

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

15/04/99

Origine :

DGR

Mesdames et Messieurs les Directeurs

- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

- des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Mesdames et Messieurs les Agents Comptables

- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

- des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Mesdames et Messieurs les Médecins Conseils Régionaux

Mesdames et Messieurs les Médecins Conseils Chefs de Service
des Echelons Locaux

(pour attribution)

Mesdames et Messieurs les Directeurs

- des URCAM

- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie

(pour

Réf. :

DGR n° 37/99

Plan de classement :

220

Objet :

Mise en place de la convention des médecins généralistes et de la nouvelle option conventionnelle

Pièces jointes :

Liens :

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

DRPL: E. HAUSHALTER-D. DESHOUANT-B.AOUST / MOP: JP LISCH – ENSM Dr MEDINA

Téléphone :

01.42.79.30.65 01.42.79.32.12 01.42.79.30.9 01.42.79.33.50 01.42.79.33.13

@

Mme et MM les Directeurs

- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Origine :
DGR

Mmes et MM les Agents Comptables

- des Caisses Primaires d'Assurances Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Mmes et MM les Médecins Conseils Régionaux

Mmes et MM les Médecins Conseils Chefs de Service

Des Echelons Locaux

(pour attribution)

Mmes et MM les Directeurs

- des U.R.C.A.M
- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie

(pour information)

N/Réf. : DGR n°37/99

Objet : Mise en place de la convention des médecins généralistes et de la nouvelle option conventionnelle

La présente circulaire a pour objet de préciser les aspects novateurs de la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les Médecins Généralistes et les Caisses d'Assurance Maladie approuvée par l'Arrêté du 4 Décembre 1998 publié au Journal Officiel du 5 Décembre 1998.

Les dispositions de ce texte conventionnel n'ont pas toutes fondamentalement évolué au regard de l'ancienne convention : aussi, seules les modifications importantes et/ou les mesures nouvelles sont-elles évoquées.

Ainsi que le souligne le préambule du texte précité, les parties signataires entendent privilégier les nouvelles formes de prise en charge de la santé en développant l'Option conventionnelle "Médecin Référent". Cet aspect de la convention nationale est effectivement l'axe essentiel des relations entre les organismes et les médecins généralistes, et celui, par conséquent qui doit mobiliser les efforts de tous.

Toutefois, ce programme ambitieux implique la mise en œuvre de modalités spécifiques qui ne sont pas toutes opérationnelles à ce jour (accords nationaux avec les organismes complémentaires, avenant sur la télétransmission...).

Bien entendu, le résultat des travaux actuellement menés au niveau national vous sera communiqué au fur et à mesure de leur achèvement.

Ceci n'exclut cependant aucunement que d'ores et déjà, certaines modalités puissent et doivent être mises en place. C'est la finalité de la présente circulaire.

<i>I. L'OPTION CONVENTIONNELLE RENOVEE</i>	4
A. UN DISPOSITIF AXE SUR LA QUALITE, LA COMPETENCE ET LA TRANSPARENCE	4
1. Un engagement renforcé.....	4
2. Des organisations spécifiques.....	7
B. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	9
1. Les procédures d'adhésion à l'option (Articles 5-1 et 5-2).....	9
2. Les procédures de gestion des prestations liées à l'option.....	13
3. Les outils mis à la dispositions des caisses.....	17
<i>II. LES AUTRES DISPOSITIONS NOUVELLES DE LA CONVENTION</i>	18
A. DISPOSITIONS RELATIVES AUX INSTANCES PARITAIRES	18
B. FACTURATION DES ACTES (Article 1-6)	19
C. TELETRANSMISSION	19

I. L'OPTION CONVENTIONNELLE RÉNOVÉE

A. UN DISPOSITIF AXÉ SUR LA QUALITÉ, LA COMPÉTENCE ET LA TRANSPARENCE

La nouvelle option conventionnelle reprend certains éléments de la précédente. Cependant, elle se caractérise par un renforcement significatif des engagements afin d'optimiser les dépenses de santé.

D'une part, le médecin référent s'engage dans une démarche de qualité des soins, de prévention, et de suivi médical et de continuité des soins. L'adhésion à l'option est fondée sur le respect de la charte de qualité.

D'autre part, le patient s'engage à consulter, en priorité, son médecin référent.

