

ANNEXE XV

FORMATON PROFESSIONNELLE CONVENTIONNELLE

Remarque préliminaire

Les agréments des organismes et actions de formation professionnelle conventionnelle (FPC et d'évaluation des pratiques professionnelles), prononcés par le CPN-FPC au titre de la campagne 2011 et notifiés par l'organisme gestionnaire conventionnel (OGC) définie l'article L. 162-5-12 du code de la sécurité sociale à la date d'entrée en vigueur de la présente convention sont maintenus.

Les instances assurant la gestion de la formation continue conventionnelle sont associées de manière transitoire à la mise en place du dispositif de DPC durant la période d'installation des nouvelles instances devant assurer l'organisation dudit DPC.

A compter de la date d'entrée en vigueur du dispositif de DPC prévu par les textes réglementaires, les dispositions relatives à la FPC cessent de s'appliquer.

Les parties signataires affirment leur souhait de s'engager dans la mise en œuvre du dispositif du DPC en tant qu'il permet l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Dans le respect du cadre réglementaire organisant le DPC, elles souhaitent engager une réflexion visant à proposer des orientations relatives notamment à la valorisation de la qualité des pratiques médicales en cohérence avec les engagements de la présente convention.

La présente annexe fixe les modalités pratiques relatives à la formation professionnelle conventionnelle applicables jusqu'à la mise en place du DPC.

Article 1^{er}

La finalité de la Formation Professionnelle conventionnelle

Le dispositif de FPC accompagne les orientations de la convention et notamment les objectifs sur la valorisation de la qualité des pratiques médicales et l'efficacité de la prise en charge.

Il permet aux médecins d'adapter leur pratique à un exercice actualisé de la médecine et concourt ainsi à la qualité des soins et à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Il propose aux médecins libéraux conventionnés trois types d'actions de formation :

- des actions visant spécifiquement les médecins généralistes ;

- des actions visant spécifiquement les médecins spécialistes ;
- des actions rassemblant des médecins généralistes et des médecins spécialistes.

Les orientations de la formation professionnelle conventionnelle des médecins libéraux sont définies par la Commission Paritaire Nationale et portent notamment sur :

- l'approfondissement d'une démarche qualité axée sur la « médecine fondée sur les faits probants » ;
- le développement de l'évaluation des pratiques en concertation avec la Haute Autorité de Santé ;
- l'amélioration de la pratique médicale sur les priorités conventionnelles ;
- l'accompagnement des médecins dans leurs missions de soins, dans le respect des objectifs prioritaires de santé publique définis par les pouvoirs publics et les partenaires conventionnels ;
- les questions relatives à l'organisation du système de soins ;
- l'économie de la santé et la prise en compte des conséquences économiques de la pratique médicale ;
- l'informatique médicale.

Article 2

Les Instances de la FPC

La CPN installe un comité paritaire national de formation professionnelle conventionnelle et un conseil scientifique de la formation professionnelle conventionnelle.

2.1. Comité Paritaire National de Formation Professionnelle Conventionnelle

2.1.1. Composition

Le CPN FPC est composé de 20 membres titulaires, dont :

Section professionnelle : 10 membres (5 médecins généralistes et 5 médecins spécialistes) désignés dans les conditions définies pour la désignation des membres de la CPN;

Section sociale : 10 représentants de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie signataire de la convention avec :

- Pour le Régime général : 2 administratifs, 2 conseillers, 4 médecins conseils.
- Pour le Régime agricole : 1 représentant.
- Pour le Régime social des indépendants : 1 représentant.

Pour chaque titulaire, un suppléant est également nommé.

Le président du Conseil scientifique de la FPC, le président de l'organisme gestionnaire conventionnel, et un membre désigné par la Haute Autorité de Santé participent aux réunions du CPN-FPC avec voix consultative.

2.1.2. Missions

Sous l'égide de la CPN, le CPN-FPC est chargé de mettre en oeuvre le dispositif de FPC.

En collaboration avec l'organisme gestionnaire conventionnel et le conseil scientifique :

- il arrête chaque année les thèmes de formation, qui doivent être en rapport avec les thèmes conventionnels et avec les objectifs de la loi de santé publique ;
- il prépare les appels à projet vers les organismes de formation ;
- il rédige les cahiers des charges ;
- il définit les critères d'agrément des organismes et des actions de formation ;
- il agréé les organismes et les actions de formation après avis du conseil scientifique ;
- il évalue le dispositif mis en place.

