

Convention professionnelle cadre des médecins

PREAMBULE

Rajouter un point sur le libre choix

l'organisation de la médecine libérale se caractérise par le libre choix

D L'ACCES AUX SOINS

L'organisation sociale qui fonde notre système de soins en permettant à chacun l'accès à des soins de qualité grâce à la solidarité de tous, doit être préservé.

La performance du système de soins repose sur la qualité de ses intervenants et sur une organisation adaptée et coordonnée du système

Un pilotage permettant la gestion optimale des ressources collectives est une condition de l'égalité à l'accès aux soins

L'accès aux soins à tous en tout lieu et à tout temps

OFFRE DE SOINS ET DEMOGRAPHIE MEDICALE

Les assurés doivent pouvoir bénéficier d'un égal accès à des soins de qualité quelle que soit leur situation géographique ou financière. Une répartition harmonieuse de l'offre de soins est nécessaire pour permettre l'accès aux soins des assurés dans de bonnes conditions.

La garantie de l'adéquation de la démographie des professionnels de Santé aux besoins de Santé relève de la responsabilité de l'Etat. Les parties signataires, par leur connaissance fine du terrain et des activités pratiquées, contribuent à cette adaptation.

Incitation à l'installation :

Dans leur domaine de compétence, les parties signataires conviennent de mettre en place des mesures incitatives par discipline, afin d'arriver à une meilleure réponse à la demande de soins et à son évolution sur l'ensemble du territoire

A cet effet, les parties signataires s'engagent à mettre en place au niveau loco-régional une cellule d'information pour aider les jeunes médecins qui s'installent et à leur fournir tout renseignement relatif à leur environnement professionnel

Organisation

La coordination des soins représente une contribution essentielle à l'amélioration permanente de la qualité de soins.

A ce titre, les caisses peuvent participer à la prise en charge du financement de la coordination des soins.

Cette contribution implique complémentarité et coordination entre les différents acteurs du système de soins qu'ils soient généralistes ou spécialistes.

Les professionnels de santé ont déjà au quotidien de nombreux échanges.

Les parties signataires favoriseront les dispositifs organisés :

- En incitant des modes de coordination des différents professionnels de santé (exercice en groupe)
- En mettant en oeuvre des expérimentations des modes de rémunération forfaitaire permettant une prise en charge pluridisciplinaire

Les parties signataires s'engagent à promouvoir l'existence d'un document médical de liaison et d'échanges permettant le meilleur suivi de la santé du patient et accessible aux professionnels de santé qui concourent à sa prise en charge

Les outils et la contractualisation pour l'optimisation médicalisée des dépenses

Les parties signataires s'engagent dans l'optimisation médicalisée des dépenses de santé

Cette optimisation se traduit par des engagements collectifs et ou individuels et s'accompagne d'une démarche pédagogique visant à l'amélioration de la qualité et de l'adéquation des actes aux besoins de santé

Outils de l'Optimisation:

Ces outils privilégient la contractualisation :

Ils consistent en :

Des accords de bon usage des soins AcBUS

Des contrats de pratique professionnels

Des contrats de santé publique

Les Accord de bon usage des soin:

article L 162-12-17 du code de la sécurité sociale : " Ils prévoient des objectifs médicalisés d'évolution des pratiques ainsi que des actions permettant de les atteindre.

Ils peuvent fixer des objectifs quantifiés d'évolution de certaines dépenses et prévoir les modalités selon lesquels les médecins peuvent percevoir notamment sous forme de forfaits une partie du montant des dépenses évitées par la mise en œuvre de l'accord ".

Les AcBUS nationaux signés avec les médecins :

Test de Diagnostic Rapide angine, Mammographie (radiologue), Bon usage de la visite.