1. Un engagement renforcé

a) Le respect par le médecin référent d'une charte de qualité

La charte de qualité, annexée à la convention, comprend deux niveaux de dispositions que le médecin adhérent à l'option doit respecter.

Ce sont les garanties professionnelles, d'une part et les engagements de compétence et de transparence, d'autre part.

Ces dispositions se distinguent par leur modalités d'application :

- Les garanties professionnelles font l'objet d'une vérification à l'occasion de l'entrée dans l'option, puis, annuellement, comme critères de renouvellement de l'option,
- Les engagements de compétence et de transparence peuvent être appréciés à tout moment par les instances conventionnelles, leur respect conditionnant le maintien dans l'option.

- Les garanties professionnelles

1-1 Certaines figuraient dans la précédente option. Il s'agit de la permanence et de la continuité des soins, du respect des tarifs conventionnels, de la dispense d'avance des frais, de la tenue du document médical de synthèse dont le contenu est précisé et de la prescription d'équivalents thérapeutiques.

Ce dernier engagement est renforcé puisque le médecin référent s'engage désormais à prescrire au moins 15 % de la valeur de sa prescription médicamenteuse en équivalents thérapeutiques dont 5 % au titre des médicaments génériques (8^{ème} alinéa de la Charte).

1-2 Les dispositions nouvelles instaurent un critère d'activité minimale en médecine générale, destiné à garantir l'existence d'une pratique suffisante en médecine générale favorable à la délivrance de soins de qualité, qui conditionne l'entrée et le renouvellement de l'option du médecin référent :

- A l'entrée dans l'option, l'activité essentielle doit être exercée dans le cadre de la médecine générale, le critère déterminant étant, en la circonstance, apprécié au regard d'un taux minimum de 75 % de l'activité en actes cotés en C ou V. (Article 5-2-2)
- De plus, cette activité minimale doit correspondre à 1500 actes, cotés en C+V, dans l'année civile précédant l'adhésion, (à l'exception des médecins installés depuis moins de deux ans ou ceux qui auraient réduit leur exercice libéral au profit d'un autre exercice) (1^{er} alinéa de la Charte de qualité).
- Lors du renouvellement, un seuil maximal d'activité doit également être respecté par le médecin référent afin notamment que son niveau d'activité soit compatible avec le temps nécessaire à la réalisation des engagements liés à l'option (2^{ème} alinéa de la Charte).

Dans le cadre de l'exercice de la médecine de groupe, afin de favoriser le développement de ce type d'exercice, la charte prévoit que les seuils minimaux et maximaux de qualité seront appréciés par rapport à l'activité équivalent temps plein du groupe et que certaines garanties et engagements de compétence et transparence pourront être réalisés

collectivement, tels que ceux relatifs à la continuité des soins, à la tenue du document médical, et des activités de prévention (4^{ème} alinéa de la Charte).

Il est à noter cependant que, pour l'instant, le contrôle du respect des éléments de la charte de qualité par le médecin référent reste individualisé. Aussi, l'appréciation des engagements dans le cadre d'un groupe devra-t-elle faire l'objet d'un examen spécifique dont les modalités seront précisées par la CCPN.

- Les engagements de compétence et de transparence

Ces engagements sont formalisés au deuxième point de la Charte de Qualité.

L'aspect innovant est constitué par la mise en place d'un dispositif d'évaluation des connaissances et de la pratique du Médecin Référent.

Ce dispositif repose sur l'obligation pour le médecin référent de participer chaque année à au moins une action de Formation Professionnelle Continue recommandée par les instances paritaires gérant cette formation. Cette action a pour particularité de comprendre un module d'évaluation, auquel le médecin doit satisfaire.

En cas de résultat négatif à l'évaluation, le médecin référent est tenu de participer dans les 3 mois à une action de même type, dont le résultat positif conditionne son maintien dans l'option.

Le dispositif de Formation Professionnelle Continue est actuellement en cours d'élaboration.

Il fera l'objet d'une information spécifique ultérieure.

b) Les engagements du patient (Articles 5-4 à 5-7)

Les engagements du patient ont été précisés par rapport à la précédente option et contribuent à la réalisation de ceux du médecin référent.

L'article 5-5 prévoit les modalités du recours de première intention au médecin référent qui peuvent faire l'objet d'un contrôle de la part du service médical.

