

PROTOCOLE D'ACCORD DU 15 décembre 2004

PREAMBULE

Afin de préserver le caractère universel, obligatoire et solidaire de l'Assurance Maladie auquel ils sont attachés, l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie et les syndicats représentatifs des médecins libéraux entendent contribuer, chacun pour sa part, au bon usage des ressources qui lui sont consacrées par la Nation. Ils s'engagent ensemble sur la voie d'une régulation médicalisée des dépenses de santé, s'appuyant sur des référentiels médicaux scientifiquement validés. Conscient de la gravité de la situation financière de l'Assurance Maladie, leur objectif est d'améliorer l'efficacité de notre système de soins. Leur principe, de permettre aux médecins de soigner mieux en dépensant mieux.

Pour ce faire, le présent protocole vise à améliorer la coordination des soins, qui est le gage de la qualité des soins dispensés. La volonté de ses signataires est de préserver, voire d'améliorer, les conditions d'accès aux soins des assurés sociaux. La liberté de choix des patients doit pouvoir s'exprimer à toutes les étapes de la démarche qui est proposée en vue d'une meilleure coordination des soins.

- **Améliorer la coordination et la qualité des soins**

La loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie confie aux partenaires conventionnels l'organisation du suivi médical du patient, sur la base de son dossier médical personnel, tenu et géré par le médecin traitant qu'il a choisi. Elle les charge également de définir les modalités de l'accompagnement du patient, tout au long de son parcours dans le système de soins, à partir du médecin traitant qui l'oriente vers d'autres soignants lorsque son état de santé le requiert. Dès lors, les parties signataires du présent protocole s'entendent pour considérer que le médecin traitant a vocation à être le plus souvent un médecin généraliste.

L'objectif de ces deux dispositifs est de garantir la qualité des soins, par une organisation et une utilisation plus cohérentes du système de santé, résultant d'une structuration plus explicite des soins de première et de seconde intentions. Le médecin traitant a vocation à devenir le spécialiste du premier recours, s'appuyant sur un réseau de professionnels de santé, en ville ou à l'hôpital, qu'il sait pouvoir consulter sur les différents aspects de la prise en charge diagnostique ou thérapeutique de son patient. Lorsque l'ensemble des informations médicales sur le patient converge vers un point d'entrée qui est le médecin traitant, qui assure la synthèse des éléments du dossier médical personnel qu'il tient à jour, le traitement peut être ajusté en tant que de besoin. La prévention et l'éducation thérapeutique trouvent naturellement place dans le colloque singulier. La répétition d'actes redondants devient l'exception.

Parce que l'amélioration de la qualité des soins est associée à la coordination du parcours médical du patient, les parties signataires définissent un dispositif coordonné qui est incitatif pour le patient comme pour ses praticiens.

- **Préserver et améliorer l'accès aux soins**

Pour les médecins conventionnés à tarifs opposables, les parties signataires garantissent cette opposabilité des tarifs tout au long du parcours de soins coordonnés, lorsque le patient a recours à son médecin traitant, mais aussi lorsque celui-ci l'adresse vers un autre praticien, en général un spécialiste. Les médecins conventionnés à honoraires différents se voient proposer de choisir la coordination, en exerçant une partie de leur activité sur la base de tarifs opposables ou maîtrisés, dans le cadre du parcours de soins coordonnés et dans les conditions définies par les parties signataires.

En partenariat avec les syndicats représentatifs de la profession médicale, l'Assurance Maladie veille à la continuité, à la coordination et à la qualité des soins offerts aux assurés sociaux, ainsi qu'à la répartition homogène de cette offre. A cette fin, en complémentarité avec les textes réglementaires, les parties signataires souhaitent s'investir dans le chantier de l'amélioration de la répartition de la démographie médicale sur l'ensemble du territoire, par l'attribution d'aides à l'installation dans les zones sous-médicalisées.

Dans l'attente d'un avenant conventionnel relatif à la permanence des soins, les parties s'entendent pour considérer qu'il convient d'optimiser l'intervention des professionnels libéraux la nuit, et notamment de laisser les partenaires locaux organiser la permanence des soins ambulatoire en seconde partie de nuit, en cohérence avec l'ensemble des ressources disponibles au niveau local.

Pour répondre à l'obligation légale, pour les praticiens, de suivre une formation continue, les parties signataires entendent renforcer les moyens consacrés à la formation professionnelle conventionnelle. Pour répondre à l'obligation légale de s'inscrire dans une démarche d'évaluation, elles accompagnent également, dans le cadre du présent protocole, le chantier de l'évaluation des pratiques professionnelles. L'amélioration de la pratique médicale s'appuiera sur ces deux dispositifs. Elle passera, en outre, par le développement de l'éducation à la santé et de la prévention dans la médecine de première intention, dans le cadre d'une politique contractuelle de formation, d'évaluation ainsi que de définition de protocoles de soins et de référentiels. Elle s'inscrira enfin dans une approche interprofessionnelle, conduite avec les syndicats signataires des conventions nationales des différentes professions de santé.

- **Respecter le libre choix du patient**

Les signataires du présent protocole considèrent que la liberté de choix du patient doit être préservée. Elle doit l'être notamment à toutes les étapes de la démarche de coordination, y compris dans le cas de soins faisant l'objet d'un protocole. Le parcours de soins coordonné est une option proposée à tout patient, fondée sur la confiance qu'il accorde à son médecin dans la durée.

Le libre choix du médecin traitant prévaut, comme la possibilité d'en changer à tout moment. Le libre choix existe également pour le ou les spécialistes amenés, le cas échéant, à intervenir dans le parcours coordonné. Le patient peut recourir, sans prescription préalable de son médecin traitant, à certaines spécialités et dans certaines circonstances. Le patient peut choisir un médecin spécialiste comme médecin traitant. Enfin, le patient peut consulter un médecin qui n'est pas son médecin traitant, ou vers lequel son médecin traitant ne l'a pas orienté, en dehors de tout parcours de soins coordonnés.

Les partenaires s'engagent à préserver une médecine libérale et à ne pas promouvoir une médecine de caisse.

1. PARCOURS DE SOINS ET COORDINATION

La loi de réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004 instaure un nouveau dispositif reposant sur le choix par chaque assuré de plus de 16 ans d'un médecin traitant, autour duquel les partenaires conventionnels mettront en place le parcours de soins coordonnés.

Dans ce parcours de soins coordonnés, le patient est incité à consulter en première intention son médecin traitant qui le conseillera selon sa situation et l'orientera, en tant que de besoin et avec son accord, vers un autre praticien : le médecin correspondant, qu'il choisit librement. Le patient peut également, tout en restant dans le parcours, consulter directement, pour certains des actes qu'ils effectuent, des médecins relevant de certaines spécialités dites à accès spécifique.

Dans tous les cas, le praticien s'engage, à situation médicale comparable, à assurer des délais de prise en charge médicale identiques entre patients, que ceux-ci le consultent en accès libre ou qu'ils soient intégrés dans un dispositif coordonné. Le médecin traitant s'engage à informer tout médecin correspondant des délais de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient.

Par ailleurs, les cas de consultation en urgence ou lorsque l'assuré est en déplacement, c'est-à-dire éloigné de sa résidence habituelle, sont considérés comme des situations spécifiques. L'urgence est définie comme une situation non prévue plus de huit heures auparavant pour une affection, ou la suspicion d'une affection, mettant en jeu la vie du patient, ou l'intégrité de son organisme, et entraînant la mobilisation rapide du médecin.

Nonobstant le parcours de soins, la prolongation d'arrêts de travail, conformément à l'article L 162-4-4 du code de la sécurité sociale, doit être prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou par le médecin traitant, sauf impossibilité dûment justifiée par l'assuré.

1.1. L'ORGANISATION DU PARCOURS DE SOINS COORDONNES

1.1.1. Le médecin traitant

1.1.1.1. Les missions du médecin traitant

- assurer le premier niveau de recours aux soins ;
- orienter le patient dans le parcours de soins coordonnés et informer tout médecin correspondant des délais de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient ;
- assurer les soins de prévention (dépistage, éducation sanitaire, etc.) et contribuer à la promotion de la santé ;
- contribuer à la protocolisation des soins de longue durée, en concertation avec les autres intervenants ; la rédaction du protocole est faite par le médecin traitant (généraliste ou spécialiste) en liaison ou selon la proposition du ou des médecins correspondants participant à la prise en charge du malade ;
- favoriser la coordination par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants et l'intégration de cette synthèse dans le DMP ;
- apporter au malade toutes informations permettant d'assurer une permanence d'accès aux soins aux heures de fermeture du cabinet.

