	que 80 % des prescriptions soient effectuées dans le répertoire des génériques	30 boîtes	55
IEC Ratio IEC / IEC+ sartans	que 65 % des patients traités par IEC ou Sartans le soient par IEC	50 boîtes	55
Aspirine Proportions de patients traités par aspirine à faible dosage, rapporté à l'ensemble des patients traités par antiagrégants plaquettaires	que 85 % des patients traités par antiagrégants plaquettaires soient traités par aspirine	10 patients	55

* Correctif en cours, le seuil publié à tort dans la convention est de 30 boîtes.

c) Le contenu de la rémunération

Chaque indicateur est donc assorti d'un nombre de points maximum qui correspond à l'atteinte de l'objectif cible fixé sur cet indicateur.

Il est possible d'atteindre un maximum de 1300 points.

La valeur du point est fixée à 7 €.

Chaque indicateur est indépendant.

Pour tous les indicateurs réservés aujourd'hui au médecin traitant, la rémunération va être modulée selon le volume de la patientèle et va tenir compte de la progression et de l'atteinte des objectifs.

Pour les indicateurs relevant du médecin traitant, le nombre de points est défini pour une patientèle moyenne de 800 patients avec une pondération selon le volume réel de la patientèle soit :

Nombre de point * Patients réels / 800.

Il est à noter que la valeur du point est majorée pendant 3 ans pour soutenir les premières installations en libéral (**Annexe XVII**) : majoration de 15% la première année, 10% la deuxième année et 5% la troisième année.

Exemple :

- Pour un médecin traitant spécialiste en médecine générale ayant 800 patients et qui atteint 100% des objectifs, la somme sera d'environ 9100 €.
- Pour un autre médecin spécialiste, et qui atteint 100% des indicateurs d'organisation du cabinet, la somme sera de 1750 €.

d) Mise en œuvre

La rémunération sur objectif de santé publique sera **mise en œuvre dès janvier 2012**.

La rémunération étant calculée par année glissante, les premiers paiements interviendront début 2013.

Des informations complémentaires seront communiquées aux caisses concernant les modalités de calcul et le circuit de paiement.

II.5 La revalorisation de certaines spécialités cliniques et la création de nouveaux actes

La convention médicale propose la création de nouvelles consultations à haute valeur ajoutée médicale afin notamment d'améliorer la prévention et le dépistage.

La mise en œuvre des mesures décrites ci-dessous nécessite la publication préalable de modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale par le biais de décisions UNCAM prises à la suite de la procédure visée audit article.

Par conséquent, elles n'entreront en vigueur qu'à l'issue des procédures de modification de la nomenclature (cf. calendrier présent en fin de circulaire) soit entre mars et juin 2012.

Mesures destinées aux médecins spécialistes en dermatologie (**article 27.1**)

Pour favoriser le dépistage des cancers cutanés et dans le prolongement de la journée de dépistage mise en place depuis plusieurs années par les dermatologues, plusieurs actions sont proposées par la convention :

- Création d'une consultation spécifique de dépistage qui s'adresserait aux patients relevant des critères précisés dans le rapport de la HAS, valorisée à hauteur de 2C (soit 46 €).
- Valorisation de la biopsie cutanée, acte de diagnostic important dont le tarif est inférieur à celui de la consultation. Les médecins spécialistes en dermatologie pourront désormais cumuler dans certaines conditions la facturation de la consultation, selon les

règles définies dans la liste des actes et prestations mentionnée au L. 162-1-7 du code la Sécurité sociale, afin de développer cette pratique et d'en assurer un meilleur suivi.

Par ailleurs, le Forfait Sécurité Dermatologie (FSD) sera revalorisé à hauteur de 40 €. Cette mesure de revalorisation tarifaire sera applicable 6 mois après l'entrée en vigueur de la convention médicale en application de l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale (soit le 26 mars 2012). De plus, son champ d'application sera étendu.

Mesures destinées aux médecins spécialistes en gynécologie et aux médecins généralistes (article 27.1)

Selon les recommandations de la HAS, le frottis cervico-vaginal constitue le moyen le plus performant de prévention du cancer du col de l'utérus.

Pour favoriser le développement de ce dépistage et atteindre les objectifs fixés dans la loi de santé publique, tous les médecins pratiquant cet acte auront la possibilité de coter cet acte technique réalisé au cours d'une consultation, en complément de celle-ci, selon les règles définies dans la liste des actes et prestations mentionnée au L. 162-1-7 du code la Sécurité sociale.