L'article 5-6 relatif au document médical de synthèse fait du patient optant un acteur du recueil des informations médicales le concernant notamment en l'obligeant à demander aux médecins qu'il consulte la transmission du compte rendu de leur intervention au médecin référent.

Cette disposition est conforme à l'article 58 du code de déontologie qui prévoit que le médecin consulté doit, avec l'accord du patient, faire part au médecin traitant de ses constatations et décisions.

Enfin l'article 5-7 met l'accent sur la prévention.

2. Des organisations spécifiques

a) Le correspondant administratif et le médecin-conseil correspondant (article 5-14)

Pour favoriser l'accompagnement personnalisé de l'option, il est prévu que chaque médecin référent bénéficie de l'assistance d'un correspondant administratif unique et d'un médecin-conseil correspondant unique, communs aux trois régimes signataires de la convention.

Chaque médecin référent ne doit avoir qu'un correspondant qui, en tant que besoin, peut se retourner vers les correspondants désignés par les autres régimes lorsque le problème à traiter relève de leur domaine propre.

Les fonctions de correspondant unique du médecin référent peuvent être assurées, après concertation entre les organismes, par les autres régimes. Dans ce cas la répartition de la population des médecins référents peut s'opérer en fonction de la proportion d'assurés de ces régimes dans la circonscription.

Une fois désigné, chaque correspondant prend contact avec les médecins référents relevant de sa compétence pour leur communiquer ses coordonnées.

Le texte conventionnel prévoit que les correspondants (administratif et médical) assistent le même groupe de médecins référents. A cet effet le Directeur de la CPAM et le médecin Conseil Chef de Service de l'Echelon local veillent à harmoniser l'organisation locale.

Une organisation décentralisée au plus près des médecins référents paraît souhaitable.

- Le correspondant administratif

Sa compétence doit lui permettre d'intervenir sur les aspects administratifs du dispositif de l'option, la télétransmission, la dispense d'avance des frais.

Il doit disposer de toutes les informations actualisées sur les contrats d'adhésions des médecins.

- Le médecin-conseil correspondant

Il intervient sur les aspects médicaux du dispositif de l'option.

Le médecin conseil correspondant devra s'attacher à développer des relations d'accueil et d'écoute avec ses médecins référents afin de leur apporter toute l'aide utile dans le cadre de leurs nouvelles missions.

b) La plate forme de service (article 5-10)

Cette plate forme doit être à la fois au service du patient et du médecin référent :

- Pour le patient, elle est chargée d'un accueil téléphonique d'information, de conseil et d'orientation médicale
- Pour le médecin référent, elle doit assurer une aide technique administrative et médicale complémentaire, le cas échéant, de celle apportée par les correspondants administratifs et médicaux.

Cependant, ce dispositif ambitieux et nouveau dans le cadre conventionnel fait l'objet d'une étude approfondie au niveau national.

Des instructions ultérieures vous parviendront sur le sujet, pour permettre la mise en œuvre progressive au niveau local.

c) Le système d'information local “médecin référent ” (article 5-13-2)

La convention prévoit que chaque médecin référent est destinataire, selon des modalités définies localement, sur support informatique d'informations telles que:

- le nombre de médecins et de patients inscrits dans l'option,
- le nom des médecins généralistes dans l'option susceptible d'organiser la permanence et la continuité des soins,
- les informations à destination des médecins référents émanant des commissions paritaires locales et/ou nationale,
- les nouveaux référentiels et recommandations destinés au médecins référents.

B. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

1 Les procédures d'adhésion à l'option (Articles 5-1 et 5-2)

- Communication de la liste des médecins référents

La rédaction de l'article 1-2 de la convention, relatif au libre choix, a été modifiée pour permettre aux caisses de délivrer des informations sur la situation des praticiens tant sur leur secteur tarifaire, que désormais, sur leur qualité de médecin référent.

Concrètement, quelque soit le support adopté (papier, télématique...), une liste de tous les médecins de la circonscription ayant souscrit à l'option doit être établie et régulièrement mise à jour.

La présentation de cette liste doit être neutre, les noms des médecins présentés dans l'ordre alphabétique, et datée.