Thèmes d'AcBUS qui pourraient être signés en 2003 :

-Polymédication des personnes âgées

-Transport

-Indemnités journalières

Thèmes spécifiques :

Adénome de la prostate en cours d'élaboration ,

Le Contrat de Pratique Professionnelle

(article L 162-12-18 du code de la sécurité sociale et article additionnel après article L 162 15 PLFSS 2003) :

" Possibilité pour le médecin d'adhérer individuellement à un contrat de pratique professionnelle qui ouvre droit en contrepartie du respect des engagements de ce contrat à un

complément forfaitaire de rémunération ou à la majoration prévue aux articles L 162 5 11 L 645 2 et L 722 4.

Ce contrat précise les objectifs d'évolution de la pratique des médecins et fixe les engagements qui nécessairement portent sur :

- L'évaluation de sa pratique qui doit prendre en compte l'application des références opposables et des recommandations de bonne pratique
- Les modalités de suivi avec le service du contrôle médical de son activité et de ses pratiques de prescription, au niveau à l'évolution et aux pratiques de prescription, et en particulier à la prescription en dénomination commune ou à la prescription de médicaments génériques
- Le niveau de l'activité du médecin

Exemple de CPP pour les médecins généralistes : Le Médecin Référent (chapitre V de la convention nationale des médecins généralistes de 1998).

Contrat de Santé Publique

article L 162.12.20 du code de la sécurité sociale : " Le médecin conventionné peut adhérer individuellement à des contrats de santé publique qui ouvrent droit à une rémunération forfaitaire. Ces contrats doivent comporter nécessairement en complément des mesures prévues par les conventions (art L 162.5.), des engagements des professionnels relatifs à leur participation :

- soit à des actions destinées à renforcer la permanence et la coordination des soins,
- soit à des actions de prévention " .

Exemple de CSP : dépistage du colon par hémocult

Contrat de coordination des soins : Soins Palliatifs

Décret, n° 2002-793 du 3 mai 2002 (JO du 05/05/02) : relatif aux conditions d'exercice des professionnels de santé délivrant des soins palliatifs à domicile prévoit :

" qu'une équipe pluridisciplinaire de professionnels de santé exerçant à titre libéral ou salariés de centres de santé, comprenant notamment des médecins et des infirmiers, peut être constituée selon le choix du patient, pour dispenser à son domicile des soins palliatifs (article L 1110-10 du code de la Santé Publique).

Pour chaque patient, les professionnels de santé membres de l'équipe de soins palliatifs à domicile, concluent avec la caisse d'affiliation du patient le contrat précité. Il prévoit différentes formes de rémunération qui sont :

- une majoration forfaitaire pour le coordinateur de l'équipe de soins qui assure la coordination des interventions auprès du patient des professionnels de santé et de la caisse primaire,
- un forfait pour le professionnel qui participe à la coordination des soins délivrés au patient,
- un forfait de soins qui rémunère les actes de soins réalisés par le professionnel auprès du patient. Ce forfait est facultatif, le professionnel pouvant ainsi opter pour la rémunération à l'acte " .

Le document médical de liaison et d'échanges

(réserves avec le document de liaison et fonctions du médecin traitant csmf et rédaction complémentaire de la msa)

Le médecin traitant s'engage à tenir pour le compte de son patient un document médical de liaison et d'échanges dans lequel il fait figurer toute information utile concernant la santé de son patient

Ce document médical, élément essentiel de la qualité et de la coordination des soins est la propriété du patient qui peut à tout moment obtenir communication de tout ou partie de ses éléments conformément aux dispositions en vigueur

Lorsqu'il conseille à son patient de consulter un autre médecin, le médecin traitant s'engage à demander à ce dernier les informations médicales nécessaires dans le respect du code de déontologie médicale et dans le respect du droit du malade

Le médecin fait figurer dans ce document les informations médicales nécessaires qui lui sont communiqués par l'ensemble des médecins notamment hospitaliers (publics et privés), consultés par le patient

En cas de changement par le patient de médecin ce dernier s'engage à transmettre le dossier au nouveau médecin désigné par le patient

Ce document de liaison et d'échanges doit faire l'objet d'une gestion informatisée

La prise en compte dans le cadre conventionnel de :

a -la formation médicale initiale et continue :

proposition de rédaction par la profession

b -la formation professionnelle ou conventionnelle et sa reconnaissance :

proposition de rédaction par la profession

(Les parties signataires s'engagent à promouvoir une formation professionnelle conventionnelle tant inter qu'intra-professionnelle, qui sera un outil d'accompagnement des stratégies conventionnelles.