Mesures destinées aux médecins spécialistes en pédiatrie (article 27.1)

Afin de mieux prendre en compte l'investissement en temps nécessaire du médecin pédiatre pour les trois consultations obligatoires des 8^{ème} jour, 9^{ème} et 24^{ème} mois et leur degré de complexité, le tarif de ces 3 consultations est porté à 38€ en secteur à honoraires opposables et 35 € en secteur à honoraires différents.

En parallèle à ces trois consultations obligatoires, les recommandations de la HAS publiées en novembre 2005 préconisent un examen médical obligatoire dans le premier mois suivant la sortie de maternité. A cet effet, la convention a proposé :

- la création d'une consultation entre la sortie de maternité et le 28^{ème} jour réalisée par le pédiatre pour le nouveau-né. Son montant sera identique à celui des 3 consultations obligatoires précitées soit 38 € en secteur à honoraires opposables et 35 € en secteur à honoraires différents.

Afin de prendre en compte l'investissement en temps et la spécificité des consultations réalisées auprès d'enfants de 2 à 6 ans il est proposé la création d'une majoration spécifique complémentaire de 3 € (MPE) pour les médecins pédiatres exerçant en secteur à honoraires opposables.

Mesures destinées aux médecins spécialistes de psychiatrie (article 27.2)

La consultation (CNPSY) et la visite (VNPSY) du psychiatre seront revalorisées à hauteur de 37 € en France métropolitaine, de 40,70 € en Martinique et en Guadeloupe et de 44,40 € en Guyane, à la Réunion et à Mayotte. Cette mesure de revalorisation tarifaire sera applicable 6 mois après l'entrée en vigueur de la convention en application de l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, soit le 26 mars 2012.

Afin d'améliorer l'accès rapide au psychiatre sur demande du médecin traitant et la prise en charge familiale pour les pathologies de l'enfant, la convention médicale propose :

- la création d’une consultation de psychiatrie intervenant dans les 2 jours ouvrables à la demande du médecin traitant, valorisée à hauteur d’1,5 CNPSY (hors cas d’urgence psychiatrique),
- l’élargissement du périmètre de la majoration de consultation familiale (MPF), actuellement limité aux enfants souffrant d’une ALD, aux consultations familiales pour l’ensemble des enfants de moins de 16 ans suivi par le psychiatre.

Mesures destinées aux généralistes destinées à améliorer la prise en charge des patients atteints de maladies neuro dégénératives (article 27.2)

Les patients atteints de maladies neuro dégénératives et particulièrement ceux atteints de la maladie d’Alzheimer nécessitent un suivi attentif et une évaluation régulière de leur pathologie. A ce titre, la convention propose la création d’une visite spécifique, dénommée VL, réalisée au domicile des patients et en présence des aidants par le médecin traitant, valorisée à hauteur de 2V.

Par ailleurs, une étude sur la création d’une consultation approfondie pour la médecine générale pour les patients atteints de maladies neuro dégénératives sera réalisée. Un bilan des interventions en EHPAD sera réalisé afin d’examiner les conditions de prise en charge spécifiques de ces visites.

Mesure destinée aux médecins spécialistes d’endocrinologie (article 27.2)

En reconnaissance du rôle de l’endocrinologue pour les patients diabétiques insulino-traités, le périmètre de la majoration MCE sera élargi pour les patients diabétiques insulino-traités.

Mesure destinée à améliorer le traitement des patients atteints d’insuffisance rénale chronique (article 27.2)

Dans l’objectif de favoriser le traitement par la dialyse péritonéale et d’améliorer le suivi du patient, la convention prévoit la création d’un acte forfaitaire pour le médecin responsable de la dialyse péritonéale.

Valorisation de la pratique des médecins à expertise particulière (article 27.3)

Afin de valoriser la pratique de médecins à exercice particulier, la convention médicale a prévu la mise en place d’un groupe de travail dédié.

Afin d’encourager la démarche préventive et éducative de la médecine thermale autour des pathologies articulaires, cardiovasculaires et respiratoires, le forfait thermal (STH) est revalorisé à hauteur de 70 €. Cette mesure de revalorisation tarifaire sera applicable 6 mois après l’entrée en vigueur de la convention en application de l’article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, soit le 26 mars 2012.

La convention a également souhaité que les conditions de réalisation de l’acte QZRB001 (acupuncture) soient précisées dans la CCAM suite à leur réévaluation par la HAS. Une fois ces modifications adoptées, la valeur de cet acte serait portée à 18 €.