Les médecins traitants se coordonnent avec les autres professionnels et services participant aux soins de leurs patients. Leurs interventions contribuent à la continuité ainsi qu'à la qualité des soins et des services apportés à la population.

Par leur fonction de conseil et d'orientation, les médecins traitants participent activement à la bonne utilisation du système de soins par leurs patients avec le souci de délivrer des soins de qualité à la collectivité, à des coûts maîtrisés.

Leur relation de proximité avec leurs patients les situe également au cœur du développement de la prévention en santé. Les parties signataires s'engagent à renforcer leur rôle dans ce domaine notamment en développant la dimension "santé publique" dans l'offre de formation continue conventionnelle et en favorisant la participation des médecins traitants aux programmes de prévention.

1.1.1.2. Modalités de choix du médecin traitant

Le médecin traitant peut être médecin généraliste ou spécialiste.

Chaque assuré de plus de 16 ans adresse à sa caisse un imprimé intitulé "Déclaration de choix du médecin traitant", complété avec le praticien qu'il a choisi. Le médecin signifie son accord en cosignant l'imprimé précité. L'assuré peut changer à tout moment de médecin traitant.

1.1.1.3. Modalités particulières

- En matière de remplacement :

Lorsque le médecin traitant est indisponible, celui qui assure son remplacement est considéré comme médecin traitant pour l'assuré.

- En matière d'exercice en groupe :

En cas d'indisponibilité du médecin traitant, son remplacement peut être assuré par un médecin participant au cabinet de groupe.

1.1.1.4. Cas des praticiens ayant adhéré à l'option médecin référent

Conformément à l'article L 162-5-3 du code de la sécurité sociale, qui dispose que "l'assuré désigne un médecin traitant autre que son médecin référent, ce dernier, pour ce qui concerne cet assuré, perd les avantages relatifs à l'adhésion à cette option conventionnelle. L'assuré perd également cet avantage".

Les parties signataires conviennent que les contrats d'adhésion des assurés ne pourront plus faire l'objet que d'un renouvellement à compter de la date d'entrée en vigueur du présent texte, dans l'objectif d'une convergence des deux dispositifs d'ici l'année 2006 ; les conditions de cette convergence seront fixées dans le cadre d'un accord conventionnel au plus tard le 15 novembre 2005.

Dans l'attente de l'accord évoqué ci-dessus, les dispositions issues des textes conventionnels précédents sont reprises pour les praticiens médecins référents à la date d'entrée en vigueur de la présente convention et pour ceux de leurs patients ayant adhéré à l'option. Par contre, aucune nouvelle adhésion de praticien ni de patient ne pourra être demandée à compter de cette même date.

Par ailleurs, la rémunération globale du médecin traitant au titre de ses missions et notamment de son activité de coordination ne peut pas se cumuler avec la rémunération forfaitaire du médecin référent. Dès lors, si le montant de la rémunération forfaitaire médecin référent est inférieur aux rémunérations spécifiques globales du médecin traitant, sera versé en complément au praticien le différentiel entre les deux rémunérations.

1.1.2. Le médecin correspondant

Missions du médecin correspondant

- Répondre aux sollicitations du médecin traitant et recevoir les patients adressés dans des délais compatibles avec leur état de santé, sans discrimination dans la prise de rendez-vous ; il s'engage à tenir compte des informations médicales relatives aux délais transmises par le médecin traitant.
- Contribuer, dans son champ de compétence, à la protocolisation des soins pour les malades en affections de longue durée.
- Tenir informé, avec l'accord du patient, le médecin traitant de ses constatations et lui transmettre, dans les délais raisonnables, nécessaires à la continuité des soins et compatibles avec la situation médicale du patient - délais qui seront précisés dans l'accord conventionnel, tous éléments objectifs se rapportant aux séquences de soins sur lesquelles il intervient : résultats d'exams complémentaires, comptes rendus opératoires, comptes rendus d'hospitalisation, constatations, conclusions et éventuelles prescriptions.

1.1.3. Parcours de soins coordonnés

Le médecin traitant assure les soins courants du patient qui l'a choisi comme tel. Dans certaines situations cependant, le médecin traitant peut faire appel à un médecin correspondant.

Les différentes modalités du parcours de soins coordonnés sont les suivantes :

- **Médecin traitant vers médecin correspondant pour demande d'avis ponctuel** :
Le médecin correspondant a un rôle de consultant, selon des modalités définies au point 2.1.2. du présent texte. A ce titre, il ne donne pas de soins continus à ce patient et doit laisser au médecin traitant la charge de surveiller l'application de ses prescriptions.
- **Médecin traitant vers médecin correspondant pour soins itératifs** :
Ces soins sont pratiqués selon :
 - un plan de soins prédéfini en termes de contenu et de périodicité entre le médecin traitant et le médecin correspondant ;
 - ou selon un protocole affection de longue durée.Le patient accède aux médecins correspondants sans passage par le médecin traitant selon les périodicités prédéfinies.
- **Médecin traitant vers médecin correspondant avec nécessité d'une séquence de soins nécessitant un ou plusieurs intervenants** :
Cette séquence de soins est réalisée en concertation avec le médecin traitant. Le patient est alors orienté vers les médecins correspondants sans passage par le médecin traitant.
- **Médecin traitant vers médecin correspondant généraliste (notamment MEP)** :
Le médecin traitant peut conseiller une séquence de soins à son patient nécessitant l'intervention ponctuelle ou itérative (plan de soins) d'un médecin généraliste.

1.1.4. L'accès spécifique

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

1.1.4.1. Champ de l'accès spécifique

Sont concernés certains actes en gynécologie et ophtalmologie.

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

- les examens cliniques gynécologiques périodiques, comprenant les actes de dépistage, conformément aux référentiels scientifiques élaborés par la Haute Autorité de Santé,
- la prescription et le suivi d'une contraception conformément aux référentiels scientifiques élaborés par la Haute Autorité,
- le suivi des grossesses,
- l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse.

Dans l'attente de la publication des référentiels scientifiques élaborés par la Haute Autorité de Santé, ces soins seront considérés comme coordonnés.

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

- les troubles de la réfraction oculaire (prescription et renouvellement de verres correcteurs), conformément à un référentiel à définir,
- les actes de dépistage et de suivi du glaucome.

Dans l'attente de la publication de ce référentiel, ces soins seront considérés comme coordonnés.

Pour la psychiatrie et la neuro-psychiatrie, les parties conviennent de déterminer les conditions dans lesquelles certains soins pourront donner lieu à un accès spécifique par avenant conventionnel au plus tard le 1^{er} mars 2005.

1.1.4.2. Ces praticiens sont intégrés au parcours de soins coordonnés

Dans les situations décrites ci-dessus, le médecin spécialiste est tenu aux mêmes engagements en terme de coordination que le médecin correspondant. Il apprécie la nécessité de conseiller à son patient de consulter son médecin traitant.

1.2. OUTIL DE LA COORDINATION : LE DOSSIER MEDICAL PERSONNEL

Conformément à la loi, les médecins conventionnés consulteront et mettront à jour le dossier médical personnel (DMP) des patients qu'ils prennent en charge.

Le DMP a vocation à suivre le patient tout au long de son parcours de soins, aussi bien en ville qu'à l'hôpital, dans le respect des règles du secret médical.

Dans l'attente de la mise en œuvre du DMP, le médecin traitant établit son dossier médical en conformité avec le parcours de soins coordonné.

A cet effet, ce dossier comporte les éléments d'information suivants:

- une synthèse actualisée des éléments du dossier nécessaires à la continuité des soins,
- les protocoles de soins, notamment les protocoles relatifs aux soins de longue durée et les protocoles de dépistage,
- les documents transmis par les professionnels participant à la continuité et à la coordination des soins : courriers de réponses, protocoles de soins proposés, résultats d'examens complémentaires, comptes rendus d'hospitalisation, comptes rendus opératoires, etc.

Les éléments ainsi colligés dans le dossier doivent permettre d'attester de la réalité de la coordination assurée par le médecin traitant. Ils sont remis au patient en cas de changement de médecin traitant.

Les parties conviennent que les modalités de mise en œuvre du DMP, et notamment son impact sur les missions des différents acteurs du parcours de soins, feront l'objet d'un avenant conventionnel d'ici la fin de l'année 2006.

2. VALORISATION DU PARCOURS DE SOINS COORDONNES ET OPTION DE COORDINATION

Les parties conviennent que l'ensemble des dispositions ci-dessous sera applicable à compter du 1er juillet 2005, à l'exception des dispositions pour lesquelles une autre date est précisée.