Les modalités d'organisation de ces formations doivent être gérées paritairement par les partenaires conventionnels.

prise en compte par l'assurance maladie de la formation professionnelle)

problématique : comment prendre en compte financièrement la formation médicale obligatoire et la formation professionnelle conventionnelle ?

Objectifs

Les signataires du présent accord entendent définir contractuellement une formation professionnelle dans le cadre conventionnel et considèrent qu'il est de leur responsabilité de concevoir, promouvoir et financer la formation, celle-ci se définissant comme un outil d'accompagnement des stratégies conventionnelles.

Modalités (à revoir contre propositions de la profession)

Les professionnels s'engagent à participer à des actions de formation professionnelle continue

:

Ces formations feront l'objet de cahiers des charges déterminés en commun par les instances conventionnelles de la profession et les actions de formation pourront être financées si elles sont agréées par le CPN-FPC.

Les parties signataires définissent les orientations de la formation professionnelle conventionnelle des médecins généralistes et spécialistes.

A cette fin, les parties signataires réunies dans le comité paritaire national de formation professionnelle conventionnelle au niveau national et dans les comités paritaires régionaux de formation professionnelle conventionnelle au niveau régional arrêtent les thèmes qu'elles décident de promouvoir et les actions de formation recommandées.

Les projets d'action sont validés par un Conseil Scientifique.

[Demande de la CSMF et SMF : possibilité d'utiliser une partie de la FPC pour financer la FMF](#)

Reconnaissance

Financement des actions de formation.

Financement pour perte de ressource = 15 C.

c - l'évaluation des pratiques collectives et individuelles

La loi du 4 Mars 2002 et le décret de décembre 1999, prévoient les modalités d'évaluation des pratiques professionnelles par les pairs.

L'article L315 1 Du css donne pour mission à l'assurance Maladie l'analyse sur le plan médical de l'activité des médecins par les services médicaux notamment au regard des règles conventionnelles.

Dans le cadre des objectifs fixés par la convention les partenaires définissent les modalités d'évaluation et d'analyses des pratiques collectives et individuelles des médecins en prenant notamment en compte les référentiels médicaux ainsi que les actions devant être mises en oeuvre.

ID. CONDITIONS D'EXERCICE PROFESSIONNEL

[Revoir la formulation](#) " L'accord est tourné vers les assurés, dont il détermine les conditions d'accès aux soins, (tant financier que qualitatif)° et destiné aux professionnels soucieux de son patient et de la qualité de leurs conditions d'exercice " en utilisant les points suivants : : les professionnels sont soucieux :

- de l'accès aux soins,
- de la prise en charge financière du patient
- de la qualité des soins

1)Les modes de rémunération

Les modes de rémunération du médecin permettent de reconnaître la diversité de la fonction du médecin.

Afin de reconnaître les différentes missions du métier de médecin autant que la diversité de ses conditions d'exercice il convient de reconnaître également une diversification du mode de

rémunération du médecin qui aujourd'hui, se fait exclusivement à l'acte. D'autres formes forfaitaires de rémunération doivent donc être désormais partie intégrante de la rémunération des médecins.

Il convient de distinguer la rémunération de l'acte proprement dit, et les parties de l'activité médicale justiciables d'autres formes de rémunération qu'elles soient attachées :

- à la rémunération d'un ensemble de professionnels au chevet d'un patient,
- d'une séquence de soins exécutée par un même professionnel auprès d'un patient,
- à un ensemble de patients, par exemple dans le cadre de pathologies chroniques ou de soins techniques lourds,
- à un séjour de soins en hospitalisation privée

Le paiement à l'acte :

Le paiement à l'acte reste le mode de rémunération le plus adapté pour rémunérer des fonctions soignantes directes et les activités médicales en présence du patient.