II.6 Adaptations de la rémunération des spécialités techniques

Afin de tenir compte de l'évolution du coût des facteurs et des techniques, un groupe de travail sera mis en place avant le 31 décembre 2011 afin de définir une nouvelle méthodologie de tarification des actes techniques de la CCAM au cours de l'année 2012 (**article 28.1**).

Des évolutions de nomenclature concernant les actes de médecine nucléaire (tomographie à émission de positons), d'anatomo-cytopathologiques (ACP), de médecine physique et réadaptation (MPR) (**article 28.1**) sont proposées.

Un modificateur spécifique pour les activités thérapeutiques en nuit profonde nécessitant une anesthésie doit être mis en place dans la liste des actes et prestations mentionnée au L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale (**article 28.1**).

Un avenant à la convention doit être conclu avant le 31 octobre 2011 afin de définir une nouvelle classification des appareils IRM et les tarifs des forfaits techniques afférents (**article 28.2**).

Dans le cadre de l'éventuelle mise en œuvre du secteur optionnel, une modification de la liste des actes et prestations mentionnée au L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale est envisagée pour étendre le champ d'application de la majoration forfaits modulables (modificateur K) (**article 28.3**).

II.7 L'exercice conventionnel

Les procédures d'enregistrement des médecins au niveau de la CPAM sont maintenues. Elles seront mises à jour afin de prendre en compte la mise en place de la simplification administrative avec le RPPS (**article 29**) et la mise en œuvre du guichet unique.

a) Situation des médecins exerçant au sein d'une structure regroupant plusieurs médecins

Chaque médecin adhère individuellement à la convention. L'ensemble des médecins doit se déterminer de manière identique sur le choix d'adhérer ou non à la convention.

En revanche, chaque médecin dispose de la liberté de choix pour adhérer ou non aux options conventionnelles.

b) Situation des collaborateurs salariés de médecins libéraux

La convention apporte des précisions concernant les médecins collaborateurs salariés de médecins libéraux au regard de la convention.

- Pas d'adhésion possible à la convention,
- Exercice sous la responsabilité conventionnelle du médecin conventionné,
- Application des tarifs opposables quel que soit le secteur conventionnel du médecin employeur. Toutefois, une exception est introduite par la convention médicale : si un collaborateur salarié d'un médecin de secteur 2 détient les titres permettant l'accès au secteur 2, il peut appliquer les tarifs correspondant au secteur 2.

c) Statut des remplaçants (article 32**)**

Les médecins remplaçants n'adhèrent pas à la convention. Ils adoptent la situation du médecin remplacé au regard des droits et obligations qui découlent de la présente convention, à l'exception du droit permanent à dépassement, comme dans la convention de 2005.

Il est rappelé que le médecin remplacé ne peut exercer aucune activité médicale libérale rémunérée dans le cadre de la présente convention durant son remplacement à l'exception d'un exercice dans le cadre de l'option santé solidarité territoriale définie à l'Article 2.

Des précisions concernant les modalités de facturation dans le cadre de l'option santé solidarité territoriale seront prochainement apportées afin de prendre en compte cette possibilité.

d) Statut des adjoints et assistants de médecins libéraux (**article 33**)

En cas d'afflux exceptionnel de population, ou lorsque, momentanément, son état de santé le justifie, un médecin conventionné peut faire appel à un adjoint (étudiant en médecine) ou à un assistant (un autre médecin) dans les conditions définies aux articles R. 4127-88 et L. 4131-2 du code de la santé publique. Le médecin 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 d'un médecin libéral exerce sous la responsabilité conventionnelle du médecin conventionné. Il n'est pas conventionné et a l'obligation d'appliquer les tarifs opposables quel que soit le secteur conventionnel du médecin employeur.

e) Les secteurs conventionnels (**articles 34 à 35.2**)

Les secteurs conventionnels existants (secteur à honoraires opposables, secteur à honoraires différents, droit au dépassement permanent) sont maintenus.

La convention permet l'application d'honoraires différents pour les médecins autorisés à les pratiquer à la date d'entrée en vigueur de la convention.

Elle organise également l'accès à cette autorisation. La procédure n'est pas modifiée par rapport à la convention de 2005. Toutefois, la liste des titres permettant l'accès au "secteur 2" a été actualisée afin de tenir compte des évolutions réglementaires et notamment la codification en 2005 d'une partie des textes. Cependant des médecins ayant exercé leurs fonctions avant 2005 pourront produire des documents faisant référence aux anciennes bases juridiques.