La diffusion de cette information doit permettre d'une part au bénéficiaire potentiel de sélectionner le praticien auquel il peut faire appel pour adhérer à l'option, et d'autre part au médecin référent de visualiser les coordonnées des confrères auxquels il peut faire appel dans le cadre de la permanence des soins.

Cette liste est communiquée à tout assuré social, lorsqu'il en fait la demande auprès de la CPAM.

Conformément aux modalités définies par les articles précités, l'adhésion à l'option ressort d'une démarche volontaire en premier lieu de la part du médecin, puis de la part du bénéficiaire.

Les formalités sont les mêmes que celles de l'ancienne option, à l'exception des supports qui ont subi quelques modifications.

a) Adhésion du médecin

Des critères spécifiques ayant été définis pour l'entrée dans l'option conventionnelle, la caisse doit procéder aux vérifications appropriées.

Examen des critères d'exercice professionnel

Le praticien ne doit pas avoir subi de condamnation ordinaire ou professionnelle devenue définitive dans les 5 ans qui précèdent son adhésion.

En conséquence le médecin n'est pas concerné par cette disposition lorsque :

- une procédure juridique à son encontre est en cours,
- une décision a fait l'objet d'un recours suspensif.

Par l'interdiction d'exercer la médecine ou de donner des soins aux assurés sociaux, il convient de considérer les interdictions effectives, ce qui exclut les interdictions avec sursis dès lors qu'il n'a pas été levé.

De même il convient d'écarter les décisions amnistiées.

Le médecin doit respecter des critères de qualité d'exercice à l'entrée dans l'option :

- Afférents à l'activité essentielle dans le cadre de la médecine générale correspondant à 75 % de C ou V,
- Afférents à l'activité minimale correspondant à un nombre d'actes en C ou V, de 1500 actes pour une activité libérale à temps complet,

au vu du relevé individuel d'activité (RIA) de l'année civile antérieure.

Lors du renouvellement, un contrôle portera sur l'examen du seuil maximal annuel d'activité calculé en nombre d'actes C+V sur l'année civile qui précède.

Ce seuil est déterminé par le CMPL compte tenu des caractéristiques locales, après, le cas échéant, l'aval du CMPN si cette activité maximale est supérieure à 7500 actes.

Si les critères d'entrée ne sont pas respectés, la caisse doit notifier un refus motivé à l'aide du document d'adhésion dans les 15 jours suivant la demande du médecin (l'adhésion étant réputée acquise en absence de réponse dans le délai imparti).

Ce refus doit être accompagné d'un courrier sur lequel les voies de recours de droit commun et délai seront portés à la connaissance du professionnel.

La sortie de l'option est possible à tout moment. Le médecin doit cependant porter cette information à la connaissance tant de la Caisse que du bénéficiaire, et assurer jusqu'à son terme le contrat du patient.

Les mouvements d'entrée et/ou de sortie de l'option doivent être signalés à tous les autres régimes d'Assurance Maladie ainsi qu'aux sections locales mutualistes.

b) Les bénéficiaires

Les imprimés d'adhésion des bénéficiaires sont dorénavant à votre disposition.

Il vous appartient, sans plus attendre, d'adresser un nombre suffisant d'imprimés à chaque médecin référent conformément à l'article 5-11-2 de la convention.

Il est à noter que l'adhésion des patients doit être formalisée et enregistrée dans le cadre du présent dispositif, indépendamment de toute adhésion à laquelle il aurait pu souscrire par le passé.

La procédure d'adhésion est formalisée par le contrat d'adhésion figurant sur l'imprimé intitulé " option médecin référent ".

L'imprimé d'adhésion est transmis par le bénéficiaire à sa caisse d'affiliation, après avoir été complété par les 2 parties.

Le document doit être établi en 4 exemplaires :

Les deux premiers sont adressés par l'assuré respectivement à sa caisse d'affiliation et le cas échéant à son régime complémentaire.

Les deux autres sont conservés l'un par le médecin référent et l'autre par l'assuré.

Le fait que l'organisme complémentaire de l'assuré reçoive l'imprimé directement ne lui permet pas de considérer que l'adhésion est validée.