2.2. Conseil Scientifique de la Formation Professionnelle Conventionnelle

2.2.1. Composition

Le Conseil scientifique de la Formation Professionnelle Conventionnelle est le conseiller scientifique et pédagogique du CPN-FPC.

Ce conseil est constitué de 20 médecins experts permanents, choisis par le CPN-FPC sur des listes pour leur compétence en matière de formation médicale, dont :

- 3 médecins généralistes et 3 médecins spécialistes proposés par l'ensemble des sociétés savantes,
- 3 médecins généralistes et 3 médecins spécialistes proposés par les Médecins Conseils Nationaux de l'UNCAM,
- 6 représentants de l'Université, dont 3 médecins généralistes et 3 médecins spécialistes, comprenant pour moitié des doyens des Universités de médecine et pour moitié des enseignants désignés par la Conférence des Doyens

Un membre désigné par la Haute Autorité de Santé, siégeant avec voix consultative.

Les experts permanents peuvent faire appel à des experts correspondants, figurant sur une liste nationale entérinée par le CPN FPC. Ces experts sont nommés selon les mêmes modalités que les

experts permanents : un tiers de médecins désignés par l'ensemble des sociétés savantes, un tiers par les Médecins Conseils Nationaux de l'UNCAM, un tiers par les représentants de l'Université.

Le Conseil Scientifique met en place des groupes de travail qu'il juge nécessaires, en particulier pour traiter des formations spécifiques aux médecins généralistes, des formations spécifiques aux médecins spécialistes, et des formations mixtes.

En cas de vacance d'un poste, il est procédé au remplacement.

Le secrétariat du Conseil est tenu par l'Organisme gestionnaire conventionnel

2.2.2. Missions

Le conseil scientifique donne un avis au CPN FPC pour l'agrément des organismes de formation souhaitant organiser des actions de formation professionnelle conventionnelle. Cet avis porte sur les compétences pédagogiques et scientifiques des organismes. Il s'impose au CPN FPC qui ne peut agréer que les organismes de formation ayant fait l'objet d'un avis favorable du conseil scientifique.

Le conseil scientifique procède à la validation scientifique et pédagogique des projets de formation nationaux et régionaux, sur la base des critères qu'il a définis et soumis pour approbation au CPN FPC. Il transmet au CPN FPC les résultats de la validation dans le respect du calendrier arrêté par ce dernier. Ces résultats s'imposent au CPN FPC qui ne peut agréer que les actions de formation ayant été validées sur le plan scientifique et pédagogique par le conseil scientifique.

Le conseil scientifique participe au dispositif d'évaluation dans les conditions prévues infra.

Chacune des missions du conseil scientifique est reprise de manière détaillée dans une lettre de mission rédigée par le CPN FPC.

Article 3

La Composition du conseil de gestion de l'organisme gestionnaire conventionnel

En application des articles L. 162-5-12 et D. 162-1-2 du code de la sécurité sociale, le conseil de gestion, de l'organisme gestionnaire conventionnel comprend en nombre égal des représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et des représentants des organisations syndicales de médecins signataires de la convention.

3.1. Composition

Le conseil de gestion est composé de 20 membres titulaires, dont :

Pour la section professionnelle : 10 représentants des syndicats médicaux signataires de la convention (5 médecins généralistes et 5 médecins spécialistes).

Les sièges sont répartis dans les conditions définies pour la désignation des membres de la CPN.

Pour la section sociale : 10 représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie signataire de la convention avec :

Pour le Régime général : 4 administratifs, 4 conseillers ;

Pour le Régime agricole : 1 représentant ;

Pour le Régime social des indépendants : 1 représentant.

Un nombre identique de suppléants est désigné.

3.2. Missions de l'OGC

Les missions de l'organisme gestionnaire conventionnel sont décrites aux articles L. 162-5-12 et D. 162-1-1 du code de la sécurité sociale.

En particulier, l'organisme gestionnaire conventionnel assure le lancement et la gestion des appels d'offres et transmet, après les avoir enregistrés, les projets présentés par les organismes de formation au conseil scientifique de la FPC chargé de la validation scientifique et pédagogique.

Article 4

Modalités d'évaluation de la formation professionnelle conventionnelle

4.1. Bilan du programme annuel de formation

Dans le cadre de son rapport annuel d'activité, l'organisme gestionnaire conventionnel réalise un bilan du programme annuel de formation permettant aux parties signataires d'apprécier notamment le coût et les conditions de réalisation matérielle des actions organisées et de disposer d'éléments relatifs à la nature des formations dispensées et aux médecins formés.