2.1. VALORISATION DU PARCOURS DE SOINS COORDONNES

2.1.1. Le médecin traitant

Les parties signataires décident de prendre globalement en compte les missions dévolues au médecin traitant, et spécifiquement celles relatives à la coordination des soins décrites au point 1.1. du présent texte. En matière de coordination des soins et dans un premier temps, la priorité doit aller aux malades pour lesquels la coordination et la continuité des soins sont les plus nécessaires.

En conséquence, pour ses patients atteints d'une affection de longue durée qui l'ont choisi en tant que tel, le médecin traitant conventionné bénéficie d'une rémunération spécifique afin de prendre plus particulièrement en compte le besoin particulier de coordination médicale que nécessite la pathologie concernée. Cette rémunération intègre de plus, au titre de la coordination, la rédaction et l'actualisation du protocole de soins en liaison avec le médecin correspondant.

Le médecin traitant conventionné bénéficie d'une rémunération spécifique pour ceux de ses patients atteints d'une affection de longue durée (ALD) qui l'ont choisi comme médecin traitant.

La Caisse verse au médecin traitant une rémunération spécifique de 40€ par an par patient en ALD.

Les parties conviennent de financer la rémunération spécifique définie ci-dessus notamment par la suppression dès le 1^{er} janvier 2005 du PIREs.

Les versements de la rémunération spécifique s'effectueront à compter du 1^{er} mai 2005 selon les modalités suivantes :

Le paiement de la rémunération spécifique s'effectue à trimestre à échoir, pour les patients :

- qui ont choisi et déclaré leur médecin traitant le trimestre précédent,
- et dont la date anniversaire d'entrée dans l'ALD se situe au cours du trimestre de versement.

2.1.2. Le médecin correspondant

▪ Rémunération de l'avis ponctuel de consultant :

Outre les médecins bénéficiant d'ores et déjà de la possibilité de coter la C2, et sous réserve :

- d'être conventionné et titulaire d'un certificat d'études spécialisées,
- et de ne pas avoir reçu le patient dans les 6 mois précédant la consultation,

le médecin correspondant, lorsqu'il rend un avis ponctuel de consultant, est rémunéré dans les conditions définies à l'article 18 de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (il reçoit le patient à la demande du médecin traitant, ne lui donne pas de soins continus mais laisse au traitant la charge de surveiller l'application de ses prescriptions).

Les parties conviennent que l'expression "médecin traitant" citée à l'article 18 de la NGAP est entendue dans le sens du futur texte conventionnel. Dès lors, cette cotation n'est pas applicable en cas d'adressage par un autre praticien que le médecin traitant. Elle ne s'applique pas non plus aux consultations réalisées dans le cadre de prises en charge protocolisées (soins itératifs) ou de

séquences de soins nécessitant l'intervention successive de plusieurs intervenants sans passage par le médecin traitant.

Le médecin spécialiste peut faire les actes techniques nécessaires à l'élaboration de son avis ponctuel de consultant.

Par ailleurs, s'agissant des chirurgiens bénéficiant de la cotation C2 définie à l'article 18 de la NGAP, les parties conviennent que leur intervention en troisième recours se cote dans les conditions actuelles, sous réserve d'un retour d'information au médecin traitant.

De plus, un avenant conventionnel définira les conditions particulières de cotation de la C2 pour les médecins anesthésistes-réanimateurs, au plus tard le 1^{er} mars 2005.

Le médecin traitant s'engage par ailleurs à ne pas adresser son patient plus de deux fois dans les six mois pour avis ponctuel de consultant à un médecin de même spécialité et pour la même pathologie.

Le médecin correspondant sollicité pour un avis ponctuel de consultant s'engage à adresser au médecin traitant ses conclusions et propositions thérapeutiques et de suivi.

Pour les psychiatres et neuro-psychiatres, la cotation de l'avis ponctuel de consultant est portée à C2,5.

- Pour les autres cas, c'est-à-dire lorsque le médecin correspondant, conventionné à tarifs opposables, reçoit le patient pour des soins itératifs et procède à un retour d'information au médecin traitant, il bénéficie d'une majoration de coordination applicable à la consultation.

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

Le montant de cette majoration est fixé à :

- pour les médecins généralistes : 2€,
- pour les médecins spécialistes : 2€ (maintien de la majoration provisoire clinicien (MPC) et extension aux spécialités techniques comme précisé au chapitre 3 du présent protocole),
- pour les psychiatres et neuro-psychiatres : 2,70€ (maintien de la majoration provisoire clinicien).

Par dérogation, les médecins du secteur à honoraires différents pourront coter la majoration de coordination dans le cadre de soins délivrés aux bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Les médecins exerçant les spécialités suivantes :

- dermatologie,
- rhumatologie,
- endocrinologie,
- psychiatrie,
- neuropsychiatrie,
- gynécologie,
- ophtalmologie.

pourront coter cette majoration de coordination dès le 1^{er} mars 2005.

Les médecins n'exerçant pas une des spécialités listées supra, ainsi que les médecins généralistes, pourront coter cette majoration de coordination lors de la mise en place opérationnelle du parcours de soins coordonnés, soit à compter du 1^{er} juillet 2005.

Cette majoration pourra être revalorisée au 1^{er} janvier 2006 de 1 € (1,35€ pour les psychiatres et neuro-psychiatres), dans le cadre du bilan d'étape annuel prévu au chapitre 3 du protocole, en fonction :

- des résultats des engagements de maîtrise médicalisée décrits au chapitre 5 du protocole,
- du constat d'un retour effectif d'information par le médecin correspondant au médecin traitant,
- et du respect par les praticiens sollicités pour avis ponctuel de consultant des conditions de cotation définies supra.

2.1.3. Le médecin spécialiste en accès spécifique

Dès lors qu'ils sont intégrés au parcours de soins coordonnés et que leurs engagements sont identiques à ceux du médecin correspondant, notamment en procédant à un retour d'information au médecin traitant, les praticiens en accès spécifique conventionnés à tarifs opposables ou ayant adhéré à l'option de coordination bénéficient de la majoration de coordination décrite au paragraphe 1.1.4.

2.1.4. Les cas d'urgence et d'éloignement

Les parties conviennent que le praticien conventionné en secteur à honoraires opposables ou ayant adhéré à l'option de coordination pour une urgence médicalement justifiée doit respecter les tarifs opposables. Il continue à bénéficier par ailleurs des majorations d'urgence prévues par la NGAP.

En cas de consultation par un assuré éloigné de sa résidence habituelle donc de son médecin traitant désigné, le praticien conventionné à tarifs opposables ou ayant adhéré à l'option de coordination peut, sous réserve de procéder à un retour d'information au médecin traitant, appliquer à la consultation la majoration de coordination définie supra.

2.2. L'OPTION DE COORDINATION

2.2.1. Objet et champ de l'option

Afin de favoriser l'accès aux soins et de prendre en compte, dans le cadre du parcours de soins coordonnés, leur engagement dans la coordination des soins réalisés à tarifs maîtrisés, cette option de coordination est proposée :

- aux médecins généralistes et spécialistes qui sont autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires d'un droit permanent.

2.2.2. Engagements du praticien adhérent

Pour les actes cliniques qu'il effectue, le praticien s'engage à appliquer, pour le patient qui entre dans le parcours de soins coordonnés décrit au chapitre 1 du présent texte, les tarifs opposables tels que décrit ci-dessus.

Pour les actes techniques qu'il effectue, le médecin adhérent à l'option s'engage à pratiquer avec tact et mesure des dépassements maîtrisés, applicables par acte facturé et plafonnés à 15% des tarifs opposables. Ce plafond sera, le cas échéant, déclinable par spécialité et par région, dans le respect de l'encadrement national.

Ces dépassements ne sont pas applicables en cas de consultation en urgence médicalement justifiée, ni lorsque le praticien reçoit un enfant de moins de 16 ans.

De plus :

- pour les actes techniques, le médecin devra respecter un ratio honoraires sans dépassements sur honoraires totaux égal ou supérieur à 30%, avec pour base le système national d'information inter-régimes (SNIR),
- pour les actes cliniques, le médecin devra respecter un ratio honoraires sans dépassements sur honoraires totaux égal ou supérieur à 30%, avec pour base le SNIR.

Enfin, pour les patients âgés de moins de 16 ans qui le consultent, le praticien adhérent s'engage à respecter les tarifs opposables ; il bénéficie dans ce cadre des majorations prévues.