Rémunération forfaitaire

-forfaits pour certaines fonctions ou missions

Forfaits pour certaines fonctions transversales à rajouter

2)La différenciation des actes, techniques ou cliniques (comité de pilotage et valeur des actes)
En attendant la mise en place de la CCAM, les parties signataires s'entendent pour une mise en oeuvre de mesures transitoires.

Modalités de paiement

a - Principe du règlement direct et remboursement que si l'acte est inscrit à la NGAP

Sujet des actes nomenclaturés et non nomenclaturés : privilégier la rédaction de la convention médecins généralistes " Le médecin est tenu de mentionner sur la feuille de soins ou sur tout autre support en tenant lieu, l'intégralité des honoraires demandés à l'assuré. Il ne peut facturer lors de la même séance un acte remboursable et un acte hors nomenclature. " désaccord de la CSMF et SML

b - Actes réalisés dans un établissement de santé privé ne participant pas au service public hospitalier (voir rédaction CSMF remise en séance)

-bordereau 615 sauf si soins externes

soit règlement direct sur le compte mandataire

soit le compte du médecin

-si le médecin opte pour la DAF, règlement uniquement à l'établissement

c- Exception au principe : la dispense d'avance des frais, accords locaux spécifiques

Décrire tous les systèmes de DAF possibles.

La dispense d'avance des frais

Le versement de la part des honoraires dues au médecin par l'organisme de prise en charge est assuré par la procédure de dispense d'avance des frais. La feuille de soins ou son support électronique est transmise par le médecin à la caisse d'affiliation du patient.

- Dans le cadre du médecin référent le médecin applique la procédure de dispense d'avance des frais pour les actes réalisés par le médecin référent pour les assurés optant et leurs ayants droits âgés de moins de 16 ans.(réserve csmf)

- Dans le cadre de la Couverture Maladie Universelle CMU

Application de la dispense d'avance des frais dans le cadre de la CMU qui garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie et aux personnes les plus défavorisés le droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance des frais.

Dans ce cadre là les tarifs des honoraires rémunérations et frais accessoires fixés par l'annexe annuelle ne peuvent donner lieu à dépassement pour les actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé, sauf en cas d'exigence particulière du patient.

Rajouter les cas d'urgence (actes médicaux non programmés) dans le cadre de la permanence des soins

3) Tarifs

Principe d'application des tarifs opposables de la convention sauf dans les cas suivants :

a - Redéfinition du DE

Le DE porte sur l'acte principal et les frais accessoires (indemnités de déplacement, majorations) (actuellement il ne peut porter que sur l'acte principal).

Application d'un dépassement pour circonstances exceptionnelles de temps (à compter du samedi après midi dimanche et jours fériés ou en dehors des heures d'ouverture du cabinet) ou de lieu dues à une demande du malade DE (pour une consultation, ou une visite, non justifiée médicalement). Dans le cadre d'une visite, le médecin estime le temps d'immobilisation et le déplacement imposé par le patient en dehors de son cadre normal d'exercice.

Désaccord de la profession :

MG-F : tarifs opposables avec DE déclenché par le patient

Déterminer un cadre temporaire (plages horaires) et hors de ce cadre le DE s'applique

CSMF : aménagement d'un espace de liberté (fixation d'un pourcentage d'actes à déterminer) par exemple en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet ouvrant droit à un dépassement d'honoraires (désaccord pour les caisses)°

b - DP

- application du droit permanent à dépassement DP pour les médecins qui étaient à la date d'entrée en vigueur de la présente convention.

c - Secteur II

- application d'honoraires différents (secteur II) par les médecins qui relevaient du secteur à honoraires différents à la date d'entrée en vigueur de la présente convention,

Pour les médecins qui à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente convention s'installent pour la 1^{ère} fois en exercice libéral ou qui se sont installés entre le 07/06/80 et le

01/12/89 et son titulaire des titres acquis dans les établissements publics ou de titres équivalents acquis dans les établissements participant au service public hospitalier ou au sein de la Communauté Européenne.

