

Communiqué

Paris, le 14 novembre 2002

**1^{er} accord cadre interprofessionnel
entre l'Assurance Maladie et les professions de santé :
vers une meilleure coordination au service du patient**

Les négociateurs des trois caisses nationales d'assurance maladie et du Centre national des professionnels de santé viennent de finaliser un projet de texte qui constituera le **premier accord interprofessionnel entre l'Assurance maladie et les professions de santé libérales¹**.

Etape importante dans la construction d'une nouvelle architecture conventionnelle, cet accord témoigne d'une volonté partagée de porter les grands enjeux du système de soins dans une approche interprofessionnelle et partenariale. Il prépare l'avenir en ouvrant la voie à un travail commun pour élaborer des propositions novatrices notamment sur la répartition géographique des professionnels, la permanence et la coordination des soins ou la prévention.

Les partenaires conventionnels se sont particulièrement attachés à :

- permettre une véritable reconnaissance de la complémentarité entre les différentes professions de la santé et une meilleure coordination des soins au service du patient,
- donner corps à la responsabilité partagée entre les professionnels de santé, les caisses d'assurance maladie et les assurés sociaux qu'elles représentent.
- harmoniser progressivement les dispositifs conventionnels des différentes professions de santé, qu'il s'agisse de leurs frais de déplacement, des garanties de paiement en matière de tiers payant, des conditions de la télétransmission des feuilles de soins etc...
- définir un socle, commun à toutes les professions, sur lequel pourront s'appuyer toutes les conventions catégorielles qui sont en cours de discussion entre les syndicats représentatifs de chaque profession et les caisses.

Ce projet de texte sera présenté par les négociateurs avec un avis positif à leurs instances délibérantes. Une fois adopté, il sera ensuite soumis à chaque syndicat représentatif qui pourra alors, par son adhésion, décider de le rendre applicable à sa profession.

¹ médecins (généralistes et spécialistes), chirurgiens-dentistes, sages-femmes, orthophonistes, orthoptistes, infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, directeurs de laboratoires d'analyse, transporteurs sanitaires et pédicures-podologues.

PREAMBULE

La loi du 6 mars 2002 porte rénovation des rapports entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie. Elle offre l'opportunité aux partenaires :

- d'enrichir et d'harmoniser le cadre juridique et politique de leurs relations par l'édification d'un socle conventionnel commun aux différentes professions de santé traitant des enjeux majeurs de l'organisation du système de soins,
- d'asseoir la complémentarité entre le présent accord, les conventions nationales professionnelles et les divers accords qu'elles peuvent inclure.
- de donner corps à la responsabilité partagée des professionnels de santé, des caisses d'assurance maladie, et des assurés sociaux qu'elles représentent,

Les parties signataires se proposent de retenir ces orientations par un accord inter-professionnel qui garantit :

- l'accès à tous les assurés sociaux à des soins de qualité
- le maintien de la forme libérale de l'exercice des professionnels de santé de ville,
- le respect du libre choix du professionnel de santé par le malade.

LA QUALITE DES SOINS

Permettre à chacun l'accès à des soins de qualité grâce à la solidarité de tous, ce principe d'organisation sociale qui fonde notre système de soins doit être préservé.

La performance d'un système de soins dépend évidemment du professionnalisme et de la compétence des professionnels de santé mais les qualités individuelles ne suffisent pas à faire un ensemble performant. La qualité des organisations et la responsabilisation de tous les acteurs sont tout aussi déterminantes.

Un système de santé ne peut être performant que s'il est régulé. A cet égard, la qualité en santé est l'affaire de tous. Elle est collective autant qu'individuelle. Elle est une condition de l'équité et de la solidarité.

Par les partenariats qu'ils développent, par les conseils qu'ils sont en mesure d'apporter aux décideurs, l'assurance maladie, en tant que gestionnaire, et les professionnels de santé, sont des acteurs-clés de l'amélioration de la performance du système de santé.

Répartition de l'offre de soins

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 favoriser cette adaptation. La démographie des professionnels conventionnés doit être traitée selon une approche interprofessionnelle.

Ces parties signataires sont aussi une force de proposition et d'expérimentation pour mettre en place dans une démarche concertée des mesures d'incitations positives afin de prévenir les difficultés et le cas échéant d'y répondre (modes d'exercices, aides à l'installation ...).

Permanence des soins

La garantie de la permanence des soins relève de la compétence de l'Etat. Les parties signataires participeront à la définition de ces modalités, chaque fois que le financement de l'Assurance Maladie sera sollicité.

Face aux enjeux de la démographie des professionnels de santé, les parties signataires mettront tout en œuvre pour favoriser le développement d'actions expérimentales en matière de permanence des soins. Ces actions auront pour vocation d'aider les pouvoirs publics à organiser voire rénover les dispositifs existants.

Coordination et continuité des soins

Les professionnels de santé ont déjà au quotidien de nombreux échanges. Les parties signataires favoriseront les dispositifs organisés :

- en incitant les modes de coordination des différents professionnels de santé (pratiques coopératives, maisons médicales, pratiques en réseaux, conclusion d'accords de bon usage des soins favorisant le plein exercice des compétences de chaque professionnel de santé –dans le respect des champs de compétence définis par les pouvoirs publics- , et leur articulation, renforcement de la coordination ville/hôpital...)
- en explorant, à titre expérimental, des modes de rémunération forfaitaires permettant des prises en charge pluridisciplinaires.

Les parties 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.

