

# **SYSTEME CONVENTIONNEL FRANCAIS**

## **PLAN**

<b>I - INTRODUCTION</b>	page 2
<b>II - CONVENTION DES MEDECINS</b>	
1 - HISTORIQUE	page 3
2 - CONVENTION NATIONALE DES MEDECINS GENERALISTES ET DES MEDECINS SPECIALISTES DE 2005	
PRESENTATION GENERALE	page 4
LES POINTS LES PLUS IMPORTANTS DE LA CONVENTION	page 4
MISSIONS DU MEDECIN TRAITANT SALARIE	page 7
LES AVENANTS A LA CONVENTION	page 8
<b>III - AUTRES CONVENTIONS CONCERNANT DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b>	
	page 11

## I - INTRODUCTION

Une architecture conventionnelle à 3 étages a été fixée par la loi du 6 mars 2002.

### ↳ Un accord cadre interprofessionnel :

-Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professionnels de santé sont définis par un accord-cadre conclu par l'union nationale des caisses d'assurance maladie, ou UNCAM, et l'union nationale des professionnels de santé. Cet accord-cadre ne s'applique à une profession que si au moins une organisation syndicale représentative de cette profession l'a signé. Cet accord, conclu pour une durée au plus égale à 5 ans, fixe des dispositions communes à l'ensemble des professions entrant dans le champ des conventions. Il peut notamment déterminer les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des professionnels de santé exerçant en ville, ainsi que les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés et une meilleure coordination des soins ou pour promouvoir des actions de santé publique.

-Les conventions sont un instrument de dialogue privilégié entre l'assurance maladie, fondée sur la solidarité, et les professionnels libéraux et doivent permettre à toute la population un accès à des soins de qualité médicalement utiles. Il s'agit aussi d'assurer aux professionnels des conditions d'exercice permettant, dans un cadre libéral, de garantir la qualité de la relation entre les libéraux et leurs patients, ainsi que de contribuer à la prise en compte des données sociales, médicales, économiques et technologiques auxquelles notre système de soins est confronté. La préservation du caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie passe par la qualité des soins et le bon usage des ressources qui lui sont consacrées par la nation.

### ↳ Des conventions sectorielles :

**-Les conventions s'efforcent de concilier l'exercice libéral des professionnels avec une assurance maladie obligatoire qui assure leur financement. L'offreur de soins est un professionnel libéral qui est assuré de la solvabilité de son patient par la collectivité.**

-S'agissant des médecins, les rapports entre les organismes d'assurance maladie et ces praticiens sont définis par des conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, par l'UNCAM et une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes ou de médecins spécialistes, ou par une convention nationale conclue par l'UNCAM et au moins une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes et une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins spécialistes.

La ou les conventions nationales peuvent faire l'objet de clauses locales particulières, sous forme d'accords complémentaires entre les caisses primaires d'assurance maladie et les organisations syndicales de médecins les plus représentatives de leur ressort. Un décret en conseil d'état fixe les conditions et modalités d'approbation de ces accords. La ou les conventions déterminent notamment : \*les obligations respectives des caisses primaires et des médecins d'exercice libéral \*les conditions de l'exercice de la médecine générale et de la médecine spécialisée ainsi que les dispositions permettant, d'une part, une meilleure coordination de leurs interventions et, d'autre part, l'amélioration du recours aux établissements de soins hospitaliers \*le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires au médecin \*le cas échéant, les conditions de promotion des actions d'évaluation des pratiques professionnelles individuelles ou collectives \*les modalités de financement des expérimentations et des actions innovantes \*les modalités de réalisation et de financement de programmes d'évaluation des stratégies diagnostiques et thérapeutiques permettant l'établissement de références médicales nationales et locales \*les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales \*le cas échéant, les modalités de financement et d'organisation de la reconversion professionnelle des médecins exerçant à titre libéral \*les conditions dans lesquelles est assuré le suivi des dépassements d'honoraires et de leur évolution \*les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins par un médecin généraliste choisi par le patient et les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, y afférents \*les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des médecins participant à ces réseaux \*les objectifs et les modalités d'organisation de la formation professionnelle conventionnelle \*les mesures et procédures applicables aux médecins dont les pratiques abusives sont contraires aux objectifs de bonnes pratiques et de bon usage des soins fixés par la convention.

### ↳ De nouveaux outils de promotion de la qualité des soins :

- Des accords collectifs :

#### ▶ **Accord de Bon Usage des Soins ou AcBUS :**

• engagement collectif pour l'optimisation des pratiques de la profession, l'AcBUS prévoit un objectif médicalisé d'évolution des pratiques. Lorsque les partenaires conventionnels constatent qu'il est souhaitable de promouvoir certaines pratiques de soins, de favoriser la coordination entre les professionnels, ils conviennent d'un accord engageant l'ensemble de la profession. L'AcBUS s'appuie sur deux types de référentiels : les référentiels réglementaires (AMM, ...) et les référentiels médicaux élaborés ou validés par une agence nationale telle que l'AFSSAPS ou par la Haute

Autorité de Santé (ex-ANAES). Un AcBus national peut être décliné au plan régional en accord régional de bon usage des soins.