2.2.3. Avantages conférés par l'option de coordination

- *Lorsqu'il reçoit un patient, en accès coordonné ou spécifique, pour des soins itératifs et procède à un retour d'information au médecin traitant*, le praticien adhérent applique la majoration de coordination définie au point 2.1.2. du protocole.

- *L'Assurance Maladie prend en charge une partie des cotisations sociales du praticien adhérent* : Cette prise en charge s'applique sur la part de l'activité du praticien adhérent facturée en tarifs opposables. Sur cette part, la prise en charge est équivalente à celle des praticiens exerçant dans le secteur à honoraires opposables.

Modalités de prise en charge :

Le niveau d'activité du praticien en honoraires opposables est calculé sur la base de l'exercice n-1 et détermine les taux de prise en charge pour l'année suivante.

Les parties s'engagent par ailleurs à étudier les modalités d'adaptation de l'option de coordination afin de prendre en compte les problématiques liées à l'accès aux soins aux tarifs opposables dans certaines zones déficitaires en offre de soins.

2.2.4. Adhésion à l'option

Modalités d'adhésion :

Le médecin formalise, auprès de la Caisse du lieu d'implantation de son cabinet principal, son adhésion à l'option de coordination par le biais d'un formulaire (modèle en annexe du protocole). Sans réponse de la Caisse dans le mois suivant l'envoi du formulaire, l'adhésion est réputée acquise.

Durée d'adhésion :

L'adhésion est valable 5 ans à compter de la date d'enregistrement par la Caisse de l'adhésion.

Rupture d'adhésion :

Si la Caisse constate le non-respect de ses engagements par le praticien adhérent, elle l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception des faits qui lui sont reprochés. Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations. A l'issue de ce délai, la Caisse peut notifier au praticien la fin de son adhésion à l'option par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le médecin peut mettre fin à son adhésion à l'option à tout moment ; il en informe la Caisse du lieu d'implantation de son cabinet principal par lettre recommandée avec accusé de réception. La décision du médecin prend effet dans un délai de 3 mois à compter de la réception de la lettre par la Caisse.

2.2.5. Evaluation

Les parties conviennent de procéder à une évaluation annuelle du dispositif optionnel. Cette évaluation sera suivie par la Commission Paritaire Nationale.

2.3. AVANTAGES SOCIAUX

En application du 5° de l'article L 162-14-1 du Code de la sécurité sociale, les parties signataires conviennent que les caisses d'assurance maladie participeront au financement des cotisations dues par les médecins conventionnés pratiquant les tarifs opposables ou ayant adhéré à l'option de coordination selon les modalités suivantes :

- Au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, les médecins conventionnés doivent une cotisation prévue à l'article L 722-4 du Code de la sécurité sociale.
La participation des caisses est assise sur le montant du revenu net de dépassements d'honoraires. Cette participation correspond à 9,7% de ce montant.
- Au titre des allocations familiales, les médecins doivent une cotisation en application de l'article L 242-11 du Code de la sécurité sociale. La participation des caisses est assise sur le montant du revenu net de dépassements d'honoraires. 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.
- Au titre du régime des avantages complémentaires de vieillesse prévu à l'article L 645-2 du Code de la sécurité sociale, la participation des caisses à la cotisation due par les médecins conventionnés est fixée en fonction d'un barème qui tient compte de la part d'activité en tarifs opposables et à hauteur de 66,6%.

La participation de l'assurance maladie est versée aux organismes de recouvrement, sur leur appel, par la CPAM du lieu d'installation du médecin.

La CNAMTS effectue une répartition selon la part de chacun des régimes d'assurance maladie dans les dépenses.

2.4. L'ACCES NON COORDONNE

Lorsqu'ils sont consultés en dehors du parcours de soins coordonnés, et en dehors des cas d'urgence et/ou d'éloignement occasionnel du patient, les praticiens spécialistes conventionnés à tarifs opposables sont autorisés à pratiquer des dépassements.

Ces dépassements sont plafonnés à hauteur de 17,5% pour chaque acte clinique effectué, arrondi à l'euro supérieur, sur la base des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés.

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

De plus :

- pour les actes techniques, le médecin devra respecter un ratio honoraires sans dépassements sur honoraires totaux égal ou supérieur à 70%, avec pour base le système national d'information inter-régimes (SNIR),

- pour les actes cliniques, le médecin devra respecter un ratio honoraires sans dépassements sur honoraires totaux égal ou supérieur à 70%, avec pour base le SNIR.

Si les soins réalisés dans le parcours de soins coordonnés ne permettent pas d'atteindre le ratio de 70%, le praticien devra respecter cette limite en facturant des honoraires selon les tarifs opposables, dans le cadre du parcours de soins coordonnés, soit :

- pour les actes cliniques, appliquer la majoration de coordination et la majoration forfaitaire transitoire (MPC) à la consultation,
- pour les actes techniques, appliquer les tarifs issus des listes citées à l'article L 162-1-7 du code de la sécurité sociale (NGAP puis CCAM).

3. MESURES DIVERSES RELATIVES AUX REMUNERATIONS ET HONORAIRES DES MEDECINS GENERALISTES ET SPECIALISTES

Afin d'accompagner l'entrée en vigueur du présent texte, les parties signataires souhaitent mettre en œuvre des mesures relatives aux rémunérations et honoraires des médecins spécialistes et généralistes.

3.1. PRISE EN CHARGE DES NOURRISSONS PAR LE MEDECIN GENERALISTE

Afin de prendre en compte le rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des nourrissons, les parties souhaitent créer une majoration pour les consultations (cabinet et visite) auprès de ces derniers.

Ainsi, les consultations effectuées par le médecin généraliste à destination d'un enfant âgé de 0 à 24 mois inclus ouvriront droit, en sus des honoraires et le cas échéant des frais de déplacement, à une majoration dénommée majoration nourrisson (MNO), lorsqu'elles comportent un interrogatoire, un examen complet, un entretien de conclusions avec la conduite à tenir, les prescriptions préventives ou thérapeutiques ou d'examens complémentaires éventuels et qu'elles donnent lieu à une mise à jour du carnet de santé.

Cette majoration ne s'appliquera pas aux consultations qui ne répondent pas aux conditions prévues ci-dessus.

Cette majoration ne se cumulera pas avec la majoration prévue à l'article 14-4-1. -*Forfait pédiatrique du médecin omnipraticien* des dispositions générales de la NGAP.

La valeur de la MNO est fixée à : 5€. Les médecins généralistes pourront coter la MNO dès le 1^{er} mars 2005.

3.2. MAJORATIONS DE CERTAINES CONSULTATIONS

Les médecins généralistes correspondants auront la possibilité de coter la majoration de coordination généraliste (MCG) définie au chapitre 2 du protocole dans les conditions fixées par ce même chapitre. La valeur de la MCG est fixée à : 2€.

De plus, les médecins spécialistes correspondants auront la possibilité de coter la majoration de coordination spécialiste (MCS) définie au chapitre 2 dans les conditions fixées par ce même chapitre. La valeur de la MCS est fixée à : 2€.

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, ces majorations ne pourront être cotées que par les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables et par les praticiens ayant adhéré à l'option de coordination décrite au point 2.2. du protocole ; par dérogation, les médecins du secteur à honoraires différents pourront coter la MCS et la MCG dans le cadre de soins délivrés aux bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Les parties signataires conviennent que la MCS et la MCG ne peuvent pas se cumuler avec la facturation d'un dépassement autorisé (DA) prévu au point 2.4 du protocole.

Les parties signataires conviennent en revanche que la MCS peut se cumuler avec la *majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste* (MPC) prévue à l'article 2 bis des dispositions générales de la NGAP.

La possibilité de coter la MPC sera étendue à l'ensemble des spécialités.

La MPC ne s'applique pas aux consultations prévues aux articles 14-4 et 15-1 des dispositions générales de la NGAP. La MPC n'est pas cumulable avec la facturation d'un DE.

En dehors du parcours de soins coordonnés, cette majoration ne pourra être cotée que par les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables ; par dérogation, les médecins du secteur à honoraires différents pourront coter la MPC dans le cadre de soins délivrés aux bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, cette majoration ne pourra être cotée que par les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables et par les praticiens ayant adhéré à l'option de coordination décrite au point 2.2 du protocole ; par dérogation, les médecins du secteur à honoraires différents pourront coter la MPC dans le cadre de soins délivrés aux bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Les valeurs actuelles de la MPC ne sont pas modifiées : la MPC de la CS est égale à 2€ et la MPC de la CNPSY s'élève à 2,70€.