Prévention

Les parties signataires peuvent décider conventionnellement de favoriser (par le biais de contrats de santé publique par ex.) la participation des professionnels de santé à des actions de prévention et de dépistage décidées par eux mêmes ou par les autorités compétentes.

Les parties signataires ont la possibilité d'élaborer au sein de l'accord cadre interprofessionnel un cadre national pour la mise en place de Contrats de Santé Publique (CSP) qui engagent les professionnels de santé qui choisissent d'y adhérer. Ces contrats de santé publique peuvent concerner les actions de coordination et de permanence des soins, la participation aux réseaux de soins et aux actions de prévention.

Actions en direction des assurés

Les partenaires souhaitent promouvoir l'éducation du patient notamment par la mise en place de programmes d'information élaborés par les partenaires du présent accord en vue d'un meilleur usage du système de soins.

Par ailleurs le développement des Plates-Formes de service en direction des patients sera un support d'information pour l'ensemble des assurés sociaux.

Amélioration de la qualité des soins

Les parties signataires s'engagent à mener une démarche d'amélioration de la qualité des soins reposant notamment sur la diffusion de référentiels de bonne pratique et protocoles de soins, et sur l'évaluation des pratiques. Cette démarche inclura en particulier :

- la mise en place de groupes d'échanges entre des professionnels et des représentants du service médical,
- l'incitation à la conclusion d'accords de bon usage des soins et de contrats comportant des engagements sur les pratiques professionnelles.
- la conduite d'entretiens confraternels ce qui implique la prise en compte par le service médical de la spécificité des professions de santé, et de la dimension interprofessionnelle,

De la formation professionnelle continue conventionnelle

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.

Suivi des pratiques professionnelles

Conformément aux dispositions du code de la sécurité sociale (article L 315-1), l'assurance maladie a pour mission l'observation et l'analyse de l'activité individuelle et collective par les services médicaux au regard des référentiels de bonne pratique.

Les partenaires définissent les modalités d'examen dans le cadre des commissions conventionnelles interprofessionnelle et professionnelle, des pratiques et des organisations au regard des référentiels professionnels et réglementaires.

L'évaluation des pratiques professionnelles est menée par les pairs conformément à la loi du 4 mars 2002 et au décret de décembre 1999. Les parties signataires expriment le souhait que l'évolution de la loi permette que ces actions d'évaluation puissent être réalisées par l'ensemble des professionnels de santé.

ENVIRONNEMENT CONVENTIONNEL

Dématérialisation des échanges

Les signataires de l'ACIP se donnent comme priorité le développement de la télétransmission pour toutes les professions et conviennent de la nécessité de poursuivre la dématérialisation des documents nécessaires aux relations entre les professionnels de santé et l'assurance maladie et d'accompagner cette démarche au sein d'un groupe de pilotage contractuel.

Celui-ci a notamment pour objet de définir les modalités d'expérimentations concernant :

- la prescription électronique avec le double objectif de remplacer, dans les relations entre les professionnels comme entre les professionnels et les caisses, les ordonnances papier par des flux électroniques, tout en conservant pour les patients, un document papier.
- la dématérialisation des documents médico-administratifs et administratifs portant en particulier sur les ALD et le PIREs, les arrêts maladie, les accidents de travail et l'entente préalable.

Carte Vitale

Les parties signataires souhaitent engager une réflexion sur les modalités techniques de leurs échanges ainsi qu'avec les assurés et les organismes complémentaires. En effet les évolutions envisagées de la carte vitale relative notamment au volet de santé implique de définir précisément les modalités de son accès. A cet égard, le contexte juridique de la responsabilité de l'émetteur doit faire l'objet d'une analyse approfondie prenant en compte les nouvelles dispositions législatives et réglementaires concernant l'accès du patient aux informations personnelles et la définition réglementaire du contenu du volet de santé.

Les parties signataires étudieront ensemble l'opportunité d'une évolution de la réglementation actuelle (R.161-33-6) qui prévoit la visualisation et la mise à jour des cartes sur les postes de travail des professionnels de santé. Cette étude sera faite en tenant compte notamment des évolutions technologiques.

Frais de déplacement

La question porte sur la définition du contenu des frais de déplacement et sur l'identification respective des éléments qui pourraient être communs à l'ensemble des professions de santé et des éléments qui justifieraient une approche tarifaire spécifique à chaque profession.

Les partenaires s'accordent pour distinguer progressivement dans l'indemnisation des frais de déplacement des professionnels auprès de leurs patients deux éléments :

- les frais matériels et techniques de ce déplacement communs à l'ensemble des professionnels ;
- l'indemnisation du temps consacré par le professionnel au déplacement auprès de son patient spécifique à chaque profession. La détermination des montants de cette indemnisation relève des conventions professionnelles.

Paiement direct et Dispense d'avance des frais

Un groupe de travail sera mis en place afin de procéder à l'examen général des dispositions et pratiques existantes en matière de paiement direct ou de tiers payant, et des possibilités juridiques et techniques. Il examinera en particulier les conditions de la garantie de paiement au professionnel au vu des données figurant sur la carte .

STATUT SOCIAL ET FISCAL DU PROFESSIONNEL DE SANTE

Les partenaires, conscients que les instruments juridiques qui gouvernent la protection sociale des professions de santé conventionnées ne relèvent pas tous du champ du présent cadre, souhaitent toutefois pouvoir exprimer, dans la perspective des loi de finances et loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, des orientations destinées aux instances compétentes.