- Des contrats individuels :

#### ► **Contrat de Bonne Pratique ou CBP :**

• engagement à adhésion **individuelle** pour l'accompagnement des professionnels. A titre d'exemple, trois Contrats de Bonne Pratique portent respectivement sur les spécificités de l'exercice de la médecine générale en milieu rural, sur l'exercice des médecins généralistes dans les stations de sport d'hiver, ainsi que sur l'exercice des médecins généralistes en zones franches urbaines.

Ces trois CBP ont été paraphés le 12 janvier 2005 à l'occasion de la signature de la convention nationale par le directeur de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie ou **UNCAM**, et par les présidents des syndicats signataires de la convention nationale au titre des médecins généralistes. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ayant modifié l'article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale, aucune modalité spécifique d'approbation et de publication des CBP n'est prévue puisqu'ils ne font plus partie des conventions. C'est la raison pour laquelle ces CBP n'ont pas été intégrés dans la convention et ne seront pas publiés au journal officiel. En conséquence, ils entrent en vigueur le 12 janvier 2005, date de leur signature. Par ailleurs, ces contrats comportant des engagements relatifs à la sécurité, la qualité ou l'efficacité des pratiques, ils ont été soumis pour avis à l'ex-ANAES, actuellement Haute Autorité de Santé, qui n'a pas fait d'observation particulière. Chacun de ces CBP a été conclu pour une durée de trois ans à compter de sa date de signature.

## **II - CONVENTION DES MEDECINS**

### **1 - HISTORIQUE**

-L'année 1959 marque une date importante quant aux rapports médecins – caisses de sécurité sociale. Il s'agit d'appliquer l'ordonnance du 30 décembre 1958. Il ressort un encouragement de la poursuite de la procédure conventionnelle, mais il est prévu que dorénavant les conventions médicales doivent être conformes à une convention type.

-La loi du 3 juillet 1971 et l'article L. 257 du code de la sécurité sociale mentionnent le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin sauf dispositions contraires en vigueur.

Cette loi établit le nouveau cadre institutionnel des conventions nationales. Les rapports avec les professions de santé, jusque-là réglés au plan des caisses primaires, sont définis à l'avenir au plan national par une convention passée entre la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, ou CNAMTS, et la ou les organisations syndicales nationales les plus représentatives de ces professions ( médecins, chirurgiens – dentistes, sages – femmes, auxiliaires médicaux ). Le régime des professions indépendantes et le régime agricole peuvent conclure des conventions avec la CNAMTS.

-La première convention nationale du 28 octobre 1971 mentionne les principes de la médecine libérale, le fait que les honoraires sont fixés par accord entre caisses et syndicats médicaux et que les médecins s'imposent une auto – discipline, l'institution d'instances de conciliation, la mise en place des profils médicaux.

-La deuxième convention nationale de 1976 prévoit, dans certains cas, une procédure de tiers payant, organise des procédures de concertation pour les révisions de la nomenclature des actes médicaux et des tarifs des honoraires.

-La troisième convention nationale de 1980 fait ressortir la création d'un chèque – médecin dans certains cas ( qui constitue un tiers payant rénové ), l'auto – discipline qui est renforcée et affinée ( élaboration de tableaux d'activité ), l'institution d'une maîtrise concertée des dépenses, la création du secteur 1 à honoraires opposables et du secteur 2 à honoraires libres dans le respect du tact et de la mesure.

-La quatrième convention nationale de 1985 instaure le principe de tacite reconduction.

-La cinquième convention nationale de 1990 limite le secteur 2.

-La sixième convention nationale de 1993 prévoit des objectifs prévisionnels annuels quantifiés, des références médicales opposables, le codage des actes et des pathologies.

-Les deux conventions nationales de 1997, celle des médecins généralistes et celle des médecins spécialistes, sont annulées par le Conseil d'Etat.

-La septième convention nationale de 1998 ne concerne que les médecins généralistes libéraux. Elle mentionne le médecin référent, la carte Vitale, la coordination des soins, la médecine d'équipe, les exigences de santé publique, l'utilisation de la micro – informatique communicante, la maîtrise des dépenses;

-La huitième convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes est en vigueur actuellement : elle a fait l'objet d'un arrêté d'approbation du 3 février 2005 publié au journal officiel du 11 février 2005.

## 2 - CONVENTION NATIONALE DES MEDECINS GENERALISTES ET DES MEDECINS SPECIALISTES DE 2005 (Journal Officiel du 11 février 2005)

### présentation générale

La philosophie de la réforme consiste en "**soigner mieux en dépensant mieux pour préserver les principes fondamentaux**". Il s'agit de réaffirmer des principes fondateurs, tels l'égalité d'accès aux soins, l'universalité, la solidarité, la qualité des soins, ainsi que de consacrer de nouveaux fondamentaux qui peuvent se résumer en soulignant que l'assurance maladie est la pierre angulaire du système de soins. Pour la première fois depuis 1945, la loi reconnaît l'assurance maladie et les autres caisses comme gestionnaires et régulateurs du système de soins.

L'enjeu consiste au sauvetage de notre système d'assurance maladie. En effet, l'existence de l'assurance maladie est menacée. Trois éléments sont à prendre en compte : - fin 2004, le déficit atteignait 13 milliards d'euros – depuis 1998, le déficit a progressé tous les ans de 3 milliards d'euros – si rien ne change, le déficit atteindra en 2020 la somme de 66 milliards d'euros.

