

AVENANT N°18
à la Convention Nationale organisant les rapports
entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie
signée le 12 janvier 2005

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment l'article L162-5,
Vu la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie signée le 12 janvier 2005 publiée au journal officiel du 11 février 2005, ses avenants et ses annexes,

Les parties signataires à la convention nationale conviennent de ce qui suit :

Préambule

Le dispositif du médecin traitant place le médecin généraliste au cœur de l'organisation et de la coordination des soins. Les parties signataires se sont attachées à renforcer les missions du médecin traitant, notamment dans le domaine de la prévention, de la permanence des soins en ambulatoire comme en établissement, et de la formation professionnelle continue.

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.

Article 1 :

Les dispositions de l'article 1.1.5. « Cas des praticiens ayant adhéré à l'option médecin référent » de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie sont remplacées par ce qui suit :

Les parties signataires ont convenu de la nécessité de réexaminer la situation des options conventionnelles, notamment celle de l'option médecin référent afin d'assurer sa convergence avec le dispositif du médecin traitant.

Les parties signataires conviennent d'attribuer en fonction de la situation de chaque médecin référent concerné, une indemnité forfaitaire proportionnelle et dégressive calculée en fonction du nombre de patients adhérents au médecin référent au 12/02/05 et selon les modalités définies en annexe au présent avenant.

Par ailleurs, les patients, qui ont choisi leur médecin référent comme médecin traitant, et leurs ayants droits continuent de bénéficier de la dispense d'avance des frais.

PROJET

Article 2 :

Les dispositions de l'annexe 8-15 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie relatives à l'option conventionnelle du médecin référent sont abrogées, exceptées celles concernant l'application de la dispense d'avance des frais prévues aux articles 5-9 et 5-12 du chapitre 8-15-1 et article 6 du chapitre 8-15-2, maintenues jusqu'au 31 décembre 2009.

Fait à Paris, le 18 janvier 2007,

Pour l'UNCAM,
Frédéric VAN ROEKEGHEM, Directeur général

Au titre des généralistes :

Pour la CSMF,
Docteur Michel CHASSANG, Président

Pour le SML,
Docteur Dinorino CABRERA, Président

Au titre des spécialistes :

Pour Alliance,
Docteur Félix BENOUAICH, Président

Pour la CSMF,
Docteur Michel CHASSANG, Président

Pour le SML,
Docteur Dinorino CABRERA, Président

ANNEXE

Modalités de calcul de l'indemnisation individuelle, forfaitaire et dégressive

I) Eléments à prendre en compte dans le calcul

N0 = nombre de patients adhérents au dispositif du médecin référent au 12/02/05

N1 = nombre de patients en ALD, adhérents au dispositif du médecin référent, qui l'ont choisi comme médecin traitant au 12/02/06

N2 = nombre de patients en ALD pour lesquels le médecin n'était pas médecin référent et qui l'ont choisi comme médecin traitant au 12/02/06

II) Calcul de l'indemnité

$$(N0 \times 45,73 \text{ €}) - 40 \text{ €} N1 + N2 = Y$$

Si Y est inférieur ou égal à 0 : aucune indemnité n'est due car il n'y a pas de perte de ressources.

Si Y est supérieur à 0 : versement d'une indemnité selon les modalités du paragraphe III, du fait de la perte de ressources

III) Modalités de Versement

L'indemnité fera l'objet de versements annuels, au plus tard le 31 décembre de l'année concernée et sera réglée comme suit

- en 2007 : $Y \times 0,75$

- en 2008 : $Y \times 0,50$

- en 2009 : $Y \times 0,25$

AVENANT N° 20
à la Convention Nationale organisant les rapports
entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie
signée le 12 janvier 2005

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L162-5 et L 162-14-1,
Vu la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie signée le 12 janvier 2005 publiée au journal officiel du 11 février 2005, ses avenants et ses annexes,

PREAMBULE

L'amélioration de la répartition des médecins libéraux sur l'ensemble du territoire national constitue l'une des priorités des partenaires conventionnels.

A l'heure actuelle et hors DOM, la densité de médecins libéraux par habitant varie d'un rapport de 1 à 2 entre les départements. A court terme, deux facteurs sont susceptibles de renforcer les inégalités territoriales et de pénaliser l'accès aux soins et la permanence des soins : l'accélération des départs en retraite liée à l'arrivée à la retraite des générations nombreuses de l'après-guerre, et l'accroissement des besoins de soins, notamment du fait de l'allongement de la durée de vie et des progrès techniques.