3.3. CARDIOLOGUES

Les cardiologues pourront coter une majoration applicable à la CSC réalisée dans les conditions définies par l'article 15-1 des dispositions générales de la NGAP. Son montant est fixé à 2,27€.

Cette majoration ne pourra être cotée que par les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables et par les praticiens ayant adhéré à l'option de coordination décrite au point 2.2 du protocole ; par dérogation, les médecins du secteur à honoraires différents pourront coter la MCC dans le cadre de soins délivrés aux bénéficiaires de la CMU complémentaire. La MCC n'est pas cumulable avec le DA.

3.4. MEDECINS SPECIALISTES EN ANATOMO-CYTO-PATHOLOGIE

Les parties signataires proposent d'introduire une mesure de nomenclature permettant de distinguer les examens histo-pathologiques de pièces opératoires complexes selon qu'ils comportent ou non un examen approfondi des chaînes ganglionnaires satellites.

Lorsque cet examen (code 0008 de la NABM) inclut l'étude des chaînes ganglionnaires la cotation sera portée de P220 à P235.

Cette cotation inclura la rédaction d'un compte rendu d'examen conforme aux standards professionnels.

3.5. SOINS CONSERVATEURS REALISES PAR LES MEDECINS SPECIALISTES EN STOMATOLOGIE

Les parties signataires souhaitent que la valeur de la lettre-clé SCM, actuellement fixée à 2,32 € soit revalorisée au niveau de la lettre-clé SC cotée par les chirurgiens-dentistes.

La valeur de la SCM est fixée à : 2,41 €.

3.6. VALORISATION DE LA MPC POUR LES CONSULTATIONS DE PATIENTS DE MOINS DE 16 ANS

Les parties signataires s'entendent pour revaloriser de 2€ la MPC pour les consultations de patients de moins de 16 ans. Cette revalorisation concerne les médecins spécialistes (spécialités cliniques et techniques) conventionnés à tarifs opposables ou ayant adhéré à l'option de coordination.

La valeur de la MPC est donc portée, pour les patients de moins de 16 ans, à 4€, pour la CS et 4,70€ pour la CNPSY.

3.7. PEDIATRES

Les parties signataires s'entendent pour créer une majoration applicable à la consultation pour les pédiatres conventionnés à tarifs opposables. Cette majoration « pédiatres » s'applique aux consultations réalisées pour les patients de 0 à 2 ans. Elle est cumulable avec la FPE. Elle n'est par contre pas cumulable avec la MPC, ni avec la facturation d'un DE.

Son montant est fixé à 2€.

3.8. BILAN D'ETAPE ANNUEL

Les parties signataires conviennent qu'une rencontre annuelle réunira les signataires du futur accord conventionnel afin d'examiner les résultats de la maîtrise médicalisée ainsi que les dépenses de santé et leurs évolutions.

Lors de cette rencontre annuelle seront également examinées les honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins, en particulier des médecins généralistes, ainsi que leurs évolutions.

3.9. CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MEDICAUX

La mise en place de la CCAM - technique codante et tarifante sera effective au 1er mars 2005, conformément aux accords conclus entre les caisses d'assurance maladie et des syndicats médicaux le 10 janvier 2003.

Les signataires s'entendent pour que, avant le 15 décembre 2004, il soit défini un tarif de référence par l'affectation à chaque acte de la CCAM du tarif le plus proche possible du tarif actuellement pratiqué dans le cadre de la NGAP. Ceci, afin de permettre, d'une part, une observation affinée de l'impact de la CCAM sur les honoraires des médecins et de définir, d'autre part, d'ici le 15 janvier 2005, les modalités d'accession progressive aux tarifs cibles de la CCAM au terme d'une période de 5 à 8 ans de manière à réaliser une première étape dès le 1er mars 2005.

L'UNCAM prend acte du souhait des syndicats médicaux d'étudier les modalités d'élaboration de la CCAM clinique.

4. ACCES AUX SOINS ET CONTINUITE DES SOINS

4.1. MESURES RELATIVES A LA POLITIQUE DE DEMOGRAPHIE MEDICALE

Les projections soulignent que la baisse de la densité médicale accroît l'importance d'une politique de régulation de l'installation des médecins sur le territoire afin d'atténuer l'inégale répartition des médecins et corrélativement l'inégalité d'accès aux soins.

En partenariat notamment avec l'Etat, les collectivités territoriales et les universités de médecine, les parties signataires souhaitent être un acteur d'une politique de régulation. D'ores et déjà, les parties signataires s'accordent sur le fait que les aides financières à elles seules ne permettront pas de résoudre le problème de l'installation des médecins en zone déficitaire qui suppose une amélioration des conditions d'exercice.

A ce titre, ils conviennent d'adopter, dans un premier temps, des mesures destinées à favoriser les remplacements dans les zones rurales ou urbaines déficientes en offre de soins.

Dans un second temps, un bouquet de mesures incitatives élaborées en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés sera mis en œuvre ; les parties s'entendent pour étudier notamment la mise à disposition d'un « titre emploi entreprise » aux médecins conventionnés.

4.1.1. Mesures relatives au remplacement des médecins généralistes

L'une des principales contraintes évoquée par les professionnels de santé exerçant en zones rurales, de montagne ou urbaines déficientes en offre de soins est la difficulté de se faire remplacer.

Les parties signataires conviennent dans un 1^{er} temps de mettre en œuvre les contrats de bonne pratique cités en annexe 6.2.

Une autre mesure vise à accompagner les médecins s'installant ou installés en zone déficitaire de soins A cet effet, l'UNCAM s'engage à mettre en œuvre des outils, par exemple un site Internet, lui permettant de simplifier pour les médecins de ces zones la recherche de remplaçants.

4.1.2. Outils et travaux complémentaires

En parallèle de ces dispositions, les parties signataires s'engagent à étudier la mise en œuvre d'outils complémentaires permettant aux médecins, faisant le choix de s'installer dans des zones déficientes, de bénéficier d'un accompagnement spécifique et adapté, afin de mettre en œuvre une politique de régulation démographique fondée sur un partenariat et des dispositifs incitatifs tenant compte des besoins exprimés par les praticiens.

Dans ce champ, des travaux seront entamés, portant notamment sur les trois volets d'action suivants :

- La possibilité d'octroi d'une bourse d'études aux étudiants en médecine s'engageant à s'installer dans une zone déficitaire, en complément et/ ou en supplément, de celles qui pourraient éventuellement être offertes par les collectivités territoriales.
- Le développement par l'Assurance maladie d'une démarche d'offre de services aux professionnels s'installant.
L'offre de service permettrait notamment d'aider les médecins à établir une étude de marché de la zone où ils souhaitent s'installer et de les accompagner dans les démarches

administratives afférentes à leur installation. Il s'agirait aussi de les informer sur les maisons médicales, les réseaux, les modalités d'organisation de la permanence des soins... existant dans la zone où ils souhaitent exercer. Ceci pourra s'accompagner d'une démarche d'information des étudiants en médecine au sein des universités sur l'installation et même plus généralement sur l'assurance maladie.

- La possibilité d'aides forfaitaires à l'installation. Les parties signataires étudieront d'ici le 1er janvier 2006 les éventuelles modalités d'attribution d'aides dans le champ prévu par l'article 49 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

4.2. LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRE

Les parties signataires s'entendent, compte tenu de la non approbation de l'avenant 14 à la convention nationale des médecins généralistes, de mettre à profit la parution des nouveaux textes réglementaires pour définir le dispositif de permanence des soins ; ce nouveau dispositif sera précisé dans un futur accord conventionnel, au plus tard le 15 mars 2005.

Les modifications réglementaires attendues devraient permettre l'adaptation de l'organisation de la permanence des soins la nuit, en fonction du besoin et des possibilités de réponse donc de relais, qui existent ou peuvent être mises en place sur un secteur donné, en particulier entre minuit et 8h.

Les parties signataires s'efforceront d'optimiser l'intervention des médecins, notamment lorsqu'ils sont de permanence en deuxième partie de nuit, afin de prendre en compte les différents systèmes de réponse aux urgences nocturnes, notamment les urgences hospitalières.

Dès lors, pourra être mise en place une gestion régionale du dispositif de permanence des soins ambulatoire dans le cadre des Missions Régionales de santé sur la base d'une enveloppe globale qui leur sera attribuée.

Dans l'attente d'un nouvel accord conventionnel, le dispositif actuel continue de s'appliquer. Les parties signataires s'entendent pour réserver une enveloppe de 60 millions d'euros pour la mise en œuvre du futur dispositif de permanence des soins ambulatoire.