Cette convention constitue un moment historique car elle comporte :

- le passage à un système organisé : c'est un levier qui permet de passer d'un système de santé inorganisé, où chaque soignant définit son propre rôle, où chaque assuré définit ses besoins médicaux, à un système organisé [la France est l'un des seuls pays d'Europe où l'accès aux soins n'était pas organisé : le Danemark, la Finlande, la Norvège, l'Italie, l'Espagne, la Suisse, les Pays-Bas, notamment, ont mis en place un système de médecin traitant],
- une première syndicale avec pour la première fois, des syndicats majoritaires qui s'engagent à respecter des objectifs quantifiés de maîtrise médicalisée des dépenses avec des engagements qui s'élèvent à 998 millions d'euros,
- la réunion des généralistes et des spécialistes. Depuis 1993, aucune convention n'a été signée conjointement avec les médecins généralistes et les médecins spécialistes. Négociée suivant un calendrier très serré et dans un cadre budgétaire restreint, la **convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, signée le 12 janvier 2005, a fait l'objet d'un arrêté d'approbation en date du 3 février 2005 publié au journal officiel du 11 février 2005.**

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie instaure des dispositifs structurels dont :

- Le parcours de soins coordonné
- Le dossier médical personnel

La convention de 2005 ouvre la voie à la mise en œuvre de la réforme.

### les points les plus importants de la convention

#### ► des objectifs et de nouveaux moyens

- Deux objectifs sont fixés :

- favoriser une meilleure organisation du système grâce à la mise en place de la coordination des soins tout en garantissant la liberté de choix des patients.
- réussir la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses.

- De nouveaux moyens sont mis en œuvre :

- le parcours de soins coordonné :

il s'agit d'un levier essentiel du système de santé qui se met en place avec les dispositifs du médecin traitant et du médecin correspondant, des trajectoires de soins, et des spécialités à accès direct. La convention organise le recours aux soins de seconde ligne : aux généralistes le rôle de santé publique et de soins en première ligne. Aux spécialistes de ville, un rôle d'expert en deuxième intention. Une option de coordination est proposée aux praticiens du secteur 2 qui interviennent à titre de correspondants (ils doivent réaliser au moins 30 % de leur activité à des tarifs opposables).

- la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé ou la mise sous contrôle du système :

la convention traduit cette volonté de maîtriser l'évolution des dépenses grâce à la mise sous contrôle du système, reposant sur des engagements, des remboursements sous conditions médicales et une politique de contrôle.

#### ► l'instauration du parcours de soins coordonné

##### - Le médecin traitant ou MT : soins de premier recours

- le MT est le pivot de la coordination des soins, il favorise la qualité et la continuité des soins
- grâce au suivi médical qu'il garantit dans la durée, le MT doit permettre de réduire les soins inutiles ou redondants et d'optimiser l'accès aux soins spécialisés
- le MT est la plupart du temps un généraliste (92 % des français ont un médecin de famille selon un sondage d'octobre 2004).

Trois missions principales sont fixées au MT :

- assurer le premier niveau d'accès aux soins
- orienter les patients dans le parcours de soins coordonné
- favoriser la coordination par la synthèse des informations transmises par les différents professionnels et l'intégration de cette synthèse dans le **dossier médical personnel**

Le MT contribue à la protocolisation des ALD, et assure la prévention ainsi que l'éducation sanitaire.

#### - Le médecin correspondant ou MC : soins de second recours

Le MC est un spécialiste ou un expert dans un domaine particulier. Il doit :

- contribuer à l'élaboration du protocole de soins (pour les ALD) avec le MT
- rendre un avis ponctuel de consultant, sur demande expresse du MT
- s'engager à recevoir le patient adressé par le MT dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient.

Dans tous les cas, le MC s'engage à assurer les conditions d'accueil identiques pour un patient inscrit ou non dans un parcours de soins coordonné. Le MC assure un retour d'information vers le MT.

#### - Le Dossier Médical Personnel ou DMP

- objectifs : le DMP est un outil qui vise principalement à diminuer les risques de contre-indications médicamenteuses et les examens inutiles, ainsi qu'à améliorer le dialogue patients-professionnels de santé
- contenu : le DMP est un dossier informatique qui contiendra tous les antécédents médicaux du patient et qui sera géré par le MT. Le DMP a vocation à recueillir les éléments relatifs aux actes de soins et de prévention.
- calendrier : d'ici la mise en œuvre du DMP prévue pour 2007, la possibilité offerte au médecin dès le courant de l'année 2005 de consulter, avec l'accord de son patient, l'historique des remboursements, va permettre au médecin de connaître et de suivre la consommation de soins de son patient sur les 12 derniers mois.

#### - Le libre choix garanti

- le parcours de soins coordonné garantit au patient la liberté de choisir son MT et les médecins spécialistes correspondants en cas de besoin
- en cas d'urgence, d'éloignement ou d'absence du MT, le patient peut aller voir un autre médecin, les tarifs conventionnels s'appliquent

• certains actes, pour certaines spécialités, sont en **accès direct**. Le médecin à accès spécifique, uniquement spécialiste, assure les soins de premier recours dans sa spécialité, sans consultation préalable du MT, mais assure un retour d'information vers le MT.