Trois chantiers sont identifiés :

L'articulation entre tarif conventionnel opposable et prise en charge par les caisses d'une fraction des cotisations sociales

Les caisses s'engagent à participer, de manière équitable, aux cotisations sociales de l'ensemble des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés. Dans ce cadre, les signataires engagent une réflexion relative aux modalités de participation des caisses dans la transparence tant pour les professionnels que pour la population.

L'affiliation des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés au régime maladie et maternité des professions indépendantes

La question est renouvelée par l'alignement du ticket modérateur du régime des professions indépendantes sur celui des salariés depuis le 1^{er} janvier 2001.

Les partenaires conviennent de la constitution d'un groupe de travail qu'ils installeront dans le mois suivant l'entrée en vigueur du présent accord, chargé d'expertiser les modalités éventuelles d'une affiliation au régime des professions indépendantes concernant l'assurance maladie et l'assurance maternité des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés. Une analyse de l'impact et des transferts nécessaires pour garantir la neutralité financière de l'opération pour le régime général sera menée.

La retraite

Le cas particulier de la retraite des professionnels de santé justifie de dégager les évolutions démographiques spécifiques à chaque profession et la mise en perspective de l'ASV avec les autres systèmes de retraite de ces professions.

Les partenaires décident de la constitution d'un groupe de travail, associant notamment un actuaire et un économiste. Ce groupe de travail, après avoir mis en évidence les caractéristiques, notamment démographiques, des régimes de vieillesse des professions conventionnées et les enjeux liés à leur pérennité pour chacune des professions concernées, est chargé d'établir un diagnostic sur leurs perspectives financières et de proposer les divers scénarios de réforme susceptibles de garantir leur équilibre à long terme ; il testera en connaissance de cause les contours de la solidarité et de l'équité interprofessionnelle au sein des professions de santé conventionnées et exprimera, le cas échéant, des recommandations sur l'évolution souhaitable de l'architecture des régimes de retraite concernés.

Ces réflexions s'appuieront dans un premier temps sur les études et les travaux déjà réalisés par les caisses de retraite concernées avant d'envisager, si nécessaire, le recours à une mission d'expertise.

Les autres risques

Les partenaires décident d'engager une réflexion sur la création d'une couverture du risque maladies professionnelles / accidents du travail concernant les praticiens et auxiliaires médicaux.

INSTITUT D'ETUDES DES POLITIQUES CONVENTIONNELLES

Les partenaires conviennent de la création d'un institut d'études des politiques conventionnelles ayant pour objectif de renforcer la capacité d'expertise des acteurs de la vie conventionnelle en réalisant lui-même ou en faisant réaliser des études et travaux relevant de ce champ. Il sera financé par des subventions du fonds national d'actions conventionnelles des caisses d'assurance maladie et a accès au système d'information de l'assurance maladie. La composition de ses instances est de nature à garantir sa neutralité.

Les parties signataires conviennent de la nécessité de prévoir une évolution de l'article L 162-1-13, dans le sens d'une simplification des modalités d'acceptation par le professionnel de santé des différents éléments conventionnels (ACIP, conventions professionnelles, accords de bon usage des soins, contrats de santé publique et contrats comportant des engagements sur les pratiques professionnelles).

ELEMENTS CONSTITUTIFS D'UN ACCORD CADRE INTERPROFESSIONNEL

Chapitre I : DE L'ACIP

1 - Champ d'application

L'accord-cadre est conclu en application du L162-1-13 du code de la sécurité sociale entre les caisses nationales d'assurance maladie et le CNPS.

Les professionnels de santé exerçant à titre libéral entrant dans le champ d'application de l'ACIP sont :

- les médecins (généralistes et spécialistes),
- les chirurgiens-dentistes,
- les sages-femmes,
- les orthophonistes,
- les orthoptistes,
- les infirmières,
- les masseurs-kinésithérapeutes,
- les directeurs de laboratoires d'analyses médicales,
- les transporteurs sanitaires.
- Les pédicures-podologues

L'ACIP détermine les modalités du partenariat conventionnel (partage des responsabilités) et des relations inter professionnelles (coordination, permanence et continuité des soins). Par conséquent, les conventions professionnelles ne peuvent prévoir de dispositions contradictoires avec les règles définies par l'ACIP. Pour les professions conventionnées, les accords de bon usage des soins, les contrats de bonne pratique, ainsi que les contrats de santé publique et autres types de contrats sont des annexes aux conventions professionnelles et ou à l'ACIP.

Une fois l'accord-cadre conclu approuvé par les ministres compétents et publié au journal officiel, les organisations syndicales représentatives des professions de santé libérales énumérées ci-dessus marquent leur adhésion à l'ACIP par leur signature selon les modalités définies au 2° ci-dessous.

En application de l'article L. 162-1-13 du code de la sécurité sociale, l'ACIP est applicable à tout professionnel de santé exerçant à titre libéral qui manifeste sa volonté d'être régi par ce texte à la condition qu'au moins une organisation syndicale représentative de sa profession lui ait ouvert cette possibilité en signant l'ACIP.

2 - Modalités d'adhésion

- d'une organisation syndicale

Une fois l'accord-cadre approuvé et publié au JO, l'organisation syndicale représentative qui souhaite adhérer à l'ACIP doit adresser (lettre AR) au CNPS et à chaque caisse nationale d'assurance maladie un exemplaire original signé de l'accord-cadre.

- d'un professionnel de santé

En application de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, les caisses primaires d'assurance maladie adressent le texte de l'accord-cadre aux professionnels de santé dès lors qu'une organisation syndicale représentative de leur profession l'a signé.