Ainsi, alors que depuis 20 ans les effectifs et la densité de médecins se sont régulièrement accrus, cette tendance devrait brutalement s'inverser dans les quelques années à venir, rendant ainsi plus que nécessaire d'améliorer la répartition des médecins, en particulier des omnipraticiens, sur le territoire national, de manière à ne pas générer de nouveaux « déserts médicaux ».

Les Missions Régionales de Santé (MRS), créées par la loi du 13 août 2004, ont défini en 2006 des zones sous médicalisées pour les médecins généralistes. Ainsi définies à la date d'effet de cet avenant et telles que publiées au recueil des actes administratifs, ces zones dites déficitaires constituent une priorité d'action pour les parties signataires. Y exercent aujourd'hui environ 1600 médecins généralistes, répartis sur 4500 communes, correspondant à une population de 2,6 millions habitants.

Les partenaires conventionnels considèrent nécessaire, par des mesures structurantes favorisant le regroupement et le recours au remplacement, de privilégier l'implantation des médecins libéraux dans ces zones et de favoriser le maintien de l'activité des médecins qui y sont d'ores et déjà installés. Les parties signataires souhaitent permettre ainsi à chaque médecin de consacrer plus de temps à ses patients, se former, et, de cette manière, contribuer à la qualité des soins délivrés.

Ils disposent, à cet effet, de l'article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, qui prévoit la possibilité de mettre en place dans ces zones une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction du niveau d'activité, des modalités d'exercice ou d'organisation, notamment pour favoriser l'exercice regroupé.

A cette fin, ils créent une option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des médecins généralistes en zones déficitaires, dans le cadre de laquelle les honoraires des médecins exerçant dans ces zones en cabinet de groupe pourront être majorés de 20 %.

Cette aide vise à inciter les médecins généralistes libéraux conventionnés exerçant en secteur à honoraires opposables à :

- s'installer ou exercer en cabinet de groupe ou en maisons médicales pluridisciplinaires.
L'exercice regroupé favorise en effet les échanges professionnels, libère du temps pour la formation et la vie personnelle, tout en facilitant la continuité des soins ;
- recourir à des collaborations libérales et des remplacements dans les zones déficitaires ce qui permet d'alléger la charge de travail et également de s'absenter plus facilement, notamment dans le cadre de la formation médicale continue. En intégrant le statut de collaborateur libéral, les partenaires conventionnels souhaitent également faciliter l'installation de jeunes professionnels dans ces zones.

Compte tenu du caractère évolutif de l'adéquation entre l'offre mesurée en nombre de médecins libéraux installés exerçant en cabinet et les besoins de soins, les partenaires conventionnels décident de limiter l'existence de cette option à la date du 11 février 2010.

Ils mettent en place un observatoire conventionnel de la démographie médicale afin d'évaluer, la portée de ce dispositif conventionnel en terme d'amélioration de l'offre de soins et des conditions d'exercice des médecins exerçant dans ces zones.

Sur la base des travaux issus de l'observatoire, les partenaires conventionnels s'entendront pour envisager une éventuelle prorogation ou adaptation du dispositif.

Les partenaires conviennent de poursuivre leurs réflexions en matière de démographie médicale, notamment en étudiant la possibilité d'octroi de bourses d'études aux étudiants en médecine s'engageant à s'installer dans une zone déficitaire.

Option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des médecins généralistes en zones déficitaires

Article 1 : Objet et champ de l'option

L'option est proposée aux médecins généralistes libéraux conventionnés exerçant en groupe, dans le secteur à honoraires opposables ou ayant adhéré à l'option de coordination telle que définie à l'article 1.2.3. de la convention nationale, s'installant ou installés dans une zone déficitaire.

✓ Conditions générales d'adhésion

- Conditions liées à l'exercice en groupe

L'exercice en groupe s'entend comme le regroupement d'au moins deux médecins généralistes dans les mêmes locaux, installés dans une zone déficitaire et liés entre eux par :

- un contrat ordinal de collaboration libérale,
- un contrat de société civile professionnelle (SCP) ou de société d'exercice libéral (SEL),

- ou par tout autre contrat de société dès lors qu'ils ont également conclu un contrat d'association validé par l'Ordre.

