

Réunion de négociation entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie et les syndicats médicaux représentatifs

Paris, les 9 et 10 décembre 2004

Point d'étape n°2

PROJET

Au terme du séminaire de négociation des 2 et 3 décembre 2004, l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie et les syndicats médicaux représentatifs – Confédération des Syndicats Médicaux Français, Syndicat des Médecins Libéraux, Fédération des Médecins de France, MG France et Alliance – ont défini ensemble une partie des principes généraux de l'accord conventionnel qu'ils souhaitent signer avant la fin de l'année 2004. Ils sont convenus de poursuivre leurs discussions dans les meilleurs délais.

Réunis de nouveau dans la nuit du 9 au 10 décembre 2004, les participants, qui souhaitent que la négociation aboutisse rapidement, dégagent de nouveaux points d'accord relatifs :

- 1. à la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses ;**
- 2. à l'option de coordination ;**
- 3. à l'accès non coordonné ;**
- 4. aux accès spécifique et dérogatoires ;**
- 5. à la rémunération du médecin correspondant ;**
- 6. à la rémunération du médecin traitant ;**
- 7. à la prise en charge des nourrissons par les médecins généralistes.**
- 8. et à l'option médecin référent.**

1. 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.

1.1. DES ENGAGEMENTS SUR DES OBJECTIFS QUANTIFIES ET REGIONALISES

1.1.1. 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.

1.1.2. 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 inexplicables.

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,...).

1.1.3. 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.

1.2. 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.

1.3. Un suivi paritaire et décentralisé

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 décide des mesures d'accompagnement des praticiens pour lesquels des écarts de pratique significatifs sont constatés avec les engagements fixés au plan collectif.
- ?? 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.

1.4. DECLINAISON DES OBJECTIFS

	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	Obj	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 COTE D'AZUR	-9,8%	-9,2%	-0,1%	1,6%	5,4 points
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€
Génériques					890 M€
Antiagrégants					55 M€
examens biologiques et coloscopies					23 M€
					30 M€
					998 M€

(*) points de dépenses remboursables en rapport avec l'ALD à rembourser au taux de base

2. OPTION DE COORDINATION

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. 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 futur accord conventionnel, 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 des dépassements maîtrisés, applicables par acte facturé et plafonnés à 15%. Ce plafond est 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.

Il s'engage de plus à facturer des honoraires globaux qui ne comportent pas plus de :

- 30% de dépassements par rapport aux tarifs opposables, soit un ratio " honoraires sans dépassements / honoraires totaux " égal ou supérieur à 70%, pour les actes cliniques ;
- 30% de dépassements par rapport aux tarifs opposables, soit un ratio " honoraires sans dépassements / honoraires totaux " égal ou supérieur à 70%, pour les actes techniques.

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.

2.3. Avantages conférés par l'option de coordination

- Lorsqu'il est médecin traitant d'un patient dont la pathologie nécessite une coordination au sens du point 6 du présent point d'étape, le praticien adhérent bénéficie de la rémunération spécifique prévue au même point.

- Lorsqu'il émet un avis ponctuel en tant que médecin correspondant, le praticien adhérent à l'option de coordination et titulaire d'un certificat d'études spécialisées, est rémunéré dans des conditions qui seront définies par le futur accord conventionnel.

- 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, qui sera définie dans le futur texte conventionnel.

- 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.

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 futur texte conventionnel). 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 cas échéant, la Caisse pourra procéder à une action en récupération des sommes indûment versées.

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.

2.5. Evaluation

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

3. ACCES NON COORDONNE :

Lorsqu'ils sont consultés en dehors du parcours de soins coordonnés, et en dehors des cas d'urgence ou d'éloignement 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, 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 montant total des honoraires du praticien ne comportera pas plus de 30% d'honoraires comportant des dépassements par rapport aux honoraires à tarifs opposables, soit 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 montant total des honoraires du praticien ne comportera pas plus de 30% d'honoraires comportant des dépassements par rapport aux honoraires à tarifs opposables, soit un ratio honoraires sans dépassements sur honoraires totaux égal ou supérieur à 70% avec pour base le SNIR.

Si le ratio "honoraires sans dépassements sur honoraires totaux" égal à 70% n'est pas atteint, pour les soins coordonnés, le médecin facture les soins qu'il délivre aux tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés afin de parvenir à ce taux.

4. ACCES SPECIFIQUE ET DEROGATOIRES

4.1. CHAMP DE L'ACCES SPECIFIQUE

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.

4.2. VALORISATION DE L'ACCES SPECIFIQUE

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 bénéficient de la majoration de coordination qui sera prévue par l'accord conventionnel.

4.3. CAS D'URGENCE ET D'ELOIGNEMENT

Les parties conviennent que le praticien conventionné en secteur à honoraires opposables ou ayant adhéré à l'option de coordination (qui sera définie par le futur accord conventionnel) pour une urgence médicalement justifiée doit respecter les tarifs opposables. Il continue à bénéficier par ailleurs des majorations 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 qui sera prévue par l'accord conventionnel.

5. REMUNERATION DU MEDECIN 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 à tarifs opposables, ou adhérents à l'option de coordination pour les médecins du secteur à honoraires différents, 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).

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

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 consécutifs à l'acte de consultant.

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 s'engage à adresser au médecin traitant ses conclusions et propositions thérapeutiques et de suivi.

✍ 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 : 4€, compte tenu de la suppression de la majoration provisoire clinicien (MPC) aux dates d'application de la majoration de coordination,
- pour les psychiatres et neuro-psychiatres : 5,40€

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 pourront coter cette majoration de coordination à compter du 1^{er} juillet 2005.

Pour les spécialistes, cette majoration sera revalorisée au 1^{er} janvier 2006 de 1 € (1,35€ pour les psychiatres), sous réserve 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 qui seront définies dans le futur accord conventionnel.

Pour les généralistes, cette majoration sera revalorisée sous réserve du bon usage de la majoration de coordination.

6. REMUNERATION DU MEDECIN TRAITANT :

Les parties décident de prendre particulièrement en compte les missions dévolues au médecin traitant, et spécifiquement celles relatives à la coordination des soins décrites dans le futur accord conventionnel. En matière de coordination des soins, 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 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 de la consultation approfondie annuelle au cabinet par le médecin omnipraticien pour un patient reconnu atteint d'une ou plusieurs affections de longue durée exonérées du ticket modérateur (CALD) ainsi que du PIREs.

Elles s'entendent également pour examiner les modalités de non-cumul des rémunérations respectives du médecin traitant et du médecin référent.

7. 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 réalisées au cabinet 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 : 4 €

8. L'OPTION MEDECIN REFERENT :

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 ne pourra être demandée à compter de cette même date.

Conformément à l'article L 162-5-3 du code de la sécurité sociale, si "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".

La rémunération forfaitaire médecin référent d'une part et le complément de rémunération liée à l'activité de coordination du médecin traitant d'autre part, ne peuvent pas se cumuler. A cet effet leur montant est comparé en fin d'année, afin de déduire le montant correspondant aux paiements des forfaits de l'option médecin référent. Si le montant de ces derniers forfaits est supérieur, ce sont ces montants qui sont versés.

Enfin, les parties 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.