\*gynécologie médicale : suivi de la grossesse, IVG médicamenteuse, contraception et examens gynécologiques périodiques : les protocoles sont élaborés par la Haute Autorité de Santé

\*ophtalmologie : prescription et renouvellement des verres correcteurs avec un protocole à élaborer par la HAS, dépistage et suivi du glaucome avec un protocole à concevoir par la HAS

\*psychiatrie : il s'agit de tous les soins de santé mentale dans l'attente de recommandations de la HAS quant à la nature des soins de première intention et aux situations nécessitant la confidentialité vis à vis du MT

• les patients en ALD, faisant l'objet d'un protocole de soins, consultent directement le spécialiste indiqué dans leur protocole

#### - La valorisation de la coordination des soins dans le cadre du parcours

- pour l'assuré : le niveau de remboursement est maintenu avec des tarifs opposables en secteur 1 et des tarifs opposables ou maîtrisés pour l'option de coordination ouverte aux praticiens du secteur 2
- pour le MT, la rémunération annuelle forfaitaire est de 40 euros par patient en ALD pour la coordination et la tenue du protocole de soins

• pour les MC :

\*généralistes et spécialistes peuvent appliquer une majoration de coordination de 3 euros (4 euros pour le psychiatre, neuropsychiatre ou neurologue correspondant),

\*le spécialiste correspondant peut appliquer certains tarifs : - pour une séquence de soins ou des soins itératifs - pour les avis ponctuels de consultant, sollicités par le MT,

• l'option de coordination est proposée aux médecins généralistes et aux médecins spécialistes qui sont autorisés à pratiquer des honoraires différents, ou secteur 2, ou titulaires d'un droit permanent

\*l'objectif est d'étendre l'offre de soins de MC acceptant de pratiquer des tarifs maîtrisés

\*l'engagement des professionnels adhérents consiste en : - pour les patients adressés dans le cadre du parcours de soins, application des tarifs opposables sur les actes cliniques et dépassements plafonnés par rapport aux tarifs opposables sur les actes techniques (+ 15 % maximum) - assurer un retour d'information vers le MT - réaliser au moins 30 % de l'activité globale à tarifs opposables.

Les avantages de l'option permettent de bénéficier des majorations de coordination, ainsi que la prise en charge partielle des cotisations sociales sur l'activité réalisée à tarifs opposables.

Majoration de 3 euros pour les consultations réalisées par les médecins généralistes auprès d'enfants entre leur 2<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> anniversaire, sous certaines conditions. Les médecins secteur 2 cotent cette majoration dans le cadre de soins

délivrés aux bénéficiaires de la CMU complémentaire. La majoration de coordination cardiologique applicable à la CSC s'élève à 3,27 euros.

#### **- La tarification hors du parcours de soins coordonné**

- les spécialistes du secteur 1 peuvent pratiquer des dépassements plafonnés sur 30 % au plus de leur activité globale annuelle : la valeur de ces dépassements (actes cliniques ou actes techniques) ne peut excéder 17,5 % de la valeur des actes réalisés en coordination, soit 32 euros pour une consultation
- les taux de remboursement peuvent être minorés (augmentation du ticket modérateur : 40% au lieu de 30%)
- pour les médecins spécialistes en secteur 2 et leurs patients : la situation est inchangée, les honoraires libres étant fixés dans la limite du tact et de la mesure.

#### **- Les patients de moins de 16 ans**

- les tarifs sont revalorisés : - s'agissant des généralistes, il y a application d'une majoration de la consultation (C + 5 euros) pour les enfants de 0 à 2 ans - pour les pédiatres, la consultation est majorée de 3 euros pour les enfants de 0 à 2 ans - la majoration MPJ applicable à la CNPSY s'élève à 6,70 euros - la majoration MPJ applicable à la CS s'élève à 5 euros.

#### **- Option conventionnelle médecin référent**

- pour cette option, les contrats d'adhésion des assurés ne peuvent plus faire l'objet que d'un renouvellement en 2005 (ainsi, depuis l'entrée en vigueur de la convention parue au journal officiel du 11 février 2005, il n'y a plus d'adhésion nouvelle à l'option conventionnelle médecin référent), dans l'optique d'une convergence des deux dispositifs d'ici l'année 2006 ; les conditions de cette convergence doivent être fixées dans le cadre d'un accord conventionnel.
- les deux modes de rémunération, celle du MT et celle du médecin référent, ne peuvent se cumuler
- lorsqu'un patient désigne un MT autre que son médecin référent, ce médecin référent (pour ce qui concerne cet assuré) et le patient perdent les avantages relatifs à l'adhésion à cette option conventionnelle.

#### **- Impact des mesures tarifaires**

- l'incidence sur l'évolution des honoraires des médecins généralistes et des médecins spécialistes des mesures conventionnelles est la suivante :

\*l'incidence en année pleine, en montant individuel moyen, est de 6375 euros pour les généralistes, de 4329 euros pour les spécialistes (dont 4265 euros pour les spécialistes du secteur 1).

### **► le système de soins sous contrôle**

La convention met en place des instruments de **régulation** et de **contrôle**.

#### **- La Maîtrise Médicalisée de l'Evolution des Dépenses ou MMED : les engagements**

##### **• constats : "la santé n'a pas de prix mais elle a un coût"**

Il est possible d'infléchir la croissance des dépenses, ainsi que l'a montré le succès de la campagne antibiotiques qui a engendré une baisse de 16 % de la consommation en deux ans.

Il existe des marges de progrès, comme le montre l'examen des prescriptions en France qui révèle des variations sans justification sanitaire.