4.3. LA PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENTS

Dans l'attente d'un examen de la situation des autres spécialistes soumis aux mêmes obligations de permanence en établissement, les dispositions présentées aux paragraphes suivants sont reprises.

Les signataires conviennent d'étudier, tout particulièrement, la situation des pédiatres soumis à des obligations d'astreinte, ainsi que celle des médecins urgentistes soumis à des obligations de garde en UPATOU privées.

4.3.1. Pratiques professionnelles des chirurgiens et anesthésistes-réanimateurs, relatives à la permanence des urgences

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence des urgences, les chirurgiens et anesthésistes-réanimateurs qui assurent la prise en charge des urgences au sein des établissements de santé mentionnés au d) de l'article L 162-22-6 du code de la sécurité sociale autorisés à faire fonctionner une unité ou un service d'urgence ou au sein d'un établissement autorisé à fonctionner un établissement relais conformément à l'article R 712-69 du code de santé la publique peuvent adhérer à des contrats conformes au contrat type de l'annexe 6.6.

Les établissements relais ne peuvent percevoir de rémunération à ce titre lorsqu'ils y sont déjà éligibles au titre de l'autorisation d'urgence qui leur est accordée.

4.3.2. Pratiques professionnelles des gynécologues obstétriciens et anesthésistes-réanimateurs, relatives à la prise en charge des accouchements dans les unités d'obstétrique pratiquant plus de 1500 accouchements

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des accouchements dans les unités d'obstétrique pratiquant plus de 1500 accouchements, les gynécologues obstétriciens et les anesthésistes-réanimateurs exerçant dans une unité mentionnée à l'article D 712-75 du code de la santé publique peuvent adhérer à des contrats conformes aux contrats type des annexes 6.7. et 6.8. La rémunération à laquelle ouvrent droit ces contrats ne se cumule pas avec la majoration forfaitaire pour sujétion particulière mentionnée dans l'arrêté du 27 décembre 2001.

4.3.3. Pratiques professionnelles des pédiatres, relatives à la permanence de la surveillance et de la prise en charge des soins spécialisés de certains nouveaux nés

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la surveillance et de la prise en charge des soins spécialisés des nouveaux nés à risque et de ceux dont l'état s'est dégradé après la naissance ou présente des détresses graves ou des risques vitaux, les pédiatres exerçant dans les unités mentionnées à l'article D 712-90, sous réserve de pratiquer les soins intensifs de néonatalogie, et à l'article D 712-98 du code de la santé publique peuvent adhérer à des contrats conformes au contrat type de l'annexe 6.9. La rémunération à laquelle ouvrent droit ces contrats ne se cumule pas avec la majoration forfaitaire pour sujétion particulière mentionnée dans l'arrêté du 27 décembre 2001.

4.3.4. Pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge de patients présentant plusieurs défaillances viscérales mettant en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge de patients présentant plusieurs défaillances viscérales mettant en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance, les médecins spécialistes mentionnés à l'article D 712-108 du code de la santé publique exerçant dans une unité mentionnée à l'article D 712-106 du même code peuvent adhérer à des contrats conformes au contrat type de l'annexe 6.10.

4.3.5. Pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des soins intensifs cardiologiques

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des soins intensifs cardiologiques, prévue à l'article D.712-117 du code de la santé publique, les médecins exerçant dans les unités mentionnées à l'article D.712-115 du même code peuvent adhérer à des contrats conformes au contrat type de l'annexe 6.11.

5. MAITRISE MEDICALISEE DE L'EVOLUTION DES DEPENSES

Les parties signataires conviennent que le caractère universel, obligatoire et solidaire de l'Assurance Maladie ne pourra perdurer qu'au prix d'une action volontariste et résolue impliquant l'ensemble du corps médical dans un effort collectif visant à favoriser le bon usage des soins et le respect des règles de la prise en charge collective.

A côté des dispositifs structurels introduits par la loi de réforme de l'Assurance Maladie tels les parcours de soins coordonnés, le dossier médical partagé, les aides à l'installation dans les zones difficiles, la généralisation de l'évaluation des pratiques professionnelles, les parties signataires décident de développer la maîtrise médicalisée conventionnelle autour des objectifs complémentaires suivants :

➤ Etendre le champ des recommandations de bonne pratique à l'ensemble des soins faisant l'objet d'une prise en charge collective.

A cet effet, les parties conviennent d'établir chaque année une liste d'activités médicales à soumettre à la Haute Autorité de Santé en vue de l'établissement de références médicales opérationnelles.

➤ Développer l'information des praticiens et des patients sur les règles de prise en charge collective, dès lors qu'elles touchent au taux de remboursement de certaines prestations ou à la fréquence de réalisation de certains actes.

➤ Parvenir à une inflexion significative des dépenses de remboursement de certains produits de santé dès lors que, en comparaison avec des pays comparables au plan sanitaire, les évolutions constatées apparaissent manifestement sans rapport avec des besoins de santé.

A cet effet, les parties s'accordent sur la nécessité de construire un dispositif conventionnel innovant reposant sur les principes suivants :

- un engagement des partenaires sur des objectifs quantifiés et régionalisés,
- une définition annuelle des thèmes et objectifs de maîtrise,
- un suivi paritaire et décentralisé.

5.1. DES ENGAGEMENTS SUR DES OBJECTIFS QUANTIFIES ET REGIONALISES

5.1.1. Choix des thèmes et portée

Ces engagements, qui s'appuient sur le constat de la nécessaire optimisation des dépenses de santé, peuvent avoir un caractère annuel ou pluriannuel. Ils sont chiffrés en termes d'objectifs quantifiés, suivis sur la base d'indicateurs et traduits en termes d'économies attendues. Ils permettent ainsi de situer le champ et le montant des dépenses de soins de ville que les parties conviennent de gérer de façon concertée.

5.1.2. Nature des engagements

Sur chacun des thèmes retenus, les engagements conventionnels peuvent répondre aux objectifs suivants:

⇒ Réduire des écarts de consommation de soins et de prestations non expliqués par l'état sanitaire des populations observées.

Après correction des variations liées notamment aux caractéristiques des populations ou de l'offre, les engagements peuvent porter sur la réduction de disparités régionales inexpliquées.

Ils peuvent porter également sur la réduction de surconsommations au regard de constats dans des pays comparables.

⇒ Optimiser des pratiques de diagnostic ou de soins, notamment par le respect de recommandations et/ou de stratégies moins onéreuses à efficacité comparable

Les engagements prennent alors la forme d'accords de bon usage des soins au sens de l'article L 162-12-17 du code de la sécurité sociale.

⇒ Renforcer le respect des dispositions législatives et réglementaires relatives aux conditions de prise en charge des actes et prescriptions (indications remboursables, conditions de réalisation, relation avec ALD,...).

5.1.3. Des objectifs quantifiés

Sur la base d'un constat initial, les parties définissent pour chaque engagement ou accord de bon usage:

- un objectif quantifié d'évolution des dépenses,
- des indicateurs de mesure répondant aux exigences de fiabilité, de robustesse et de reproductibilité.

5.2. UNE DEFINITION ANNUELLE DES THEMES ET OBJECTIFS DE MAITRISE MEDICALISEE

Chaque année avant le 15 décembre, les syndicats médicaux signataires et l'UNCAM définissent, par voie d'avenant au futur accord conventionnel, les nouveaux objectifs des thèmes déjà déterminés ainsi que, le cas échéant, les nouveaux thèmes d'engagements de maîtrise médicalisée pour l'année suivante.

L'avenant annuel pourra également prévoir les modalités selon lesquelles une partie des dépenses effectivement évitées pourra être utilisée pour valoriser la rémunération des actes médicaux.

La définition des thèmes d'engagements de maîtrise intéressant d'autres professions de santé est réalisée en concertation avec les syndicats signataires de leur convention nationale.

Pour l'année 2005, les parties retiennent comme thèmes de maîtrise, avec des économies attendues de 998 millions d'euros :

Sous forme d'engagements de maîtrise médicalisée :

- un infléchissement de 10 points de la tendance d'évolution de la prescription des antibiotiques (91 millions d'euros d'économies),
- un infléchissement de 10 points de la tendance d'évolution de la prescription des anxiolytiques et des hypnotiques, (33 millions d'euros d'économies),
- une baisse de 1,7 points de la tendance d'évolution de la prescription d'arrêts de travail (150 millions d'euros d'économies),
- un infléchissement de 12,5 points de la tendance d'évolution des remboursements (prise en charge collective) de statines (161 millions d'euros d'économies),
- un meilleur respect de la réglementation de l'ordonnancier bizonne et des feuilles de soins permettant une juste attribution des dépenses sans rapport avec une affection de longue durée à hauteur de 5 points (455 millions d'euros d'économies) ;

Sous forme d'accords de bon usage de soins (AcBUS) :

- l'efficacité des prescriptions d'anti-agrégants plaquettaires (23 millions d'euros d'économies),
- le bon usage des examens biologiques explorant la fonction thyroïdienne (15 millions d'euros d'économies),
- la pratique de la coloscopie après polypectomie (15 millions d'euros d'économies).