- Professionnels de santé conventionnés ou sous RCM

Le professionnel de santé qui est adhérent d'une convention adhère de façon impérative à l' Accord Cadre Interprofessionnel.

- Autres professionnels de santé

Le professionnel de santé qui n'est pas adhérent d'une convention ou d'un règlement conventionnel minimum dispose de 60 jours pour déclarer à la caisse qu'il souhaite adhérer à l'accord-cadre.

3 - Durée

Le présent accord est conclu pour une durée de 5 ans à compter de la date d'entrée en vigueur de l'accord-cadre ; il est renouvelable par tacite reconduction par périodes de même durée sous réserve de l'approbation ministérielle prévue au L. 162-15 du Code de la sécurité sociale.

La durée des conventions professionnelles sera dans la mesure du possible calquée sur la durée de l'ACIP.

4 - Conditions de dénonciation

- Dénonciation de l'accord par un signataire de l'ACIP

Le présent accord peut être résilié soit par une décision conjointe d'au moins deux caisses nationales d'assurance maladie dont la CNAMTS, soit par décision du CNPS.

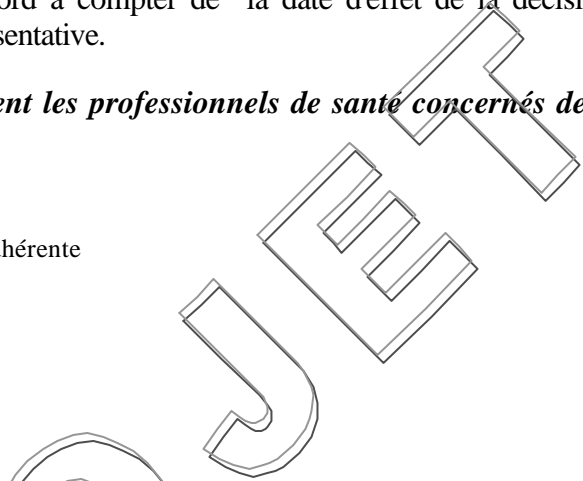
- Résiliation de son adhésion par une organisation syndicale représentative d'une profession de santé

Une organisation syndicale peut décider de mettre fin à son adhésion de l'accord-cadre. Dans cette hypothèse, l'organisation syndicale doit adresser aux signataires de l'ACIP, une lettre recommandée motivant sa décision.

Si l'organisation syndicale représentative qui prend cette décision est la seule adhérente de l'accord-cadre pour une profession donnée, les membres de cette profession ayant adhéré à l'ACIP sont considérés comme n'adhérant plus à l'accord à compter de la date d'effet de la décision de retrait d'adhésion de l'organisation syndicale représentative.

Le cas échéant, les caisses primaires informent les professionnels de santé concernés de cette nouvelle situation.

- Fin de la représentativité d'une organisation syndicale adhérente



Lorsque à la suite de la publication par les ministres des résultats d'une enquête de représentativité, il apparaît qu'une organisation syndicale adhérente à l'ACIP n'est plus considérée comme représentative, son adhésion tombe de plein droit.

Si l'organisation syndicale concernée est la seule adhérente de l'accord-cadre pour une profession donnée, les membres de cette profession ayant adhéré à l'ACIP sont considérés comme n'adhérant plus à l'accord à compter de la date d'information des caisses par le Ministère de la non-représentativité de l'organisation syndicale.

Le cas échéant, les caisses primaires informent les professionnels de santé concernés de cette nouvelle situation.

- Résiliation de son adhésion par un professionnel de santé adhérent

Un professionnel de santé ayant choisi d'adhérer à l'ACIP peut décider de désengager sa signature. Il résilie dans ce cas, concomitamment son adhésion à sa convention ou au règlement conventionnel minimum dans les conditions prévues par les textes en vigueur. Il notifie alors sa décision à la CPAM de son lieu d'exercice.

- Dans toutes les hypothèses décrites ci-dessus, la fin de l'accord, la sortie de l'organisation syndicale ou du professionnel de santé est effective à l'issue d'un délai de deux mois à compter de l'envoi de la lettre recommandée contenant la décision de dénonciation ou de résiliation.

Chapitre II : DE LA DELIVRANCE DES SOINS AUX ASSURES SOCIAUX

1 – Modalités d'exercice dans le champ conventionnel

Les professionnels ayant choisi d'exercer dans le cadre de l'ACIP doivent respecter les dispositions légales, réglementaires et conventionnelles applicables à leur exercice libéral.

D'autre part, les conventions professionnelles, ou le cas échéant le règlement conventionnel minimum, devront proposer des modalités d'exercice conformes aux principes définis par l'ACIP en la matière.

Un travail interprofessionnel sur les modalités d'exercice sous convention sera entamé (remplacement, salariat, regroupements, obligation d'avoir un cabinet...) afin de clarifier et d'unifier les règles applicables et d'adapter les outils de l'assurance maladie à ce cadre. Les caisses s'engagent notamment à mettre en œuvre les moyens nécessaires à l'identification de remplaçants.

Ce travail portera également sur la possibilité pour le professionnel de santé conventionné d'exercer une activité complémentaire de sa compétence, hors du cadre conventionnel.

Les partenaires de l'ACIP décident de mettre en place un groupe de travail sur ces sujets liés aux modalités d'exercice afin de définir le cadre dans lequel devront être recherchées les solutions techniques.