On constate des différences européennes de prescriptions : la France est en tête des prescriptions (antibiotiques, anxiolytiques, ...).

##### **• objectifs :**

Réduire les écarts de consommation de soins non expliqués par l'état sanitaire des patients

Mieux respecter les indications médicales et réglementaires des prescriptions

Parvenir à une baisse significative des dépenses de remboursement de certaines prescriptions inadaptées.

##### **• contenu :**

Les praticiens s'engagent sur des objectifs concrets et chiffrés, à la base de l'équilibre financier de la convention.

Les thèmes et objectifs de maîtrise sont définis tous les ans.

La MMED n'est ni une maîtrise comptable des dépenses (encadrement des volumes d'actes) peu efficace car compensée par une augmentation des volumes et mal acceptée par les professionnels de santé, ni une régulation par la demande (limitation des soins, ticket modérateur, forfait hospitalier).

#### **- La connaissance des règles**

### **"L'Assurance Maladie n'est plus un payeur aveugle"**

- les remboursements ne sont plus automatiques : la liquidation médicalisée ou médico-administrative, ou remboursement sous condition médicale, vise à instaurer un contrôle avant paiement, en fonction des droits des assurés et du périmètre de soins remboursables.
- **le périmètre de remboursement des soins** sera redéfini sur des bases médicales objectives : la Haute Autorité de Santé est chargée de réévaluer l'utilité des produits et services médicaux.

#### **- Le contrôle**

- des contrôles plus transparents : les principaux thèmes sont rendus publics dès 2005, et complétés d'une charte d'engagements de l'assurance maladie, les personnes contrôlées étant informées au préalable, tandis que les critères du contrôle sont homogénéisés sur le territoire.
- la transparence des contrôles s'accompagne d'objectifs clairement énoncés, d'une charte d'engagements, d'une information permanente.
- des contrôles ciblés sur les pratiques et comportements manifestement abusifs.
- ces contrôles visent également à :  
lutter contre les fraudes, des assurés ou des professionnels de santé  
lutter contre les pratiques médicales, potentiellement dangereuses  
faire respecter la tarification des actes médicaux et des conditions de prescription des dispositifs médicaux.
- des contrôles plus efficaces : pour cela, l'assurance maladie réorganise ses moyens d'intervention de manière à renforcer la coordination nationale des contrôles. Elle met par ailleurs en place une cellule nationale de lutte contre les fraudes.

Les contrôles peuvent être plus efficaces aussi grâce aux nouveaux moyens créés par la loi n° 2004 – 810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, qui complètent les outils de sanction déjà utilisés (procédures contentieuses, plaintes, ...).

#### **- L'évaluation des pratiques médicales**

- l'évaluation périodique des médecins est rendue obligatoire par la loi, ainsi que l'obligation de formation professionnelle permanente des médecins, qui a été étendue aux spécialistes.

**- La formation professionnelle conventionnelle** : les parties signataires mettent en place un dispositif de formation (FPC) destiné aux médecins libéraux. Il accompagne les orientations de la convention, notamment les engagements de maîtrise médicalisée. Il s'intègre dans l'obligation qu'ont tous les médecins de formation médicale continue et d'évaluation individuelle des pratiques professionnelles. Il permet aux médecins d'adapter leur pratique à un exercice actualisé de la médecine et concourt ainsi à la qualité des soins et à la maîtrise des dépenses.

**- Des sanctions** sont prévues en cas de non respect des dispositions conventionnelles, dans le cadre des instances conventionnelles paritaires mises en place.

#### **► sont à mettre en exergue les points suivants :**

**- La convention est équilibrée** : en contrepartie de 998 millions d'euros d'économies, 229 millions d'euros seront consacrés aux spécialistes et 343 millions d'euros seront dédiés aux généralistes en 2005 et 2006. Il s'agit d'un accord équilibré entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, dans un cadre financier contraint.

- Cet accord est compatible avec le **respect des objectifs financiers fixés par le parlement**.

**- La Maîtrise Médicalisée de l'Evolution des Dépenses** permet, à qualité de soins égale, de dégager des marges pour revaloriser le métier médical.

**- La coordination** est un gage de qualité renforcée.

- Cette convention induit une **modification de comportement majeure pour nos concitoyens**.

### **arrêté du 2 août 2005, paru au JO du 10 août 2005, relatif aux missions du médecin traitant salarié**

Le médecin traitant salarié, ou MTS, assure le premier niveau de recours aux soins. Il oriente le patient dans le parcours de soins coordonné et informe tout médecin correspondant des délais de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient. Il concourt aux soins de prévention, notamment aux dépistages et à l'éducation sanitaire, et contribue à la

promotion de la santé. Il contribue à l'élaboration et au suivi des protocoles de soins pour les patients atteints d'une affection de longue durée, en concertation avec les autres intervenants. La rédaction du protocole est faite par le médecin traitant en liaison ou selon la proposition du ou des médecins correspondants participant à la prise en charge du malade. Le MTS favorise la coordination par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants et l'intégration de cette synthèse dans le dossier médical personnel mentionné à l'article L.161-36-1 du code de la sécurité sociale. Le MTS apporte au malade toutes informations permettant d'assurer une permanence d'accès aux soins aux heures de fermeture de ses consultations.