Le médecin autorisé à pratiquer des honoraires différents peut revenir sur son choix à tout moment et opter pour le secteur à honoraires opposables.

Les médecins titulaires du droit à dépassement permanent (DP) à la date d'entrée en vigueur de la convention en conserve le bénéfice.

Les conditions d'accès au secteur 2 n'ont pas été modifiées avec cette nouvelle convention. Toutefois, il a été jugé utile de refaire un point détaillé sur les conditions d'accès et la procédure applicable dans la mesure où des disparités de traitement au niveau des caisses ont été constatées et sont à l'origine d'un nombre important de contentieux (cf. ci-dessous).

Les conditions d'accès au secteur à honoraires différents

Deux conditions cumulatives sont nécessaires pour accéder au secteur à honoraires différents :

– **S'installer pour la première fois en exercice libéral**

L'accès n'est pas autorisé aux médecins qui exercent déjà en libéral en secteur à honoraires opposables ou qui, par le passé, ont déjà exercé en libéral. La demande est examinée uniquement à l'occasion d'une première installation en exercice libéral.

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

La convention ne prévoit pas de retrait de l'autorisation d'exercer en secteur 2 accordée au médecin en cas de suspension de son activité libérale. Ainsi, un médecin exerçant en secteur 2 conserve le bénéfice de ce secteur conventionnel lorsqu'il suspend momentanément son activité médicale libérale quel qu'en soit le motif et la durée (par exemple mission humanitaire, activité salariée, raison de santé).

– **Posséder un titre donnant accès à cette autorisation**

L'article 35-1 énumère la liste des titres donnant accès au secteur à honoraires différents. Ils doivent avoir été acquis dans un établissement public ou bien au sein de la faculté libre de médecine de Lille. Cette liste est strictement limitative.

Si le médecin revendique pour l'accès au secteur 2 un titre acquis dans un établissement privé d'intérêt collectif (anciennement PSPH) ou acquis au sein de l'Union européenne ou de la confédération helvétique, la caisse primaire ne pourra accorder au médecin le secteur à honoraires différents qu'après avis favorable de la caisse nationale (et avis de l'ordre des médecins, cf. infra).

En cas de doute ou d'interrogation, le département des professions de santé de la CNAMTS est à votre disposition pour vous aider dans l'examen des pièces.

La procédure

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

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

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

Présentation d'un titre acquis en établissements publics

La caisse primaire examine les justificatifs présentés par le praticien et fait droit ou non à sa demande.

Ci-après, quelques précisions concernant les titres requis.

Les fonctions d'attaché et de praticien contractuel ne permettent pas, quelle que soit la durée d'exercice, l'obtention du secteur à honoraires différents.

Présentation des titres

Les titres suivants doivent avoir été acquis en établissement public ou au sein de la faculté libre de Lille.

- ancien chef de clinique des universités - assistant des hôpitaux dont le statut relève du décret n° 84-135 du 24 février 1984 ;

Pour porter le titre d'«ancien chef de clinique des universités», le médecin doit justifier de deux années de fonctions effectives en cette qualité (Art.26-5 du décret 84-135).

Les fonctions de chef de clinique associé ne peuvent être prise en compte pour l'obtention du titre d'ancien chef de clinique.

- ancien assistant des hôpitaux dont le statut est régi par les articles R. 6152-501 et suivants du code de la santé publique ;

Le médecin peut présenter soit un titre d'ancien assistant généraliste des hôpitaux, soit un titre d'ancien assistant spécialiste des hôpitaux. L'article R. 6152-537 CSP prévoit « que pour porter le titre d'ancien assistant spécialiste des hôpitaux ou d'ancien assistant généraliste des hôpitaux, il est nécessaire de justifier de deux années de fonctions effectives respectivement dans l'une ou l'autre de ces qualités ». Les fonctions peuvent ne pas avoir été exercées sur le même site.

Il est à noter que les fonctions d'assistant associé sont différentes des fonctions d'assistant des hôpitaux. Le code de santé publique ne permet pas aux assistants associés d'accéder au titre d'ancien assistant des hôpitaux.

- médecin ou chirurgien des hôpitaux des armées dont le titre relève du décret n°2004-538 du 14 juin 2004 ;
- praticien hospitalier nommé à titre permanent dont le statut relève des articles R. 6152-1 et suivants du code de la santé publique ;

Seuls les médecins relevant du statut des praticiens hospitaliers, nommés à titre permanent par arrêté du directeur général du centre de gestion des praticiens hospitaliers (avant 2008 par le ministre chargé de la santé) peuvent porter ce titre.