Un engagement des médecins à augmenter la prescription des médicaments génériques sera proposé par l'UNCAM, dans l'objectif d'atteindre une économie complémentaire de 55 millions d'euros d'économies.

Enfin, les parties entendent aborder la question des prescriptions de transports en 2005, en concertation avec les syndicats signataires de la convention nationale des transporteurs sanitaires.

5.3. UN SUIVI PARITAIRE ET DECENTRALISE

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

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

Au niveau national :

- En ce qui concerne la maîtrise médicalisée, la commission paritaire nationale (CPN) arrête les thèmes des engagements et des accords de bon usage nationaux. Pour chacun d'eux, elle détermine les objectifs à atteindre et propose les mesures d'accompagnement jugées nécessaires.
- Elle assure le pilotage de la maîtrise médicalisée conventionnelle.
- Elle se prononce sur les projets d'accords de bon usage régionaux qui lui sont soumis par l'UNCAM.
- Au vu des tableaux de bord qui lui sont régulièrement fournis, elle analyse la situation des différentes régions au regard des objectifs prévus et propose toute mesure de nature à tenir les objectifs fixés à chaque région.

Au niveau régional :

- Concernant la maîtrise médicalisée, la commission paritaire régionale (CPR) établit un diagnostic de la situation de la région au regard des objectifs à atteindre.
- Au vu des tableaux de bord transmis par l'URCAM, 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.
- Elle tient informée la CPN des actions entreprises et, le cas échéant, des difficultés rencontrées dans la région.

Le niveau local constitue le niveau opérationnel de la maîtrise médicalisée.

- Concernant la maîtrise médicalisée, la commission paritaire locale (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 » pour toute mesure de caractère médical.
- Elle décide des modalités d'information des médecins libéraux pour lesquels des écarts sont constatés par rapport aux engagements collectifs.

Réunie en formation « médecins », la CPL :

- recueille, en tant que de besoins, tous éléments d'information auprès des praticiens dont la pratique présente des atypies au regard des engagements conventionnels de maîtrise,
- adresse les mises en garde qu'elle estime nécessaires et en informe le directeur de la Caisse,
- élabore à l'attention de la CPR toute proposition visant à renforcer l'efficacité du dispositif d'accompagnement collectif ou individuel.

Les parties conviennent que le présent protocole constitue le fondement du futur texte conventionnel et font part de leur volonté de mettre en conformité la nomenclature avec les dispositions du présent protocole.

Elles s'entendent également pour envisager la possibilité, pour les médecins adhérents au futur accord conventionnel, de recourir à un dispositif d'appel suspensif dans le cadre de procédures conventionnelles.

L'UNCAM prend acte du souhait des syndicats médicaux d'impliquer les représentants des gestionnaires des établissements de santé privés dans lesquels exercent les médecins libéraux, notamment ceux dont la spécialité et la pratique nécessitent des plateaux techniques lourds.

Les signataires s'accordent d'autre part pour finaliser les modalités de mise en œuvre, pour ce qui les concerne, du relevé de décisions relatif à la chirurgie libérale du 24 août 2004.

Fait à Paris, le 15 décembre 2004.

**Pour l'UNCAM,
Monsieur Frédéric VAN ROEKEGHEM, Directeur général**

**Pour la CSMF,
Docteur Michel CHASSANG, Président**

**Pour le SML,
Docteur Dinorino CABRERA, Président**

**Pour Alliance,
Docteur Félix BENOUAICH, Président**

6. ANNEXES

6.1. ANNEXE : REMUNERATIONS DANS LE PARCOURS DE SOINS COORDONNES

<u>Rémunération spécifique annuelle du médecin traitant pour les patients en ALD :</u>	40€
<u>Pour le médecin correspondant :</u>	
Rémunération de l'avis ponctuel de consultant	
- Consultation article 18 C) de la NGAP (C2)	40€
- Consultation psychiatres et neuro-psychiatres (C2,5)	50€
Soins itératifs	
- Majoration de coordination	
⇒ généralistes	2€
⇒ spécialistes	2€
⇒ psychiatres et neuro-psychiatres	2,70€

6.2. LISTE RECAPITULATIVE DES ACCORDS ET CONTRATS GENERALISTES SIGNES

6.2.1. Les AcBUS

- Test de diagnostic rapide (TDR) de l'angine.
- Les soins à domicile (AcBUS visite).
- La prescription des transports,
- Les prescriptions d'examens biologiques dans le cadre d'une exploration thyroïdienne

6.2.2. Les CBP

- Réalisation des échographies obstétricales
- Exercice des médecins généralistes en milieu rural
- Exercice des médecins généralistes en zones franches urbaines
- Exercice des médecins généralistes en montagne

6.2.3. Les CPP

- Médecine thermale,
- CPP réalisation des échographies (avenant 13 de la convention) valable jusqu'à la mise en œuvre de la CCAM.

6.3. LISTE RECAPITULATIVE DES ACCORDS ET CONTRATS SPECIALISTES SIGNES

6.3.1. Les AcBUS

- Les mammographies en dehors du dispositif de dépistage du cancer du sein (radiologues),
- accord de bonne pratique et de bon usage des soins : forfait pédiatrique, (pédiatres)
- Test de diagnostic rapide (TDR) de l'angine (pédiatres, ORL)

6.3.2. Les CPP

- Médecine thermale,
- la fonction de coordination et de suivi péri et post opératoire en chirurgie
- la réalisation d'échographies obstétricales
- la fonction de coordination et de suivi péri et post opératoire en anesthésie réanimation

6.3.3. Les CBP

- la fonction de coordination et de suivi péri et post opératoire en chirurgie
- la réalisation d'échographies obstétricales
- la fonction de coordination et de suivi péri et post opératoire en anesthésie réanimation

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

Adhésion à l'option de coordination

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

Identification du médecin

"Je, soussigné(e),

NOM :
Prénom :
N° d'identification :
Secteur conventionnel :
Adresse du lieu d'exercice principal :
.....
.....

déclare adhérer à l'option de coordination et m'engage à en respecter les dispositions."

Cachet du médecin

Fait à
Le

Signature

Accusé de réception de la Caisse

- Adhésion enregistrée le, à effet du

- Adhésion non enregistrée
Motif:

Cachet de la caisse

| Date

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

	antibiotiques	psychotropes	statines	IJ	Meilleur respect de la réglementation concernant le remboursement des soins aux personnes en ALD (*)
Nom de la région	Objectif	Objectif	Objectif	Objectif	Objectif
ILE DE France	-10,5%	-9,0%	-2,3%	1,6%	5,0 points
CHAMPAGNE ARDENNE	-10,2%	-9,9%	-0,7%	1,6%	4,9 points
PICARDIE	-10,3%	-11,0%	-1,7%	1,6%	4,6 points
HAUTE NORMANDIE	-10,1%	-10,8%	-2,9%	1,6%	5,0 points
CENTRE	-9,7%	-10,2%	-3,1%	1,6%	5,1 points
NORD PAS DE CALAIS	-10,0%	-10,6%	-0,1%	1,6%	4,9 points
LORRAINE	-9,1%	-8,5%	-0,6%	1,6%	4,9 points
ALSACE	-7,8%	-8,3%	-0,6%	1,6%	5,0 points
FRANCHE COMTE	-10,3%	-9,6%	-0,3%	1,6%	5,0 points
BASSE NORMANDIE	-10,8%	-11,0%	-3,3%	1,6%	4,7 points
PAYS DE LA LOIRE	-9,0%	-10,2%	-2,7%	1,6%	5,0 points
BRETAGNE	-10,0%	-12,0%	-2,6%	1,6%	5,0 points
LIMOUSIN	-10,8%	-12,0%	-2,3%	1,6%	4,9 points
AUVERGNE	-11,6%	-11,5%	-1,8%	1,6%	4,9 points
POITOU CHARENTES	-9,9%	-10,3%	-1,8%	1,6%	5,0 points
AQUITAINE	-10,5%	-9,5%	-0,1%	1,6%	4,9 points
MIDI PYRENEES	-9,8%	-8,9%	-0,1%	1,6%	4,9 points
BOURGOGNE	-10,3%	-10,9%	-2,0%	1,6%	5,0 points
RHONE ALPES	-9,5%	-10,4%	-2,4%	1,6%	4,9 points
LANGUEDOC	-10,3%	-8,8%	-0,1%	1,6%	5,0 points
ROUSSILLON					
PROVENCE ALPES	-9,8%	-9,2%	-0,1%	1,6%	5,4 points
COTE D'AZUR					
CORSE	-12,7%	-8,9%	-0,1%	1,6%	5,1 points
Objectif national	-10%	-10%	-1,5%	1,6%	5,0 points
<i>(en taux par rapport à la base 2004 sauf pour l'ALD)</i>					
Objectif national en montant	91 M€	33 M€	161 M€	150 M€	455 M€
					890 M€
Génériques					55 M€
Antiagrégants					23 M€
examens biologiques et coloscopies					30 M€
					998 M€
(*) points de dépenses remboursables en rapport avec l'ALD à rembourser au taux de base					