## **les avenants à la convention nationale**

Arrêté du 26 mai 2005 portant approbation en particulier de l'**avenant n° 1** publié au JO du 1<sup>er</sup> juin 2005 : il est notamment dédié aux éléments suivants : - précisions sur la rémunération du médecin traitant - dépassements pour l'accès non coordonné dans la limite de 17,5 % de la valeur des tarifs applicables dans le cadre du parcours de soins coordonné - désignation du président de la section sociale de chacune des instances par le directeur général de l'UNCAM - composition de l'organisme gestionnel conventionnel - tarifs.

Arrêté du 21 mars 2005 portant approbation notamment de l'**avenant n° 2** paru au JO du 30 mars 2005 : il est consacré à la mise en œuvre de la classification commune des actes médicaux techniques avec publication des tarifs.

Arrêté du 26 mai 2005 portant approbation en particulier de l'**avenant n° 3** publié au JO du 1<sup>er</sup> juin 2005 : il est notamment dédié aux éléments suivants : - précisions sur la composition des instances conventionnelles qui pour la section sociale ont deux présidents selon qu'elles sont réunies en formation "orientations" ou en formation "exécutive". La Commission Paritaire Nationale, ou CPN, réunie en formation "orientations" délibère sur les orientations de la politique conventionnelle et particulièrement sur le suivi annuel du dispositif optionnel, sur le suivi annuel du dispositif du médecin traitant et du parcours de soins coordonné, sur le suivi annuel de la permanence des soins.

La Commission Paritaire Régionale, ou CPR, réunie en formation "orientations" délibère sur les orientations de la politique conventionnelle au niveau régional.

La Commission Paritaire Locale, ou CPL, réunie en formation "orientations" suit la mise en œuvre au niveau local des orientations de la politique conventionnelle.

Arrêté du 26 mai 2005 portant approbation en particulier de l'**avenant n° 4** publié au JO du 1<sup>er</sup> juin 2005 : il aborde la permanence des soins.

Dans un cadre réglementaire rénové, la mise en œuvre de la nouvelle organisation de la permanence des soins ambulatoire, fondée sur le volontariat du médecin, repose notamment sur : - l'obligation d'une régulation préalable des demandes de soins non programmés aux heures de permanence organisée par le SAMU, ou Service d'Aide Médicale Urgente, cette régulation pouvant également être assurée par le centre d'appel d'une association de permanence des soins dès lors que ce centre est interconnecté avec le SAMU - la sectorisation, pour le dimanche, les jours fériés et la nuit. L'assurance maladie participe au financement de la régulation des médecins libéraux.

L'assurance maladie participe au financement de majorations spécifiques.

Il existe une participation de l'assurance maladie au financement de l'astreinte : les médecins de permanence remplissant certains engagements peuvent prétendre à une rémunération : - de 50 euros pour la période de 20 heures à 0 heure - de 100 euros pour la période de 0 heure à 8 heures - de 150 euros pour les dimanches et les jours fériés pour la période de 8 heures à 20 heures. Cette rémunération est versée dans la limite d'une astreinte par secteur de permanence, ou par ensemble de secteurs mutualisés, et de 150 euros par période de 12 heures.

L'assurance maladie participe au financement des autres éléments de l'organisation régionale de la permanence des soins sur le FAQSV, ou Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville, et sur la dotation nationale de développement des réseaux.

Pour ce qui concerne les pratiques professionnelles des médecins généralistes urgentistes, afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence des services d'urgence privés dans les unités de proximité d'accueil, d'orientation et de traitement des urgences, les médecins généralistes urgentistes qui assurent la prise en charge des urgences au sein de ces établissements de santé peuvent adhérer à des contrats conformes à un contrat type dénommé: "contrat pour l'organisation des pratiques professionnelles relatives à la prise en charge des urgences dans les UPATOU, ou Unités de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences" [en contrepartie des engagements pris par le réseau, l'URCAM s'engage à verser une rémunération forfaitaire individuelle de 228,68 euros par période de garde sur place la nuit. Ce forfait ne se cumule pas avec les majorations de première partie de nuit de 20 heures à 0 heure].

S'agissant de la permanence des soins en unités d'obstétrique, il y a instauration d'une majoration de sujétion particulière de 150 euros, pour l'ensemble des actes liés au premier accouchement, réalisés, la nuit, le dimanche et les jours fériés, par chacun des médecins.

L'arrêté du 17 janvier 2006 portant approbation de l'avenant n° 9 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, publié au journal officiel du 29 janvier 2006, comporte un article 4 mentionnant que la dernière phrase de l'article 9 de l'**avenant n° 4** à la convention, relatif à la permanence des soins en unités d'obstétrique, est modifiée comme suit : quand un pédiatre est appelé à intervenir à la suite d'un accouchement ayant eu lieu au cours de la nuit, il pourra bénéficier du montant de cette majoration même si cette intervention se situe au cours de la matinée suivante.

Arrêté du 28 juillet 2005 portant approbation en particulier de l'**avenant n° 5** publié au JO du 7 août 2005 : il concerne la revalorisation des actes d'anatomo-cyto-pathologie.

Il est mentionné que l'UNCAM saisit la Haute Autorité de Santé sur les deux thèmes suivants, l'immunohistochimie et les examens extemporanés. L'élaboration par la HAS de recommandations sur les indications de ces examens doit permettre d'élaborer sur ces deux thèmes des AcBUS dont l'objectif est de limiter les examens inutiles.