Sous la réserve d'un cadre juridique conforme à la définition précisée ci-dessus, sont également concernés par le dispositif les médecins généralistes installés dans un cabinet pluridisciplinaire, que les autres professionnels du regroupement soient médecins spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux, ou directeurs de laboratoire, dès lors que l'ensemble des professionnels concernés exercent dans les mêmes locaux.

- Condition d'activité

Pour adhérer, le médecin généraliste doit justifier par ailleurs d'une activité réalisée aux 2/3 auprès de patients résidant dans la zone sous médicalisée.

✓ **Conditions de cumul avec d'autres dispositifs conventionnels**

L'adhésion à l'option décrite dans le présent avenant est exclusive de toute adhésion à l'un des deux contrats de bonne pratique relatifs à l'exercice des médecins généralistes en milieu rural et en zones franches urbaines signés le 12 janvier 2005.

Dès lors, si le médecin a en cours une adhésion à l'un de ces contrats, l'adhésion à l'option ne pourra intervenir qu'après sa résiliation auprès de la Caisse selon les règles fixées dans chacun des CBP.

Article 2 : Avantages conférés par l'adhésion à l'option

✓ **Aide forfaitaire**

Cette aide, liée à l'activité du professionnel de santé dans la zone, est versée sous la forme d'un forfait annuel.

Elle représente 20 % de l'activité (C + V) du professionnel dans la zone.

Son montant est calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant au prorata de la date d'entrée du praticien dans l'option.

Son versement intervient dans le courant du 1^{er} trimestre de l'année suivante, sous réserve du respect des engagements du praticien adhérent décrits à l'article 3 du présent texte, et de la vérification pour l'année de référence du maintien par le praticien adhérent de la condition d'activité définie ci-dessus.

✓ **Suivi personnalisé de l'adhérent**

L'Assurance maladie s'engage à mettre en œuvre, par le biais des caisses primaires, un accompagnement individualisé des médecins adhérent à l'option, pour toute la durée de l'adhésion.

Dans cet objectif, l'Assurance maladie a développé une démarche d'offre de services aux professionnels s'installant en zones déficitaires par le biais de l'outil carto@santé mis à disposition des professionnels, en ligne concernant l'offre de soins, et directement auprès de la CPAM pour les données relatives à la consommation de soins dans la circonscription.

Il s'agit notamment d'aider les médecins à établir une analyse de la zone où ils souhaitent s'installer et de les accompagner dans les démarches administratives afférentes à leur installation, de les informer sur les maisons médicales, les réseaux, les modalités d'organisation de la permanence des soins existant dans la zone où ils vont exercer. Un autre outil, « instals@nté », qui intègre la nature des aides des collectivités territoriales et permet ainsi d'organiser la rencontre entre ces collectivités et les professionnels de santé, sera à terme développé en ligne.

Le suivi personnalisé du médecin se traduira aussi par l'accueil, le soutien, le conseil et l'aide d'un correspondant identifié au sein de la Caisse, dans les diverses démarches liées à cette nouvelle installation et au développement de son activité ; il devra tendre également à faciliter pour le médecin installé la recherche de remplaçants, l'organisation des vacations de médecins spécialistes ou d'auxiliaires médicaux et ses démarches institutionnelles et administratives.

Article 3 : Engagements du médecin généraliste adhérent

En adhérant à l'option, le praticien s'engage à ne pas cesser son activité, hors départ en retraite, ni à changer son lieu d'exercice pendant une durée de trois années consécutives à compter de la date d'adhésion.

Dans le cadre de son exercice regroupé, le praticien adhérent assure la continuité des soins aux patients résidant dans la zone.

En contre-partie de l'aide forfaitaire qui lui est allouée, et dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins pour la population de la zone déficitaire et les conditions d'exercice du médecin notamment pour ce qui concerne sa charge de travail, le professionnel adhérent s'engage à :

- Favoriser le développement de collaborations libérales au sein de son cabinet ;
- Faire appel à des remplaçants ou s'organiser avec un autre praticien du regroupement, pour répondre à toute demande de la patientèle ;
- Permettre la réalisation de vacations, au sein du cabinet, de médecins spécialistes ou d'auxiliaires médicaux.

Il participe à la permanence des soins en-dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux telle qu'elle est définie réglementairement.

Le médecin s'engage enfin à participer avec les autres médecins de la zone et l'Assurance Maladie au projet d'évolution de l'organisation et de la démographie de la zone notamment par la sensibilisation des décideurs locaux sur les problèmes de la zone.