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

conclu entre

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

Et

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

d'autre part

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

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

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

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

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

conclu entre

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

Et

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

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

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

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

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

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

conclu entre

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

Et

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

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

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

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

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

conclu entre

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

Et

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

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

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

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

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

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

conclu entre

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

Et

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

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

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

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

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

conclu entre

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

Et

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

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

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

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

PREAMBULE	1
1. PARCOURS DE SOINS ET COORDINATION.....	3
1.1. L'ORGANISATION DU PARCOURS DE SOINS COORDONNES	3
1.1.1. <i>Le médecin traitant</i>	3
1.1.1.1. Les missions du médecin traitant.....	3
1.1.1.2. Modalités de choix du médecin traitant	4
1.1.1.3. Modalités particulières	4
1.1.1.4. Cas des praticiens ayant adhéré à l'option médecin référent.....	4
1.1.2. <i>Le médecin correspondant</i>	5
Missions du médecin correspondant.....	5
1.1.3. <i>Parcours de soins coordonnés</i>	5
1.1.4. <i>L'accès spécifique</i>	5
1.1.4.1. Champ de l'accès spécifique	6
1.1.4.2. Ces praticiens sont intégrés au parcours de soins coordonnés	6
1.2. OUTIL DE LA COORDINATION : LE DOSSIER MEDICAL PERSONNEL	6
2. VALORISATION DU PARCOURS DE SOINS COORDONNES ET OPTION DE COORDINATION.....	8
2.1. VALORISATION DU PARCOURS DE SOINS COORDONNES	8
2.1.1. <i>Le médecin traitant</i>	8
2.1.2. <i>Le médecin correspondant</i>	8
2.1.3. <i>Le médecin spécialiste en accès spécifique</i>	10
2.1.4. <i>Les cas d'urgence et d'éloignement</i>	10
2.2. L'OPTION DE COORDINATION.....	10
2.2.1. <i>Objet et champ de l'option</i>	10
2.2.2. <i>Engagements du praticien adhérent</i>	10
2.2.3. <i>Avantages conférés par l'option de coordination</i>	11
2.2.4. <i>Adhésion à l'option</i>	11
2.2.5. <i>Evaluation</i>	12
2.3. AVANTAGES SOCIAUX	12
2.4. L'ACCES NON COORDONNE.....	12
3. MESURES DIVERSES RELATIVES AUX REMUNERATIONS ET HONORAIRES DES MEDECINS GENERALISTES ET SPECIALISTES	14
3.1. PRISE EN CHARGE DES NOURRISSONS PAR LE MEDECIN GENERALISTE	14
3.2. MAJORATIONS DE CERTAINES CONSULTATIONS	14
3.3. CARDIOLOGUES	15
3.4. MEDECINS SPECIALISTES EN ANATOMO-CYTO-PATHOLOGIE	15
3.5. SOINS CONSERVATEURS REALISES PAR LES MEDECINS SPECIALISTES EN STOMATOLOGIE	15
3.6. VALORISATION DE LA MPC POUR LES CONSULTATIONS DE PATIENTS DE MOINS DE 16 ANS	15
3.7. PEDIATRES	16
3.8. BILAN D'ETAPE ANNUEL	16
3.9. CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MEDICAUX.....	16
4. ACCES AUX SOINS ET CONTINUTE DES SOINS.....	17
4.1. MESURES RELATIVES A LA POLITIQUE DE DEMOGRAPHIE MEDICALE	17
4.1.1. <i>Mesures relatives au remplacement des médecins généralistes</i>	17
4.1.2. <i>Outils et travaux complémentaires</i>	17
4.2. LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRE	18
4.3. LA PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENTS	18

4.3.1. Pratiques professionnelles des chirurgiens et anesthésistes-réanimateurs, relatives à la permanence des urgences	18
4.3.2. Pratiques professionnelles des gynécologues obstétriciens et anesthésistes-réanimateurs, relatives à la prise en charge des accouchements dans les unités d'obstétrique pratiquant plus de 1500 accouchements.....	19
4.3.3. Pratiques professionnelles des pédiatres, relatives à la permanence de la surveillance et de la prise en charge des soins spécialisés de certains nouveaux nés	19
4.3.4. Pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge de patients présentant plusieurs défaillances viscérales mettant en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance	19
4.3.5. Pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des soins intensifs cardiologiques	19
5. MAITRISE MEDICALISEE DE L'EVOLUTION DES DEPENSES.....	20
5.1. DES ENGAGEMENTS SUR DES OBJECTIFS QUANTIFIES ET REGIONALISES	20
5.1.1. Choix des thèmes et portée	20
5.1.2. Nature des engagements	20
5.1.3. Des objectifs quantifiés	21
5.2. UNE DEFINITION ANNUELLE DES THEMES ET OBJECTIFS DE MAITRISE MEDICALISEE	21
5.3. UN SUIVI PARITAIRE ET DECENTRALISE	22
6. ANNEXES	25
6.1. ANNEXE : REMUNERATIONS DANS LE PARCOURS DE SOINS COORDONNES	26
6.2. LISTE RECAPITULATIVE DES ACCORDS ET CONTRATS GENERALISTES SIGNES	27
6.2.1. Les AcBUS	27
6.2.2. Les CBP	27
6.2.3. Les CPP	27
6.3. LISTE RECAPITULATIVE DES ACCORDS ET CONTRATS SPECIALISTES SIGNES	27
6.3.1. Les AcBUS	27
6.3.2. Les CPP	27
6.3.3. Les CBP	27
6.4. OPTION DE COORDINATION - MODELE DE FORMULAIRE D'ADHESION	28
6.5. MAITRISE MEDICALISEE : ENGAGEMENTS DE MAITRISE ET ACBUS POUR L'ANNEE 2005..	29
6.6. CONTRAT POUR L'ORGANISATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES RELATIVES A LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES	30
6.7. CONTRAT POUR L'ORGANISATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES RELATIVES A LA PERMANENCE DE LA PRISE EN CHARGE DES ACCOUCHEMENTS DANS LES UNITES D'OBSTETRIQUE MENTIONNEES A L'ARTICLE D.712-75 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE ET PRATIQUANT PLUS DE 1500 ACCOUCHEMENTS PAR AN.....	31
6.8. CONTRAT POUR L'ORGANISATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES RELATIVES A LA PERMANENCE DE LA PRISE EN CHARGE DES ACCOUCHEMENTS DANS LES UNITES D'OBSTETRIQUE MENTIONNEES A L'ARTICLE D.712-75 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE ET PRATIQUANT PLUS DE 1500 ACCOUCHEMENTS PAR AN.....	32
6.9. CONTRAT POUR L'ORGANISATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES RELATIVES A LA PERMANENCE DE LA PRISE EN CHARGE DES SOINS EN UNITES DE REANIMATION NEONATALE MENTIONNEE A L'ARTICLE D.712-98 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DANS LES UNITES DE NEONATOLOGIE PRATIQUANT LES SOINS INTENSIFS DE NEONATOLOGIE MENTIONNEE A L'ARTICLE D.712-90 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE	33
6.10. CONTRAT POUR L'ORGANISATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES RELATIVES A LA PERMANENCE DE LA PRISE EN CHARGE DES SOINS EN UNITES DE REANIMATION PREVUE A L'ARTICLE D.712-106 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE	34
6.11. CONTRAT POUR L'ORGANISATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES RELATIVES A LA PERMANENCE DE LA PRISE EN CHARGE DES SOINS EN UNITES DE SOINS INTENSIFS CARDIOLOGIQUES PREVUE A L'ARTICLE D.712-117 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE	35