La principale voie d'accès à ce statut est la réussite au concours national de praticien hospitalier prévu par l'article R 6152-301 CSP. Les candidats issus de ce concours national sont nommés pour une période probatoire d'un an d'exercice effectif des fonctions, à l'issue de laquelle ils peuvent être nommés à titre permanent (articles R. 6152-13 CSP).

L'inscription à la liste d'aptitude suite à la réussite au concours n'est pas suffisante pour accéder au secteur à honoraires différents.

- 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.

Présentation d'un titre hospitalier acquis dans un établissement ESPIC (ex PSPH) ou au sein de l'UE ou au sein de la confédération helvétique

S'agissant des titres acquis dans les établissements privés participant au service public hospitalier et ceux acquis au sein de l'Union européenne et de la Confédération helvétique, leur équivalence avec les titres limitativement énumérés à l'article 35.1 de la convention 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, et, en tant que de besoin, des services ministériels compétents».

Cette dernière disposition implique que la CNAMTS arrête une décision après avis du CNOM qui s'impose à la caisse.

Dès réception de la demande du médecin, il convient d'informer le praticien de la procédure d'examen de sa demande.

1) Envoi d'un dossier complet :

Le médecin postulant doit produire à l'appui de sa demande auprès de sa caisse primaire de rattachement un dossier complet comprenant :

- le document intitulé "formulaire - équivalence des titres" dûment complété,
- ses diplômes,
- le justificatif de son inscription auprès du Conseil Départemental de l'Ordre des médecins, et pour les médecins ayant obtenu leurs diplômes à l'étranger les attestations de conformité à la directive 2005/36,
- un CV ou une lettre décrivant le cursus suivi,
- l'ensemble des documents d'origine hospitalière (copie des documents originaux dans leur langue d'origine ainsi que leur traduction sur lesquels doivent apparaître les statuts des établissements) précisant les titres et le détail des fonctions exercées par le médecin depuis sa qualification de spécialiste jusqu'à la période de la demande actuelle.

Il est rappelé que tous ces justificatifs doivent être traduits en français et certifiés conformes aux originaux.

2) Examen du dossier :

Différentes étapes interviennent lors de l'examen du dossier avant qu'une décision soit prise :

- les justificatifs et les attestations sont vérifiés.
- le dossier est adressé au Conseil National de l'Ordre des Médecins pour avis par la CNAMTS,
- le "C.N.O.M" adresse son avis consultatif à la CNAMTS,
- la CNAMTS rend une décision finale et adresse un courrier de réponse à la CPAM,
- la décision est notifiée par la caisse au médecin concerné.

f) L'option de coordination (**articles 36 à 41**)

Comme précisé au point d) du II.1, la nouvelle convention maintient l'option de coordination en y apportant une modification concernant l'un des engagements du médecins adhérent :

- pour les actes techniques dans le parcours de soins : le médecin applique les tarifs opposables avec une possibilité de pratiquer un dépassement avec tact et mesure plafonné pour chaque acte à 20% de sa valeur (contre 15% dans la convention de 2005).

Les caisses sont invitées à écrire aux médecins adhérent à l'option de coordination sous la précédente convention en leur signalant la modification précitée. Dans ce courrier, il doit être demandé aux médecins de remplir une nouvelle demande d'adhésion. Il sera précisé qu'en cas de nouvelle adhésion, il n'y a pas d'interruption de l'option.

Les médecins qui souhaitent sortir de l'option de coordination sont invités à le faire savoir par courrier à leur caisse de rattachement dans un délai d'un mois. Dans ce cas, aucune pénalisation du médecin n'interviendra.

A titre de rappel, le praticien adhérent s'engage :

Pour les actes qu'il effectue pour les patients entrant dans le parcours de soins coordonnés	Pour les actes cliniques : à pratiquer les tarifs opposables sans dépassement.
	Pour les actes techniques : à pratiquer les tarifs opposables avec un dépassement pratiqué avec tact et mesure plafonné pour chaque acte à 20% de sa valeur.
Pour l'ensemble de son activité le praticien s'engage à respecter	Pour les actes cliniques, un ratio honoraires sans dépassements sur honoraires totaux égal ou supérieur à 30%, avec pour base le système national inter-régimes des professionnels de santé (SNIR-PS),
	Pour les actes techniques, un ratio honoraires sans dépassements sur honoraires totaux égal ou supérieur à 30%, avec pour base le SNIR-PS

Dans le cadre de cette nouvelle convention est mis en place un meilleur suivi des engagements des médecins adhérent par la mise à disposition de manière trimestrielle de documents de suivi relatifs aux différents engagements (respect des tarifs opposables et des dépassements d'honoraires).