2 – Télétransmission

a/ Principes

Le développement des échanges électroniques dédiés à la liquidation des prestations est en progression. Mais il existe de nombreux chantiers à ouvrir soit pour compléter le champ de la dématérialisation des échanges avec l'assurance maladie, soit pour promouvoir des échanges interprofessionnels dédiés à l'exercice professionnel permettant notamment d'améliorer la coordination des soins en favorisant la prise en charge pluri-disciplinaire du patient, soit en ce qui concerne les mesures d'accompagnement de nature juridique ou économique.

Les partenaires reconnaissent le rôle important imparti aux professionnels de santé en matière d'échanges électroniques. Ils reconnaissent également leur responsabilité partagée pour un bon fonctionnement et une bonne qualité de ces échanges..

Ainsi, les évolutions du cahier des charges SESAM-Vitale et des documents de facturations devront-elles être soumises à concertation entre les parties signataires du présent accord avant les décisions des instances de pilotage compétentes.

Les professionnels adhérant à l'ACIP s'engagent à offrir aux assurés sociaux le service de la télétransmission des FSE. Les partenaires conviennent que le non-respect des engagements pris par un professionnel en matière de télétransmission entraîne l'application de mesures fixées par les conventions professionnelles.

Les principes qui régissent la télétransmission sont les suivants :

- 1°/ l'engagement du professionnel conventionné à la télétransmission sous réserve que la convention ou le RCM applicable à sa profession ait prévu un dispositif d'indemnisation, définissant les modalités de la participation financière de l'Assurance Maladie aux frais engagés par les professionnels de santé pour la télétransmission.
- 2°/ la liberté de choix par le professionnel du matériel qui doit respecter certains règles, telles que se doter de la carte de professionnel de santé, s'équiper d'un module d'élaboration et de transmission des FSE conforme au cahier des charges SESAM-Vitale et s'assurer que le matériel utilisé répond globalement aux spécifications SESAM-Vitale.
- 3°/ l'obligation de maintenance
- 4°/ la liberté de choix du réseau. Lorsque le professionnel passe par un organisme concentrateur, ce dernier doit respecter des garanties relatives à la confidentialité du service, à la liberté de choix du professionnel, à la neutralité, à la qualité de service et au cahier des charges de SESAM-Vitale.
- 5°/ le respect des dispositions juridiques applicables aux informations électroniques
- 6°/ la gestion des retours d'informations ;
- 7°/ le traitement des incidents.

Ces principes font l'objet de développements dans le cadre des conventions professionnelles.

b/ Indemnisations

La télétransmission des feuilles de soins (FSE) sécurisées fait l'objet de différentes indemnisations à la charge de l'assurance maladie, qui sont attribuées, selon un calendrier et de montants déterminés dans les conventions professionnelles. Sur la base des schémas décrits ci-après.

Une participation de l'assurance maladie aux frais de démarrage peut être attribuée au professionnel qui débute la télétransmission. Une participation complémentaire peut être attribuée lorsque le professionnel commence à réaliser une partie des FSE à partir d'un matériel portable au domicile des patients.

Une participation de l'assurance maladie aux frais de télétransmission est attribuée de manière pérenne aux professionnels qui assurent un certain niveau de télétransmission sur l'année civile. Les modalités de versement sont adaptées en fonction des modalités de facturation de la profession.

Pour les professionnels et facturant des séries d'actes, la participation est versée forfaitairement lorsque la part d'activité télétransmise est égale ou supérieure à une certaine proportion.

Pour les professionnels relevant du présent accord et établissant plutôt majoritairement une feuille par acte, un montant unitaire de participation par FSE transmise à la caisse est fixé et versé dans la limite d'un plafond maximal d'aide déterminé en nombre de FSE. Une dégressivité de cette aide peut être envisagée.

Les modalités de détermination des participations devront évoluer dans un cadre interprofessionnel pour permettre le versement aux professionnels d'un forfait reprenant tous les éléments constitutifs des participations à la télétransmission.

Les professionnels, conscients de la nécessité d'assurer une télétransmission de qualité au service des assurés sociaux et de maintenir cette qualité dans le temps, assurent la couverture de l'ensemble des composants de leur équipement informatique concourant à la création et à la télétransmission de FSE, y compris du dispositif de lecture, par un contrat de maintenance couvrant les dysfonctionnements et les mises à jour. Ce contrat de maintenance permet au professionnel notamment de respecter les délais réglementaires de transmission des FSE. Une participation forfaitaire à la maintenance, dont le montant et les modalités de versement sont définis par les conventions professionnelles apporte une contribution à ce surcoût.

3) Frais de déplacement

Le montant des indemnités de frais de déplacement est déterminé, dans les conventions professionnelles, en cohérence avec les objectifs énoncés dans le préambule du présent accord.

Chapitre III- DU PARTENARIAT CONVENTIONNEL

1 – Instances conventionnelles interprofessionnelles

A) Commission conventionnelle interprofessionnelle nationale

Il est institué une Commission interprofessionnelle nationale composée paritairement selon les modalités décrites au C) ci-dessous.

Le fonctionnement de l'ACIP est réglé par cette commission. Cette dernière exerce un rôle de d'orientation et de coordination en assurant, en permanence l'animation des instances, le suivi des différents aspects de la vie de l'accord interprofessionnel et la conduite des études nécessaires aux adaptations à lui apporter.

B) Commissions conventionnelles interprofessionnelles régionales

Il est institué dans chaque région administrative, une commission interprofessionnelle paritaire composée conformément aux dispositions du C).