Arrêté du 28 juillet 2005 portant approbation notamment de l'**avenant n° 6** publié au JO du 7 août 2005 : il aborde les conditions particulières de cotation de la C2 pour les médecins anesthésistes-réanimateurs. La consultation préanesthésique, définie aux articles D.712-40 et D.712-41 du code de la santé publique, peut donner lieu à une cotation C2 pour un patient dont l'état clinique est évalué au niveau 3 ou supérieur (c'est-à-dire 4 ou 5) de la classification de l'American Society of the Anesthesiologists ou classification ASA.

[La classification ASA III concerne un patient ayant une perturbation sévère d'une grande fonction, en relation avec l'affection chirurgicale ou une autre affection. Par exemple, insuffisance coronarienne avec angor, diabète insulino-dépendant, obésité morbide, insuffisance respiratoire modérée.

La classification ASA V est relative à un patient moribond].

Arrêté du 16 août 2005 portant approbation de l'**avenant n° 7** publié au JO du 26 août 2005 : il est dédié à la modification de certains tarifs des actes de la classification commune des actes médicaux technique, à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2005.

Arrêté du 28 juillet 2005 portant approbation en particulier de l'**avenant n° 8** publié au JO du 7 août 2005 : il aborde la Dispense d'Avance de Frais, ou DAF.

Les dispositions suivantes s'appliquent à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006. Il y a instauration d'une DAF pour les personnes et leurs ayants droit exonérés ou non du ticket modérateur pouvant prétendre au dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire mis en place par l'article 56 de la loi du 13 août 2004. Cette DAF est réalisée sur la seule part des remboursements correspondant à la prise en charge des régimes d'assurance maladie obligatoires. Elle s'applique aux assurés et à leurs ayants droit pour les soins réalisés dans le cadre du parcours de soins coordonné par le médecin traitant, le ou les médecins correspondants et les médecins en accès spécifique. La justification du droit à cette modalité de DAF est fournie au médecin consulté par la carte Vitale de l'assuré et par la présentation du document papier attestant du droit de l'assuré à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire.

Lorsque les professionnels se trouvent en procédure de DAF, les caisses ont fixé un délai maximum de paiement à compter de la réception de la feuille de soins qui est de 14 jours pour les feuilles de soins papier, et de 5 jours pour les feuilles de soins électroniques.

Signature le 12 décembre 2005 de l'**avenant n° 9** : l'arrêté du 17 janvier 2006, portant approbation de l'avenant n° 9 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, a été publié au journal officiel du 29 janvier 2006. Les partenaires conventionnels nationaux, conscients des conditions particulières de pratique de la médecine libérale à Mayotte, prévoient l'adaptation des dispositions de la convention nationale à l'exercice des médecins mahorais. Il est décidé en particulier d'accorder à ces médecins pratiquant à Mayotte le bénéfice de tarifs majorés afin de prendre en compte les surcoûts liés à l'insularité.

Signature le 19 décembre 2005 de l'**avenant n° 10** : l'arrêté du 24 janvier 2006, portant approbation notamment de l'avenant n° 10 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, est paru au journal officiel du 7 février 2006. Il est relatif à la détermination des conditions d'un accès spécifique aux soins de psychiatrie réalisés par les psychiatres et les neuropsychiatres dans le cadre du parcours de soins coordonnés, ainsi qu'à l'amélioration de l'accès aux soins et de la continuité des prises en charge.

Signature le 19 décembre 2005 de l'**avenant n° 11** : l'arrêté du 24 janvier 2006, portant approbation en particulier de l'avenant n° 11 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, a été publié au journal officiel du 7 février 2006. Il concerne : - en cas d'urgence médicalement justifiée, sous certaines conditions, le médecin spécialiste pour ce qui concerne la facturation de la majoration de coordination "MCS", applicable à la consultation ou à

la visite - la modalité de partage entre les régimes d'assurance maladie de la participation aux cotisations sociales des médecins - l'application de la majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste.

Signature le 3 mars 2006 de l'**avenant n° 12** : l'arrêté du 23 mars 2006, portant approbation de l'avenant n° 12 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, est paru au journal officiel du 30 mars 2006. Il aborde la définition annuelle des objectifs et thèmes de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé pour les années 2006 et 2007. L'annexe 1 aborde les 3 actions de prévention du médecin traitant (cancer du sein, rôle du médecin traitant dans la coordination des soins et la prévention des risques cardio-vasculaires des patients diabétiques, ainsi que la prévention de la iatrogénie médicamenteuses pour les patients de plus de 65 ans. L'annexe 2 est dédiée aux mesures d'accompagnement pour certaines spécialités et qualifications.

Signature le 18 avril 2006 de l'**avenant n° 13** : l'arrêté du 12 juin 2006, portant approbation de l'avenant n° 13 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, a été publié au journal officiel du 25 juillet 2006. Il mentionne en particulier le fait qu'au 1<sup>er</sup> août 2006, la valeur de la lettre clé C est portée à 21 euros pour les médecins généralistes exerçant en métropole, à 23,10 euros pour les médecins généralistes exerçant aux Antilles et en Guyane, et à 25,20 euros pour les médecins généralistes exerçant à la Réunion et à Mayotte.