CSMF : proposition d'ouvrir le secteur 2 à ceux qui ne l'ont pas choisi lors de la précédente convention alors qu'ils avaient les titres.

MG-F et caisses ne sont pas d'accord

MG-F : Majoration des actes pour le secteur 2 pas uniquement sur des titres mais aussi sur des critères (expérience).

d - Définition d'un secteur de qualité

Proposition de la caisse Conclusion d'un contrat individuel de confiance entre le médecin et la caisse formalisant les droits et obligations de chacun. Ce contrat résulte d'une démarche médicalisée où prime la qualité de soins.

-Valorisation de la pratique fondée sur la qualité des soins

Le médecin s'engage à améliorer sa pratique sur l'application de critères définis en contrepartie du versement d'une rémunération forfaitaire.

Désaccord CSMF

4)Prise en charge des cotisations sociales et assurance responsabilité civile

Cotisations sociales

En contrepartie de l'engagement conventionnel des médecins qui respectent les tarifs opposables (secteur I), les caisses participent, dans le cadre de la réglementation en vigueur, au financement des cotisations (assurance maladie, AF et ASV).

Responsabilité Civile

Pour les médecins qui exercent en secteur à honoraires opposables, les caisses participent à la prise en charge de leur cotisation relative à la responsabilité médicale (responsabilité sans faute prise en charge par l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux financé par la sécurité sociale ?)

Modalité de participation à définir :

Principes à prendre en compte : Contrat de groupe ([csmf est contre](#)), le médecin fait l'avance des frais et participation des caisses à hauteur d'un taux à définir

5)Participation aux frais de télétransmission des feuilles de soins et de maintenance

Proposition d'un forfait en fonction des taux de télétransmission comme pour les autres PS à la place d'un montant par FSE transmise.

Actuellement 0,06098 Euros par FSE - plafond max. de 7.500 FSE soit 457,35 Euros.

Csmf principe pas de plafond sur le nombre de FSE et pour le montant de l'aide à la maintenance et les délais désaccord de la profession

Aide à la maintenance de 100 Euros./ [CSMF contre](#)

[Sur la télétransmission en général :](#)

[Actualiser en intégrant les avenants signés sur ce thème](#)

-envisager des délais de paiement et de pénalités de retard dans le cadre du tiers payant pour les FSE (délai de 8 jours) pour les feuilles papier (délai de 30 jours). Désaccord sur le fond demande versement individuel au médecin csmf et mg

a vérifier

-envisager de demander aux pouvoirs publics de faire paraître le décret valorisant la participation du professionnel de santé à la gestion des caisses en cas de non télétransmission

???

III) LE RESPECT DES ENGAGEMENTS ET LES INSTANCES CONVENTIONNELLES

1) Les instances paritaires conventionnelles

Les parties signataires affirment leur attachement à une gestion paritaire et responsable de la vie conventionnelle. Elles confirment ainsi le rôle essentiel des commissions conventionnelles paritaires nationales (CCPN et CMPN) et départementales ou locales (CCPL et CMPL).

Désaccord msa pour le local

Les parties signataires conviennent en outre de créer des instances identiques au niveau régional (CCPR et CMPR) pour compléter l'architecture du dispositif conventionnel paritaire. En effet, conscientes de l'essor du rôle de la région, notamment dans les domaines qui touchent à la protection sociale, les parties signataires estiment indispensable d'affirmer le rôle des partenaires conventionnels en son sein.

a - Instances nationales : CCPN, CMPN

-Composition : section professionnelle et section sociale - membres chacune

-Installation et fonctionnement : missions - secrétariat - délibérations et votes- présidence

-indemnité de vacation (repris au 4° ci-dessous) ?