C) Règles communes de fonctionnement

a) Composition

Les commissions interprofessionnelles paritaires sont toutes constituées de deux sections de 4 membres chacune :

▪ Les membres titulaires

➤ Section professionnelle

La section professionnelle désigne les membres titulaires la représentant, au plus tard dans les trois mois suivant la date d'entrée en vigueur de l'ACIP.

➤ Section sociale

La section sociale désigne les membres titulaires la représentant, au plus tard dans les trois mois suivant la date d'entrée en vigueur de l'ACIP.

▪ Les membres suppléants

Chaque section peut désigner des suppléants dans la limite du nombre de titulaires.

▪ Conseillers techniques

Chaque section peut se faire assister de conseillers techniques ayant une voix consultative.

▪ Alternance de la présidence

Chaque section désigne un Président Qui devient par période d'un an, alternativement Président et Vice-Président de l'instance. .

b) Fonctionnement

▪ Les réunions

Cette instance paritaire se réunit au moins deux fois par an.

La réunion est de droit si elle est demandée par le Président ou le Vice-Président, ou par une des sections.

L'ordre du jour est établi par le Président et le Vice-président. Les convocations sont adressées par le secrétariat au moins 15 jours avant la date de la réunion sauf urgence.

▪ Tenue du secrétariat

Le secrétariat est tenu par période d'un an, par l'un des trois régimes d'assurance maladie, ou par la section professionnelle. Il assure toutes les tâches administratives de l'instance (convocations, compte-rendu des débats, envoi des procès verbaux)

▪ **Délibération**

La commission ne peut délibérer valablement qu'à parité de ses membres. En outre, il est nécessaire que la moitié au moins d'entre eux assiste à la séance.

Dans le cas où le quorum ne serait pas atteint, la commission est convoquée à nouveau dans un délai de 15 jours avec le même ordre du jour.

Aucune exigence de quorum n'est alors requise à condition que la commission demeure paritaire.

▪ **Conditions de vote**

La commission se prononce à la majorité des voix. En cas de partage égal des voix et s'il n'est pas présenté de proposition transactionnelle, la décision est remise à une séance ultérieure.

En cas d'absence, les membres de la commission peuvent, soit donner délégation de vote à un autre membre de la même section (dans ce cas, aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation) soit se faire représenter par un membre suppléant.

Les délibérations de la commission sont constatées par des procès verbaux conservés au secrétariat et signées par le président et le vice-président. Ces procès verbaux sont adressés à chaque membre titulaire de la commission.

▪ **Indemnité de vacation**

Les représentants du CNPS perçoivent une indemnité de vacation par réunion (dont le montant reste à déterminer) dans la limite de deux réunions au maximum par jour. Ils perçoivent d'autre part une indemnité de déplacement dans les conditions prévues pour les administrateurs des caisses du régime général.

▪ **Carence**

Les partenaires reconnaissent qu'il y a situation de carence dans les cas suivants :

a) Non-installation de l'instance, dans le délai de trois mois à compter de la date d'entrée en vigueur de l'accord, résultant :

- de l'absence de désignation des membres des instances par l'une ou l'autre section
- ou de l'insuffisance du nombre de titulaires ou membres suppléants désignés dans l'une ou l'autre section de l'instance, au regard du nombre de sièges prévu dans le texte conventionnel.

Dans cette situation, la section constituée informe l'instance nationale qui s'efforce de proposer une solution à cette situation de carence. Passé un délai de deux mois, les travaux qui relèvent de l'instance régionale sont alors assurés par la section constituée et ce, jusqu'à ce qu'un accord soit trouvé. Toutefois, en cas d'insuffisance du nombre de membres pour constituer la section, il peut être fait appel à des représentants issus d'une région limitrophe.

b) En cas de dysfonctionnement :

Non-tenu de réunion résultant de l'incapacité répétée (plus d'une fois) des sections de l'instance, soit à fixer une date de réunion, soit à arrêter un ordre du jour commun, soit à atteindre le quorum à une réunion ayant donné lieu à convocation officielle, du fait de l'une ou l'autre section de l'instance.

Dans les cas a et b, la section à l'origine de la situation de carence est invitée par le président ou le vice-président à prendre toute disposition pour remédier à la situation.

Le constat de carence est dressé par le secrétariat de l'instance. Le constat est adressé à l'instance nationale qui s'efforce de proposer une solution à cette situation de carence.

Si aucune solution n'est intervenue dans les deux mois suivant le constat, la section n'étant pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à cette instance jusqu'à ce qu'il soit remédié à la situation de carence.

c) Refus, par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour nécessitant délibération.

Lorsque la carence résulte du refus de voter un point inscrit à l'ordre du jour, le constat de carence ne porte que sur ce point. Ce constat est transmis à l'instance nationale qui se détermine sur ce point en lieu et place de l'instance régionale.

2 – Principes applicables aux instances conventionnelles professionnelles

▪ Alternance de la présidence

Chaque instance professionnelle désigne un Président et un vice-président. Ils sont choisis alternativement par période d'un an parmi les représentants des sections professionnelle et sociale. Le Président et le Vice-président ne doivent pas appartenir à la même section.

▪ Carence

Les dispositions des conventions professionnelles relatives à la carence seront harmonisées ou intégrées afin que le mode de règlement de ces situations soit identique pour toutes les instances.

▪ Missions

Relèvent des instances conventionnelles les sujets que les lois d'habilitation confient aux conventions.

Chapitre IV – DES ENGAGEMENTS DES PARTENAIRES

Le contrat que constitue l'ACIP comporte des engagements respectifs des professionnels et des caisses.