Signature le 9 septembre 2006 de l'**avenant n° 14** : l'arrêté du 27 octobre 2006, portant approbation en particulier de l'avenant n° 14 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, est paru au journal officiel du 7 novembre 2006. Il aborde notamment des actions tendant à optimiser le recours aux visites à domicile. **(avenant annulé par le Conseil d'Etat)**

Signature le 9 septembre 2006 de l'**avenant n° 15** : l'arrêté du 27 octobre 2006, portant approbation notamment de l'avenant n° 15 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, est paru au journal officiel du 7 novembre 2006. Il aborde en particulier les soins réalisés par le stomatologiste pouvant donner lieu à un accès spécifique, ainsi que des propositions de modification de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels. **(avenant annulé par le Conseil d'Etat)**

Signature le 25 octobre 2006 de l'**avenant n° 16** : l'arrêté du 22 décembre 2006, portant approbation de l'avenant n° 16 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, est paru au journal officiel du 30 décembre 2006. Il mentionne notamment que les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins généralistes et spécialistes en Guyane sont alignés sur ceux appliqués à la Réunion.

Signature le 29 novembre 2006 de l'**avenant n° 19** : l'arrêté du 16 janvier 2007, portant approbation de l'avenant n° 19 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, est paru au journal officiel du 21 janvier 2007. Il aborde l'application de la majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste et comporte, en annexe, la liste des spécialités donnant droit à la majoration forfaitaire transitoire. **(avenant annulé par le Conseil d'Etat)**

Signature le 7 février 2007 de l'**avenant n° 20** : l'arrêté du 23 mars 2007, portant approbation de l'avenant n° 20 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, a été publié au journal officiel du 28 mars 2007. Il aborde l'option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des médecins généralistes en zones déficitaires. L'adhésion est valable à compter de la date d'enregistrement par la caisse de l'acte d'adhésion, dans la limite de la durée de la convention nationale soit jusqu'au 11 février 2010.

Signature le 7 février 2007 de l'**avenant n° 17 BIS** : il est paru au journal officiel du 17 avril 2007, ainsi qu'à celui du 19 avril 2007. Il indique qu'au titre de leur participation à une formation agréée FPC, les médecins peuvent prétendre au versement d'une indemnité quotidienne (hors dimanches et jours fériés) pour perte de ressources, sous réserve de remplir certaines conditions cumulatives.

Signature le 7 février 2007 de l'**avenant n° 18** : il a été publié au journal officiel du 17 avril 2007, ainsi qu'à celui du 19 avril 2007. Il ressort le fait que la convention nationale prévoit la mise en œuvre d'un dispositif permettant la convergence du médecin traitant et de l'option médecin référent. A cet effet, les parties signataires souhaitent, par le présent avenant, fixer les modalités de versement d'une indemnité individuelle, proportionnelle et dégressive afin d'assurer cette convergence.

Signature le 7 février 2007 de l'**avenant n° 21** : il est paru au journal officiel du 17 avril 2007, ainsi qu'à celui du 19 avril 2007. Il aborde la CMU complémentaire.

Signature le 7 février 2007 de l'**avenant n° 22** : il a été publié au journal officiel du 17 avril 2007, ainsi qu'à celui du 19 avril 2007. Il concerne les médecins stomatologistes qui participent à l'action de prévention s'adressant aux enfants ou

adolescents âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans qui bénéficient d'un examen de prévention et des soins consécutifs éventuellement préconisés lors de cet examen.

**Avenant 23** (2 mai 2007) [J.O. 3 mai 2007] : Il aborde notamment des actions de prévention, les engagements de maîtrise médicalisée.

**Avenant 24** (25 juillet 2007) [J.O. 12 septembre 2007] : Il concerne en particulier la radiologie, l'option « archivage » des images de radiologie, la classification commune des actes médicaux technique.

**Avenant 25** (15 novembre 2007) [J.O. 27 décembre 2007] : Il aborde l'application de la majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste.

**Avenant 26** (20 novembre 2007) [J.O. 27 décembre 2007] : Il concerne notamment les tarifs de la classification commune des actes médicaux technique.

**Avenant 27** (19 décembre 2007) [J.O. 27 décembre 2007] : Il aborde la permanence des soins.

**Avenant 28** (1<sup>er</sup> octobre 2008) [J.O. 30 décembre 2008] : Il concerne la lettre clé « KMB ».

**Avenant 29** (10 avril 2009) [J.O. 17 juillet 2009] : Il aborde le comité technique paritaire permanent national chargé des simplifications administratives.

**Avenant 30** (10 avril 2009) [J.O. 17 juillet 2009] : Il concerne la création d'un comité du fonds des actions conventionnelles, les missions de ce comité, le règlement intérieur de cette instance.

**Avenant 31** (7 mai 2009) [ J.O. 8 septembre 2009] : Il indique que les médecins libéraux intervenant au titre d'experts à une formation agréée FPC sont indemnisés au prorata de leur temps d'intervention, sans que cette durée ne soit inférieure à une demi-journée de temps de présence effectif.

### **III - AUTRES CONVENTIONS CONCERNANT DES PROFESSIONNELS DE SANTE**

\*Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux sont définis par des conventions nationales conclues entre l'UNCAM et une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de chacune de ces professions. Ces conventions déterminent notamment :  
\*les obligations des caisses primaires et celles de ces professionnels \*les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés aux assurés sociaux par les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes ou les auxiliaires médicaux \*la possibilité de mettre à la charge du professionnel qui ne respecte pas certaines mesures, tout ou partie des cotisations ou une partie de la dépense des régimes d'assurance maladie...