Des travaux sont menés actuellement pour permettre la mise à disposition de ces informations.

La procédure applicable en cas de constat du non-respect de ses engagements par un médecin adhérent est la suivante (cf. schéma 1).

Si à l'issue d'un trimestre, une caisse constate un non respect par le médecin de l'un ou plusieurs engagements souscrits dans le cadre de l'option de coordination, elle lui adresse un courrier d'avertissement par lettre recommandée avec accusé de réception signalant d'une part, les anomalies constatées et d'autre part, le fait que si le trimestre suivant un nouveau non respect des engagements est constaté une procédure de résiliation de l'adhésion est susceptible d'être mise en œuvre (cf. schéma 2).

Schéma 1 – procédure de suivi du respect des engagements

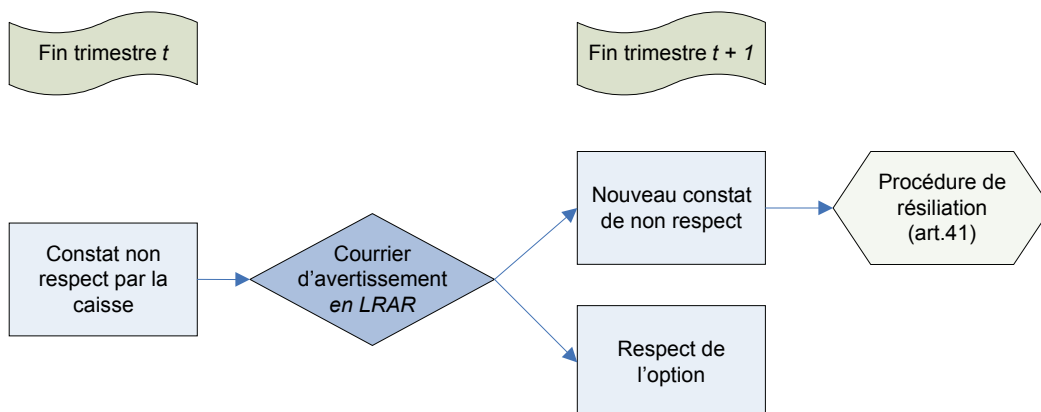
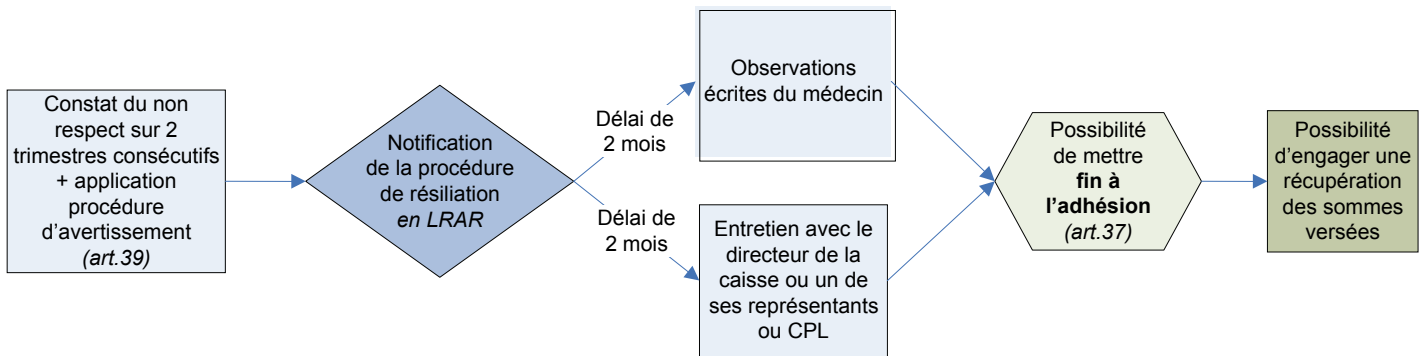


Schéma 2 – procédure de résiliation de l'adhésion à l'option de coordination



g) Le secteur optionnel

La convention a posé les premières bases d'un nouveau secteur optionnel pour les professionnels des spécialités de chirurgie, anesthésie réanimation et gynécologie obstétrique visant à encadrer leurs dépassements d'honoraires.

Ce secteur optionnel doit être mis en place par avenant à la convention médicale.