-Carence

proposition csmf participation des syndicats non signataires dans les instances avec voix délibérative pour le prononcé des mesures conventionnelles, désaccord des caisses et mgf

csmf création d'une ccpn spécifique pour le suivi des problèmes de terrain posés par la convention : désaccord de mgf et caisses c'est plutôt du ressort de l'échelon régional

principe : création d'une instance d'appel pour régler les litiges, les dysfonctionnements, carences au niveau régional ou national ? ou système d'arbitrage croisé entre départements ?

mas pas de représentant du département au niveau de l'appel

(avantages et inconvénients de l'instance nationale ou régionale

principe : les mêmes personnes ne doivent pas être les mêmes qui examinent les litiges

b - Instances régionales : idem

c - Instances départementales et/ou locales : idem

2) les procédures de suivi du respect des engagements,

Les parties signataires veulent faire évoluer les procédures conventionnelles en cas de non-respect des dispositions conventionnelles vers une meilleure garantie des droits des personnes impliquées dans ces procédures.

Il est ainsi créé une procédure d'appel au niveau des instances régionales ? Cet appel est suspensif et son application plancher à définir (ne pas mettre : limitée aux cas de déconventionnement temporaire ou définitif prononcés pour la durée d'application de la convention).

Proposition CSMF : Information à la profession au préalable à toutes actions contentieuses engagées par les caisses

A Mesures encourues

griefs

b - Non respect des tarifs opposables, des règles relatives à la télétransmission (a revoir par MG-ff) des feuilles de soins, des règles de remplissage et ou de transmission des feuilles de soin et imprimés en vigueur

c - Non respect répété de la NGAP, du codage, des règles de formulation des ordonnances, abus de droit à dépassement autorisé

non respect des contrats ([cpp csp a revoir](#))

d - Cas de condamnation par l'ordre ou les tribunaux

e - Dispositions générales : notification des décisions - procédure d'appel devant les instances régionales en cas de déconventionnement de la convention.

[Proposition csmf Principe d'une amende forfaitaire à discuter](#)

3) Modalités de prise de décision individuelle, droits de la défense, recours...

A préciser dans les procédures décrites au 2) ,ci-dessus.

4) financement de la vie conventionnelle

Indemnité de vacation : 6 C par réunion pour les représentants des syndicats signataires membres de la section professionnelle.

Principe à définir le montant de la participation des caisses au financement à la formation des représentants à la vie conventionnelle

IV) LE SUIVI ET LE SYSTEME D'INFORMATION PARTAGE

-les comités de suivi des accords collectifs, nationaux et régionaux a revoir

Des Comités de suivi National et Régional sont mis en place afin de définir en partenariat les actions de mise en oeuvre sur les différents axes de la convention.

Compositions des comités :

Les représentants des 3 régimes d'assurance maladie et des syndicats de médecins signataires ou non de la convention.

Objectifs des comités

Ces comités ont pour objectif de suivre les engagements fixés dans l'accord et de décider des actions régionales à mettre en oeuvre pour atteindre les objectifs

Les comités de suivi régionaux doivent déterminer leurs propres priorités en matière d'amélioration des pratiques, notamment en se basant sur les enquêtes de santé publiques réalisées au sein de l'assurance maladie.

Périodicité de réunion

Les comités se réunissent au minimum quatre fois par an.

-la gestion des objectifs, la mesure et l'analyse des écarts et les mesures correctrices (a revoir)

Analyser les évolutions des dépenses médicales sous les aspects honoraires et prescriptions, suivre l'activité de certaines spécialités médicales

-les modalités de recueil et de transmission des informations collectives et individuelles (a compléter par une partie sur les données individuelle)

Les caisses nationales d'assurance maladie procèdent à l'information des médecins au niveau national sur les dépenses médicales. A cet effet, la CNAMTS, en association avec les autres caisses nationales, transmet chaque mois aux organisations syndicales représentatives des médecins généralistes et spécialistes les données relatives aux dépenses médicales. Les données relatives aux dépenses médicales du pénultième mois sont transmises le 15 de chaque mois. Elles sont détaillées par région et par régime et identifient :

- les dépenses remboursables et remboursées en honoraires ;

- les dépenses remboursables et remboursées de prescriptions.