Article 4 : Adhésion à l'option

✓ Modalités d'adhésion

L'adhésion à l'option est individuelle ; le cas échéant chaque médecin d'un groupe donné devra accomplir à titre personnel les formalités d'adhésion à l'option.

Le médecin formalise son adhésion par le biais d'un formulaire (modèle en annexe 1 du présent avenant) qu'il adresse à la Caisse Primaire d'Assurance maladie du lieu d'implantation de son cabinet principal par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le médecin joint à l'acte d'adhésion une copie du contrat de groupe tel que défini dans les conditions générales d'adhésion.

Sans réponse de la Caisse dans un délai de 2 mois suivant la réception du formulaire, l'adhésion est réputée acquise.

✓ **Durée d'adhésion**

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 telle que définie au 1^{er} alinéa de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, soit jusqu'au 11 février 2010.

✓ **Suivi des engagements et des effets de l'adhésion**

Au terme de chaque année civile, la Caisse enverra au praticien ayant opté une fiche (modèle en annexe 2 du présent avenant) à lui retourner et dont l'objet sera d'évaluer, d'une part, le respect des engagements de l'adhérent, et, d'autre part, les éventuels effets de son adhésion à l'option sur ses conditions d'exercice.

✓ **Rupture d'adhésion**

Si la Caisse constate le non-respect de tout ou partie de ses engagements par le médecin, elle l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception. 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.

Si le non-respect des engagements est constaté après le versement des rémunérations, la caisse peut procéder à une action en récupération des sommes indûment versées selon les procédures en vigueur.

Le médecin peut à tout moment choisir de mettre fin à son adhésion à l'option. Il en informe la Caisse par la lettre recommandée avec accusé de réception. La décision du médecin prend effet dès réception par la caisse du courrier ; elle remet en cause son droit à l'aide forfaitaire et peut donner lieu à une action en récupération des sommes indûment versées.

Article 5 : Evaluation du dispositif optionnel – Observatoire conventionnel de la démographie médicale

Les parties signataires conviennent de suivre l'application de cette option pendant toute sa durée qui ne pourra excéder celle de la convention nationale telle que définie au 1^{er} alinéa de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, soit le 11 février 2010. Elles souhaitent en évaluer la portée en termes de maintien et d'amélioration de l'offre de soins dans les zones déficitaires.

Est créé à cet effet un observatoire conventionnel de la démographie médicale qui se réunira au terme de chaque année civile suivant la publication du présent avenant au Journal Officiel. Cet observatoire est composé en nombre égal d'experts désignés par le Directeur général de l'UNCAM et par les présidents des syndicats représentatifs des médecins libéraux signataires du présent texte.

Au regard des résultats de ces évaluations annuelles, un bilan général sera réalisé dans le courant du 1^{er} trimestre 2009 qui permettra aux partenaires conventionnels de décider des éventuelles mesures d'ajustement du dispositif, si les effets du présent avenant s'avéraient insuffisants, en appliquant des mesures de régulation complémentaires, le cas échéant financières, notamment dans les zones médicalement très sur-dotées, aux médecins conventionnés et installés dans ces zones postérieurement à la date de signature du présent avenant.

Fait à Paris, le ... 2007,

Pour l'UNCAM,
Frédéric VAN ROEKEGHEM, Directeur général

Au titre des médecins généralistes :

Pour la CSMF,
Docteur Michel CHASSANG, Président

Pour le SML,
Docteur Dinorino CABRERA, Président

Au titre des spécialistes :

Pour Alliance,
Docteur Félix BENOUAICH, Président

Pour la CSMF,
Docteur Michel CHASSANG, Président

Pour le SML,
Docteur Dinorino CABRERA, Président

ANNEXE 1 : Modèle de formulaire d'adhésion à l'option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des médecins généralistes en zones déficitaires

**Adhésion à l'option conventionnelle
destinée à favoriser l'installation et le maintien
des médecins généralistes en zones déficitaires**

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 :

Adresse du lieu d'exercice principal :

.....

.....

Secteur conventionnel : Secteur 1 Secteur 2 option de coordination

Exercice en groupe formalisé selon le mode :
(copie du ou des contrat(s) à annexer au formulaire)

- Contrat de collaboration libérale
- SEL
- SCP
- Autre contrat de société et contrat d'association

déclare adhérer à l'option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des médecins généralistes en zones déficitaires et m'engage à respecter les dispositions de l'avenant n° 20 à la convention nationale des médecins libéraux, publié au Journal Officiel du 2007."

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