II.8 Moderniser et simplifier les conditions d'exercice

La convention médicale prolonge la dynamique initiée en matière de modernisation et de simplification des échanges entre les médecins et l'assurance maladie.

a) Des échanges personnalisés avec des correspondants identifiés (**article 43**)

La convention a acté la mise en œuvre d'un numéro d'appel dédié aux professionnels, non surtaxé et coordonné notamment avec le service médical. Le déploiement est quasiment terminé pour les médecins. La plupart des sites ont opté pour un numéro en 0811 non surtaxé et ont affecté des équipes spécifiques à cette activité, spécialisées dans la réponse aux problématiques des PS.

De plus, des canaux d'échanges sécurisés entre les médecins traitants et les praticiens conseils seront développés dans le cadre du portail "espace pro".

Ces travaux sont en cours dans le cadre de la démarche de simplification administrative.

b) L'accompagnement des médecins dans leur pratique (**article 44**)

Echanges confraternels et visite des DAM

L'objectif fixé est de programmer en début d'année le calendrier des échanges confraternels et des visites DAM devant être réalisés afin de prendre en compte les contraintes d'organisation des médecins et de leur donner une meilleure visibilité pour préparer les questions.

Des informations complémentaires seront fournies sur la mise en place de cette organisation.

Conseillers Informatique Service

La nouvelle convention médicale rappelle le rôle des conseillers informatique service (CIS).

Ils 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 des conseils 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 jour, les CIS sont au nombre de 451. Ils vont accompagner les médecins dans l'informatisation du cabinet dans le cadre de la mise en place de la rémunération sur objectifs de santé publique.

c) Simplification des échanges et développement des téléservices (**article 45**)

La démarche engagée en matière de simplification des échanges entre l'assurance maladie et les médecins et de développement de téléservices est poursuivie.

A ce titre, la convention acte les travaux en cours notamment dans le cadre comité technique paritaire permanent national (CTPPN).

d) Modalités des échanges électroniques relatifs à la facturation à l'assurance maladie

Favoriser la mise en oeuvre de la facturation en ligne (**article 46**)

La convention acte la volonté de mise en œuvre de la facturation en ligne et notamment dans un premier temps de la prescription de transports.

Une réflexion sur la prescription en ligne et plus généralement sur la facturation en ligne des actes sera également engagée.

Généraliser la facturation électronique (**article 47 à 55**)

La facturation des actes et prestations s'effectue par principe sous format électronique par le biais du dispositif "SESAM Vitale". La convention rappelle les modalités de fonctionnement du dispositif "SESAM Vitale" (**article 47 à 55**).

A ce titre, la loi n°2011-940 du 10 août 2011, dans son article 11, a instauré l'obligation de télétransmission. Elle prévoit la mise en œuvre d'une sanction conventionnelle en cas de manquement à cette obligation. Des négociations sont en cours afin de fixer les modalités d'application et de mise en œuvre de cette sanction.

Il est à noter que l'aide à la télétransmission a été modifiée (**Article 26**). Les deux forfaits de 250 € pour l'incitation à la télétransmission et aux téléservices mis en place par le règlement arbitral et la rémunération de 0,07 € par feuille de soins électronique ont été supprimés. Ils sont remplacés par l'attribution de 75 points dans le volet « organisation du cabinet » de la rémunération sur objectifs de santé publique (**article 26 et Annexe XVII**) dont seuls les médecins atteignant un taux de 66% de FSE et équipés d'un dispositif conforme à la dernière version du cahier des charges SESAM Vitale pourront bénéficier.

Pour l'aide versée en mars 2012 au titre de l'année 2011, les deux forfaits de 250 € et l'aide à la FSE seront versées.

Ensuite, pour l'activité 2012, c'est la nouvelle rémunération qui sera mise en place avec un premier versement en 2013.

En outre, la convention acte le fait qu'à compter du 1^{er} janvier 2013, aucun flux en version 1.31 du cahier des charges SESAM Vitale ne sera accepté (**article 47.1**)

e) Documents ouvrant droit au remboursement des prestations (**articles 56 et 57**)

Les règles actuellement applicables en matière de rédaction des ordonnances sont maintenues, à savoir la rédaction d'ordonnances distinctes pour les prescriptions de médicaments, de produits et prestations inscrits (liste prévue à l'article L. 165-1 CSS), d'interventions nécessaires des auxiliaires médicaux et d'examens de laboratoire.