Par conséquent, des procédures devront être définies localement avec les organismes complémentaires pour préciser les modalités selon lesquelles ils seront informés par les organismes obligatoires des adhésions validées

Avant l'enregistrement dans l'option dans les 15 jours suivant la réception de l'imprimé, la caisse s'assure que l'ouverture des droits du bénéficiaire couvre la totalité de la période d'adhésion. A priori, cet examen ne devrait soulever aucun problème, conformément aux modalités retenues dans le cadre du maintien des droits.

Si les droits de l'assuré ne sont pas ouverts, la caisse doit notifier son refus sur l'imprimé et en aviser le bénéficiaire et le médecin en retournant l'exemplaire d'adhésion prévu, après en avoir fait une copie.

En outre la caisse doit également accompagner sa décision d'un courrier sur lequel seront précisées les voies de recours et délais impartis (TASS).

Le bénéficiaire a la possibilité d'interrompre à tout moment son adhésion. Dans cette hypothèse, il ne peut s'ouvrir d'autre droit à l'option conventionnelle avant l'expiration du délai prévu dans le cadre de son engagement initial (1 an) sauf cas de force majeure justifié (exemple : déménagement, décès du médecin référent)

Adhésion des médecins et des patients adhérant à la précédente option

Pour les médecins adhérents à la précédente option, il est préconisé de leur adresser un courrier pour les inciter à adhérer à la nouvelle option, en les informant qu'à défaut de réponse par retour de courrier ils ne seront plus considérés comme médecins référents et ne pourront plus pratiquer la dispense d'avance des frais (DAF-OP).

Lorsque le médecin ré-opte pour la qualité de médecin référent, ses patients anciennement adhérents doivent également effectuer une nouvelle démarche d'adhésion, au plus tard lors de leur première consultation. (l'adhésion de leurs patients peut évidemment s'opérer valablement sans que le médecin réalise une consultation).

C'est uniquement à cette condition que les médecins pourront continuer à pratiquer la dispense d'avance des frais sur leurs actes, notamment sur cette première consultation.

2 Les procédures de gestion des prestations liées à l'option

a) La dispense d'avance des frais (article 5-9)

- Principes généraux

Dans le cadre de l'option, une procédure de dispense d'avance des frais, distincte de celle prévue dans le cadre conventionnel visant les actes d'urgence ou les soins destinés aux assurés en situation de précarité, est formalisée.

Sur le plan pratique, la mention "DAF OP" antérieurement retenue, peut être reconduite, sauf pour les organismes qui auraient mis en place des supports adaptés et validés au niveau des instances locales.

Les caisses d'assurance maladie versent directement la participation du régime obligatoire aux médecins référents, sous un délai maximum de 8 jours à compter de la réception soit des feuilles de soins papier, soit des supports de transmission électroniques.

Le patient, qui bénéficie par ailleurs des tarifs opposables, n'a par conséquent plus à régler la totalité des honoraires dus au médecin, à l'exception, à ce jour, de la part correspondant au ticket modérateur.

Des négociations actuellement menées au niveau national avec les organismes complémentaires permettront, dans un avenir proche, de compléter le dispositif en ce qui concerne la prise en charge du ticket modérateur.

Les accords locaux passés à cet effet sous l'empire de l'ancienne option peuvent être maintenus.

Par ailleurs, les caisses qui auraient pris des contacts au niveau local avec des organismes complémentaires pour conclure de nouveaux accords peuvent poursuivre leur démarche.

Au cas où ces contacts aboutiraient à la conclusion d'un accord, il est demandé aux caisses de les transmettre pour information à la CNAMTS, avant signature définitive afin que la cohérence avec les accords nationaux en cours d'élaboration soit assurée.

Les informations utiles en la circonstance vous seront alors communiquées.

Afin d'harmoniser toutes les modalités pratiques ultérieures, la Commission Conventiionnelle Paritaire Nationale a d'ores et déjà décidé de mettre en place différents groupes de travail (Suivi de l'option conventionnelle – Statistiques et suivi de l'objectif – Communication) chargés de suivre tous les aspects concernant la montée en charge de l'option.

Vous serez bien entendu informés du résultat des travaux, et des positions qui seront retenues au niveau national.

- Le dispositif transitoire (article 5-12)

La mise en place d'un dispositif transitoire de gestion de la dispense d'avance des frais est applicable lorsqu'il n'y a pas de télétransmission des feuilles de soins.

Ce dispositif doit être mis en œuvre sur le plan local, dans les meilleurs délais.