1 – Règlement conventionnel minimum

Les partenaires s'engagent à demander conjointement aux ministres concernés que lorsque des RCM seront élaborés, leurs dispositions soient cohérentes avec le contenu et les engagements de l'ACIP puisque l'absence de convention catégorielle pour une profession n'interdit pas à un professionnel de maintenir son adhésion à l'ACIP.

Le tarif d'autorité est applicable aux seuls professionnels ayant volontairement choisi d'exercer hors convention ou hors règlement conventionnel minimum ou aux professionnels concernés par une mesure de déconventionnement.

2 – Contrats et accords définis par les conventions

Les partenaires s'engagent à ce que les accords qui seront mis en œuvre dans le cadre des dispositions issues de la loi du 6 mars 2002 (L. 162-12-17 ; L. 162-12-18 et L. 12-12-20 du Code de la sécurité sociale) ne remettent pas en cause le contenu de l'ACIP.

Ces accords et contrats sont des annexes aux conventions professionnelles et/ou à l'ACIP. Et lorsqu'ils concernent plusieurs exercices professionnels, l'ensemble des acteurs doit être associé à leur élaboration.

Les parties au présent accord s'engagent également à favoriser le développement de ces nouveaux outils dans toutes les conventions catégorielles.

3 – Engagements des caisses

Conscientes de l'importance de la part prise par les organisations représentatives des professionnels de santé dans la réalisation d'un partenariat conventionnel équilibré, les caisses nationales participent selon les modalités fixées dans une convention de financement aux frais de formation des représentants des sections professionnelles de l'ensemble du système conventionnel.

Les caisses nationales peuvent avoir recours autant que de besoin à des sages-femmes et auxiliaires médicaux pouvant compléter l'éclairage de l'Assurance Maladie sur les spécificités de chacune de ces pratiques professionnelles.

- Correspondants identifiés

Les caisses proposent de mettre en place un dispositif permettant à chaque professionnel engagé contractuellement avec elles de bénéficier d'un correspondant médical et d'un correspondant administratif identifiés.

- Délais de paiement

Conscientes de l'importance pour les professionnels du respect des délais de paiement lorsqu'ils se trouvent en procédure de dispense d'avance des frais, les caisses proposent de fixer un délai de paiement à compter de la réception de la feuille de soins de :

∑	30 jours pour les feuilles de soins papier,
∑	8 jours pour les FSE.

Des mesures qui restent à définir seront appliquées en cas de non respect de ces délais.

• **Harmonisation des règles concernant les DOM**

Les parties signataires proposent d'harmoniser progressivement l'ensemble des dispositions conventionnelles en matière d'honoraires et de frais accessoires spécifiques aux professionnels exerçant dans les Départements d'outre Mer.

5 – Engagements des professionnels

Les professionnels de santé s'engagent notamment à :

- Σ Respecter les modalités de facturation de leurs actes ;
- Σ Participer à des actions de formation continue, à l'appropriation des référentiels, et l'évaluation de leur pratique ;
- Σ Participer au suivi des dépenses de leur profession ;
- Σ Télétransmettre dans le cadre de SESAM-Vitale ;
- Σ faire bénéficier, dans les cas prévus par les conventions, les assurés des dispositifs de DAF ;
- Σ Respecter les conditions conventionnelles d'exercice et les engagements conventionnels

Une étude sera réalisée par les instances conventionnelles sur les modalités d'une globalisation des différentes aides à la télétransmission.

Les partenaires décident de la mise en place d'un groupe de travail chargé de faire des propositions sur la fiscalité des aides versées aux professionnels.

Chapitre V – DU PARTAGE DE L'INFORMATION

1 - Echange d'informations

▪ Amélioration du partage d'information.