Pour certaines prestations ou actes de la liste des produits et prestations définie à l'article L. 165-1 CSS (LPP), des discussions sont en cours afin de définir des modèle-types de prescriptions ou des aides à la prescription qui seront accessibles sur le site de l'assurance maladie et auprès des CPAM

une fois validés par le CTPPN. Les médecins auront la possibilité, s'ils le souhaitent, de s'appuyer sur ces documents d'aide à la prescription.

f) Les modalités de paiement des honoraires (**articles 58 et 59**)

La convention rappelle les modalités de paiement des honoraires à savoir le principe du paiement direct pour la facturation et les cas de dispense d'avance des frais.

g) Dispositions sociales (**articles 60 à 64**)

Concernant la participation de l'assurance maladie à la prise en charge des cotisations sociales (**article 71**), maladie, maternité, décès et allocations familiales) pour les médecins en secteur à honoraires opposables ou adhérant à l'option de coordination, les taux antérieurs sont maintenus.

La loi du 10 août 2011 a modifié le 5^{ème} alinéa de l'article L. 162-14-1 CSS en ouvrant la possibilité d'élargir la participation aux cotisations par l'assurance maladie aux revenus des médecins tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut leur rémunération. Toutefois, à ce jour, l'assiette de participation prévue conventionnellement reste identique, à savoir les honoraires net de dépassement tirés de l'activité conventionnée.

Il n'y a pas de participation aux cotisations sociales pour les médecins salariés de médecins libéraux, les adjoints et les assistants de médecins libéraux. La prise en charge des cotisations sociales pour les médecins remplaçants est en revanche prévue par la convention médicale. Des travaux sont en cours afin de définir les modalités d'application de cette prise en charge qui feront l'objet d'instructions complémentaires.

Par ailleurs, afin de corriger une erreur rédactionnelle présente dans les articles 61 et 62 de la convention, un avenant à la convention vient d'être signé le 29 septembre dernier (approbation à venir).

- Le 2^{ème} alinéa de l'article 61 sera rédigé de la manière suivante : "La participation des caisses est assise sur le montant du revenu net de dépassement d'honoraires tiré de l'activité conventionnée. Cette participation correspond à 9,7 % de ce montant."
- Le 2^{ème} alinéa de l'article 62 sera rédigé de la manière suivante : "La participation des caisses est assise sur le montant du revenu net de dépassement d'honoraires tiré de l'activité conventionnée. Cette participation correspond à 5 % de ce montant dans la limite du plafond annuel de Sécurité Sociale ; au-delà, la participation correspond à 2,9 % du montant évoqué supra."

Concernant le régime des allocations supplémentaires de vieillesse (ASV), la convention maintient le dispositif actuel dans l'attente de la réforme de ce régime prévue durant l'année 2012 (**article 63**) :

- Maintien d'une prise en charge aux 2/3 pour la cotisation forfaitaire
- Engagement sur une prise en charge au 2/3 pour la contribution proportionnelle à venir (nécessite au préalable l'adoption d'un texte réglementaire).

Un avenant à la présente convention sera adopté pour mettre en œuvre cette réforme.

II.9 Dispositif applicable en cas de non respect des dispositions conventionnelles (articles 75 à 80 et annexes XXII)

La procédure de sanction conventionnelle est conservée. Elle a néanmoins fait l'objet d'une réécriture afin de la rendre plus lisible et opérationnelle (cf. schémas en annexes).

La convention médicale a cependant mis en place deux nouveautés :

- L'introduction de la "suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre de la convention avec sursis" dans les sanctions susceptibles d'être prononcées (**article 76**).

- L'introduction d'une «procédure exceptionnelle de déconventionnement» applicable en cas de violation particulièrement grave des dispositions législatives, réglementaires ou des engagements conventionnels (**article 3 de l'Annexe XXII**).

II-10 Résumé du planning de mise en œuvre

- Les mesures nécessitant une modification de la nomenclature s'échelonneront jusqu'à juin 2012,
- Les mesures de revalorisation tarifaire (ex : augmentation de la valeur de la CNPSY) interviendront à compter du 26 mars 2012 (règle des 6 mois après entrée en vigueur - article L. 162-14-1-1 CSS) ,
- La rémunération sur objectifs de santé publique entre en vigueur au 1er janvier 2012 avec des premiers paiements prévus en mars-avril 2013,
- L'option « démographie » et l'option « santé solidarité territoriale » seront mises en œuvre à compter de la publication des décisions des directeurs d'ARS sur les zonages (article 4 de loi n°2011-940 du 10 août 2011) ou des SROS, les premiers paiements seront prévus au 2ème trimestre 2013.