Deux éléments distincts constituent ce dispositif :

- la mise à disposition du médecin référent d'une adresse unique pour l'envoi des feuilles de soins papiers,
- la mise en place d'une procédure de règlement a priori de la part remboursable des honoraires.

(a) Modalités de la mise à disposition d'une **adresse unique** pour l'envoi des feuilles de soins

Le dispositif "d'adresse unique" doit être commun à l'ensemble des régimes d'assurance maladie.

L'organisme désigné à chaque médecin référent a, de ce fait, la charge de collecter, trier et transmettre aux organismes des autres régimes ou sections locales mutualistes, les feuilles de soins relatives à leurs ressortissants.

Pour permettre ce tri, le médecin référent devra obligatoirement mentionner sur la feuille de soins **le code de l'organisme d'affiliation** du bénéficiaire, composé du code gestion (2c) de la caisse de rattachement (3c) et du code centre (3c) figurant sur la carte de l'assuré. (Ce point a été expressément acté lors de la CCPN du 18 Février 1999). En l'absence de cette information, l'organisme concerné devra retourner la feuille de soins au médecin.

Dans l'attente de la modification de la feuille de soins papier en cours de validation au niveau national qui comportera un emplacement spécifique, les partenaires locaux définiront l'emplacement de la mention de ce code.

Compte tenu du caractère inter-régime de l'adresse unique, une répartition de la population des médecins référents peut être effectuée dans chaque département avec la MSA et éventuellement la CMR.

A titre indicatif, cette répartition peut s'examiner en fonction du nombre d'assurés du régime concerné dans la circonscription.

Le principe à respecter en la matière est que chaque médecin référent dispose d'une adresse unique pour l'envoi de toutes ses demandes de remboursement DAF-OP.

La mise en œuvre de cette modalité peut conduire les caisses décentralisées à désigner les adresses en fonction par exemple de la notion de proximité avec l'adresse professionnelle du médecin.

Chaque destinataire ainsi désigné est, dans ce cas, chargé d'un "portefeuille de médecin-référent" pour lequel il assure la réception et de la ventilation de tous les envois "papier". Cette fonction "d'adresse unique" est différente de celle de celle de correspondant administratif.

(b) "Règlement a priori " de la part remboursable

Ce second élément du dispositif transitoire est distinct de la notion d'adresse unique, chaque régime continuant de régler les prestations de ses ressortissants.

L'objectif de cette disposition est de permettre au médecin référent de se fier aux indications relatives à l'ouverture et à la nature des droits figurant sur la carte d'assuré social papier lors de l'entrée dans l'option du bénéficiaire.

Par conséquent, les contrôles effectués au moment de la liquidation ne doivent normalement pas donner lieu à des rejets liés au constat d'une différence entre les droits figurant sur la carte et les informations détenues par la caisse.

En l'attente de la prise en compte des évolutions nécessaires dans les systèmes centraux et à l'instar des flux Sésam-Vitale, il convient d'appliquer les dispositions relatives au recyclage des rejets mentionnés à l'annexe de la circulaire réf *DDRE 5/98- AC 45/98* du 11 Décembre 1998.

b) Versement de la rémunération forfaitaire annuelle

Les modalités de ce versement n'ont pas changé. Le montant reste fixé à 150 F dont la première moitié est versée lors de l'adhésion à l'option du patient et la seconde à l'échéance du "contrat", soit au bout d'un an.

La précédente convention prévoyait une majoration pour l'utilisation de services informatiques en réseau.

L'actuelle convention ne la prévoit plus mais dispose qu'un avenant conventionnel définira ultérieurement une modulation du forfait, en fonction des objectifs de la charte de qualité et éventuellement selon la zone géographique d'exercice.

Les modalités de paiement, de déclaration fiscale, et de comptabilisation des forfaits restent identiques à celles précisées dans la ***circulaire CABDIR n° 15 du 4 Décembre 1997***.

Toute modification ultérieure vous sera communiquée par les services compétents.

3 Les outils mis à la dispositions des caisses

a) Outils informatiques – Statistiques

Le lot 98.02 (version 9.36) a été livré aux organismes. Il intègre les fonctionnalités concernant l'option conventionnelle.