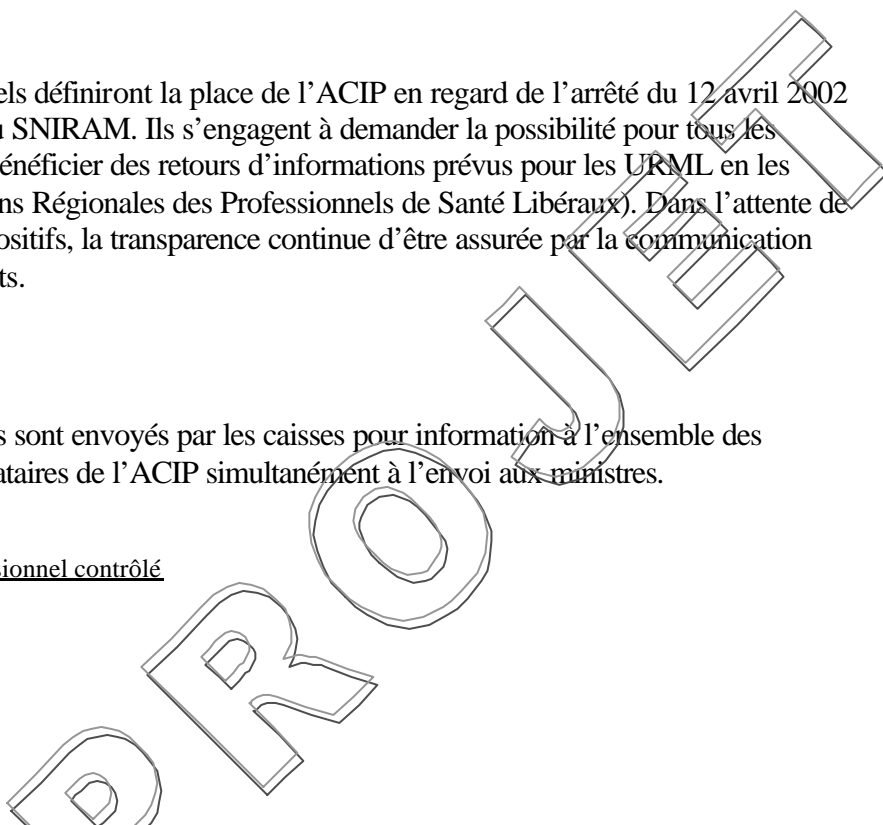
➤ SNIRAM

Les partenaires conventionnels définiront la place de l'ACIP en regard de l'arrêté du 12 avril 2002 relatif à la mise en œuvre du SNIRAM. Ils s'engagent à demander la possibilité pour tous les professionnels de santé de bénéficier des retours d'informations prévus pour les URML en les étendant aux URPSL (Unions Régionales des Professionnels de Santé Libéraux). Dans l'attente de la mise en place de ces dispositifs, la transparence continue d'être assurée par la communication de ces données aux syndicats.

➤ Annexes tarifaires

Les avenants conventionnels sont envoyés par les caisses pour information à l'ensemble des syndicats représentatifs signataires de l'ACIP simultanément à l'envoi aux ministres.

➤ Notice d'information du professionnel contrôlé



Les parties signataires s'engagent à élaborer une notice d'information à visée pédagogique sur les droits et les obligations des partenaires conventionnels, que les caisses fourniront aux professionnels lorsqu'ils font l'objet d'un contrôle.

➤ Plates-formes d'informations au service des professionnels

Dans le cadre du projet des plates-formes de services, les caisses d'assurance maladie s'engagent à mettre à disposition dans les mois qui viennent une information sur les préoccupations récurrentes des professionnels de santé (Conventionnement, conditions d'installation...).

• **Actions en direction des assurés**

Les parties signataires s'engagent à développer conjointement des actions d'information des patients.

CHAPITRE VI - DE LA QUALITE

1- Formation continue interprofessionnelle

Afin de contribuer à l'amélioration de la coordination des soins, la commission conventionnelle interprofessionnelle nationale peut déterminer des thèmes réservés à des actions de formation interprofessionnelle.

Ces actions feront l'objet d'un cahier des charges défini par cette même instance.

Les parties signataires mandatent un organisme gestionnaire interprofessionnel pour assurer la diffusion de ce programme annuel de formation sous la forme d'un appel d'offres auprès des différents organismes de formation agréés.

L'ensemble des réponses à l'appel d'offres est déposé auprès de l'organisme gestionnaire et dûment enregistré par une commission d'ouverture des plis.

Les projets d'actions sont ensuite transmis à un Conseil National Scientifique créé auprès de la commission conventionnelle interprofessionnelle, afin qu'il apprécie la valeur scientifique et pédagogique des actions.

La commission conventionnelle interprofessionnelle agréée les actions qui seront financées parmi les actions validées par le Conseil Scientifique.

Financement des actions

Ces actions sont financées par les caisses nationales de l'assurance maladie.

Indemnisation des professionnels

Chaque année, le montant et le nombre d'indemnisations versées aux professionnels de santé au titre de la formation continue interprofessionnelle seront fixés par avenant au présent accord conclu avant la fin du premier semestre de l'année précédente.

2 - Réunions interprofessionnelles : groupes de pairs

Les professionnels peuvent se réunir au sein de groupes locaux d'échanges sur leurs pratiques. A partir de l'étude commune de cas pratiques concrets, les professionnels y mettent en évidence les voies et moyens susceptibles d'améliorer la qualité et l'efficacité de leurs pratiques.

Un avenant au présent accord définira les modalités de mise en œuvre de ces dispositifs et notamment leur organisation, leurs conditions de fonctionnement et leurs objectifs.

3 - Document médical de liaison et d'échanges

Afin de favoriser la continuité des soins, les signataires de l'accord conviennent d'élaborer dans les six mois suivant l'entrée en vigueur du présent accord, un document médical de liaison et d'échanges pour chaque patient.

4 - Répartition démographique

En matière de répartition de l'offre de soins, les parties signataires décident de confier aux commissions conventionnelles interprofessionnelles régionales les missions suivantes
évaluer les besoins démographiques pour la mise en œuvre des mesures incitatives à l'installation,
établir un bilan annuel par profession transmis à la commission conventionnelle interprofessionnelle nationale visant à l'obtention d'un diagnostic partagé.

5 - Réseaux de santé

Le travail en réseau est une étape complémentaire à la constitution de l'équipe de soins qui est l'élément de base de l'interprofessionnalité. Il nécessite une formalisation, le respect de protocoles et un engagement des professionnels de santé. Dans cette perspective, les signataires du présent accord estiment indispensable une concertation entre les partenaires conventionnels régionaux et les autorités compétentes en matière d'agrément des réseaux de santé, en particulier les Urcam.

6 - Prévention

Les partenaires conviennent de la constitution d'un groupe de travail qu'ils installeront dans les mois suivant l'entrée en vigueur du présent accord, chargé d'élaborer des contrats de santé publique interprofessionnels en privilégiant le champ de l'éducation sanitaire et celui des dépistages des certaines pathologies

7 - Accords et contrats

Les partenaires conviennent d'élaborer :

- des Accords de Bon Usage des Soins interprofessionnels reposant sur des protocoles,
- des contrats comportant des engagements sur les pratiques professionnelles,
- et des contrats de santé publique.