La CCPN définit les ventilations statistiques de ces postes de dépenses qu'elle considère adéquates.

Les caisses transmettent en outre les données relatives aux postes de dépenses entrant dans le champ des soins de ville selon les catégories de prescripteurs.

2. Les unions régionales de caisses d'assurance maladie transmettent, dans chaque région, les données mentionnées au 1 ci-dessus aux sections des unions régionales des médecins libéraux. Elles les transmettent également aux caisses de la région. La caisse qui assure le secrétariat de la CCPL les transmet à la CCPL et au CMPL. Les caisses locales les mettent en outre à disposition de tout professionnel de santé qui en fait la demande. Ces données seront, dès que possible, accessibles aux médecins généralistes et spécialistes par voie électronique.

3. Les caisses d'assurance maladie fournissent à chaque médecin relevant de la présente convention un relevé individuel trimestriel d'activité et de prescriptions. Ce relevé sera, dès que possible, accessible par voie électronique.

1. les données agrégées et individuelles issues du codage des prescriptions des médecins, rendues anonymes tant au regard du patient qu'à celui du médecin, sont mises à disposition des CCPL et CMPL, aux fins d'évaluation des pratiques médicales

2. Les données anonymisées disponibles dans les systèmes d'information des caisses et relatives aux admissions en ALD sont mises à disposition des CCPL et CMPL.

3. Les parties conventionnelles déterminent, au niveau national ou local, les conditions de la diffusion auprès des médecins conventionnés des résultats des évaluations des pratiques collectives des médecins réalisées d'un commun accord.

A compléter par une partie données individuelles

V)° CONDITIONS DE MISE EN OEUVRE

1)Durée de la convention

5 ans, renouvelable par tacite reconduction par période de même durée, sous réserve d'approbation par arrêté interministériel, sauf dénonciation 6 mois au moins avant la date d'échéance par soit décision conjointe d'au moins 2 caisses dont la CNAMTS, soit par décision conjointe des organisations syndicales signataires de la convention par lettre recommandée avec AR.

Clauses de résiliation de la convention a reprendre

2)conditions d'adhésion et de résiliation de la convention et des accords

-Notification de la convention par les CPAM dans le délai d'un mois à compter de la publication au JO

-Convention applicable à tout médecin qui déclare y adhérer dans le délai de 2 mois à compter de la publication au JO

-Pour les médecins qui s'installent après, le délai de 2 mois court à compter de la date à laquelle ils ont informé la caisse de leur installation par lettre recommandée avec AR.

-A tout moment le médecin peut manifester sa volonté de ne plus être régi par la convention par lettre recommandée avec AR. La décision du médecin prend effet à l'expiration d'un délai de 2 mois à compter de la réception de cette lettre par la CPAM. Toute nouvelle demande d'adhésion de ce médecin est subordonnée aux dispositions des 2 alinéas précédents.

-Choix du secteur tarifaire : a mettre dans secteur II Revoir choix du secteur paragraphe 3

3)Volets spécifiques et/ou régionaux :

-modalités de rémunération des gardes et de la permanence des soins : base de la discussion contenu de l'avenant 10

-exercices coordonnés (participation à des réseaux de soins)

-exercice en milieux spécifiques (milieu rural et zones avec difficultés d'accès au soins)

-médecin travaillant en hospitalisation (niveau de redevance pour usage du plateau technique ? les contrats d'usage sont conclus entre l'établissement et le médecin

- montant variable selon les spécialités et les établissements)

Proposition de rédaction ALLIANCE