En l'absence de mise en oeuvre de ces outils sur le plan local, toutes les informations diffusées antérieurement demeurent en vigueur

Dans cette seconde hypothèse, les caisses doivent conserver les données permettant le suivi et l'évaluation de l'option.

En effet, votre attention est appelée sur le fait que ces données doivent être distinguées de celles relatives à la précédente option, les deux dispositifs étant distincts. Le logiciel utilisé par le passé doit par conséquent être vidé de toutes les informations antérieures afin de resservir à compter du démarrage de l'option actuelle.

En outre, il convient de conserver par tout moyen, les éléments d'information saisis dans la première version, sous l'empire de la précédente convention.

b) Plan de communication –(article 5 13)

Un groupe de travail est chargé par la Commission Conventionnelle Paritaire Nationale de la rédaction du plan de communication national.

Dès leur finalisation tous les documents et supports vous seront communiqués.

Sans attendre le démarrage de cette campagne nationale de communication, les caisses, après négociation au niveau des instances locales de concertation (article 5 -13-2), doivent mettre en œuvre les modalités retenues au niveau de leur circonscription.

II. LES AUTRES DISPOSITIONS NOUVELLES DE LA CONVENTION

A DISPOSITIONS RELATIVES AUX INSTANCES PARITAIRES

L'installation, la composition, la Présidence, l'indemnisation, les missions, la carence, et certaines règles de fonctionnement des instances locales sont définies par les articles 8-6 et 8-7 du texte conventionnel

Les points innovants en la circonstance visent :

a) la possibilité pour l'instance locale d'adopter un règlement intérieur (article 8-6)

La Commission Conventionnelle Paritaire Nationale examine la possibilité de diffuser, dans les meilleurs délais possibles, un règlement intérieur type des instances locales.

Dans l'attente de la décision de la CCPN à ce propos, les organismes sont invités à porter leur attention sur le fait que les travaux ou projets menés au niveau local sur ledit règlement intérieur ne doivent porter que sur les modalités de fonctionnement.

b) L'indemnisation des médecins qui participent aux groupes de travail (article 8-6)

L'indemnisation des médecins participant aux groupes de travail doit s'envisager de manière formelle :

- la composition des groupes de travail doit être établie par les instances paritaires (exception faite du groupe de suivi de l'option dont le nombre de membre est fixé à 6 par la convention(article 8-7)
- ne pourront être indemnisés que les membres désignés par la CCPL.

c) La suppression des Contrats locaux de maîtrise médicalisée au profit des Actions thématiques concertées

Il convient de relever que le dispositif de suivi de maîtrise médicalisée n'impose plus aux instances locales l'obligation de conclure un contrat local de maîtrise médicalisée (CLMM).

Ce dispositif est remplacé par la possibilité pour la CCPL de mettre en œuvre des " actions thématiques concertées " dans les conditions prévues à l'article 4-3 de la convention.

Dès lors, il convient de considérer que le point indiqué à l'avant dernier tiret du b) du paragraphe " missions de la CCPL " de l'article 8-7 est sans objet.

B FACTURATION DES ACTES (ARTICLE 1-6)

Les modalités de facturation des honoraires ont été modifiées par l'introduction d'une disposition nouvelle stipulant que le médecin ne peut facturer, lors de la même séance, un acte remboursable et un acte hors nomenclature.

Dorénavant, le médecin ne peut facturer un acte remboursable et un hors nomenclature lors de la même séance : en pratique, l'acte hors nomenclature qui sera porté sur une feuille de soins sera donc toujours isolé .

Le médecin, comme dans le cadre de l'ancienne convention, ne sera pas tenu d'établir une feuille de soins lorsqu'il réalisera un acte hors nomenclature

C TELETRANSMISSION

Un avenant conventionnel est actuellement en cours de négociation pour définir les modalités de mise en œuvre de la télétransmission.

A l'occasion de l'entrée en vigueur de cet avenant, des instructions seront communiquées sur les dispositions relatives à la télétransmission

Les services de la CNAMTS restent bien entendu à votre disposition pour examiner toute difficulté que vous voudriez bien leur signaler.

Ils ne manqueront pas de vous informer de toute évolution intervenant dans la mise en oeuvre de ce dispositif auquel les parties signataires de la convention nationale accordent une attention soutenue.

Le Directeur

G. JOHANET

ARCHIVE