L'OGC transmet le bilan du programme annuel de formation au CPN FPC.

4.2. Evaluation pédagogique et scientifique des actions

Le conseil scientifique est chargé de l'évaluation pédagogique et scientifique des actions dispensées dans le cadre du programme annuel de formation.

Le conseil scientifique apprécie notamment si les organismes de formation ont satisfait aux obligations d'évaluation telles que définies dans les cahiers des charges.

Les résultats de ces évaluations font l'objet d'un rapport annuel d'activité réalisé par le conseil scientifique et transmis au CPN FPC.

4.3. Utilisation du bilan annuel et de l'évaluation des actions

Au vu des résultats du bilan du programme annuel de formation et des évaluations scientifiques et pédagogiques des actions, le CPN FPC met en oeuvre toutes mesures destinées à améliorer la qualité et l'efficacité de la formation professionnelle conventionnelle.

4.4. Evaluation de l'impact de la formation réalisée dans le cadre conventionnel sur la pratique médicale

Les parties signataires engagent des actions d'évaluation de l'impact de la formation sur la pratique médicale qu'elles peuvent confier, après en avoir défini les modalités, à toute instance jugée compétente, et notamment aux commissions paritaires régionales et locales.

Il fixe le rôle du conseil scientifique par une lettre de mission.

Article 5

Les financements

Chaque année, au plus tard le 15 septembre, le montant de la contribution affectée à la FPC pour l'année suivante (prévue par l'article L. 162-5 (14o) du code de la sécurité sociale) est fixé par la CPN sur proposition du CPN-FPC, sous réserve de disposer sur le Fonds des actions conventionnelles visé à l'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale de crédits suffisants.

La contribution annuelle affectée à la formation professionnelle conventionnelle couvre :

- les frais de structure de l'OGC ;
- les indemnités des membres du conseil scientifique de la FPC ;

- le financement des actions de FPC agréées.

Conformément à l'article L. 162-5-12 du code de la sécurité sociale, cette contribution est versée à l'OGC suivant les modalités précisées par la convention de financement entre l'OGC et l'UNCAM.

Les parties signataires réunies en CPN-FPC affectent chaque année le montant de la contribution aux actions de formation professionnelle conventionnelle concernant les médecins libéraux, en déterminant la répartition de la contribution entre médecins généralistes et médecins spécialistes.

Article 6

Indemnisation pour perte de ressources du médecin formé dans le cadre du dispositif de FPC

L'UNCAM s'engage à favoriser la participation des médecins libéraux conventionnés aux actions de formation professionnelle conventionnelle, en permettant le versement à leur profit d'une indemnité compensant la perte de ressources occasionnée par le temps passé en formation.

Chaque année, au plus tard le 15 septembre, le montant de la dotation affectée à l'indemnisation des médecins pour l'année suivante (prévue par l'article L. 162-5 (14°) du code de la sécurité sociale) est fixé par la CPN sur proposition du CPN FPC, sous réserve de disposer sur le fonds des actions conventionnelles visé à l'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale de crédits suffisants.

Conformément à l'article L. 162-5-12 du code de la sécurité sociale, cette dotation est versée à l'OGC suivant les modalités précisées par la convention de financement entre l'OGC et l'UNCAM.

6.1. Champ d'application

Au titre de leur participation à une formation agréée FPC, les médecins peuvent prétendre au versement d'une indemnité quotidienne (hors dimanches et jours fériés) pour perte de ressources, sous réserve de remplir les conditions cumulatives suivantes :

- exercer sous le régime de la présente convention nationale ;
- suivre intégralement une action de formation agréée dans les conditions définies par la présente convention, et d'une durée :
 - soit égale à une journée entière, entendue comme 7 heures de formation effective hors temps de pause et de repas ;
 - soit au moins égale à deux journées entières consécutives ;
 - soit au moins égale à trois journées entières consécutives ou non, pour un cursus de formation selon les modalités du cahier des charges défini par le CPN FPC.

L'indemnisation concerne également les médecins libéraux conventionnés intervenant en tant que formateurs (organisateurs, animateurs, experts) sur toute la durée du séminaire. Les médecins libéraux intervenant au titre d'experts à une formation agréée FPC sont indemnisés au prorata de leur temps d'intervention, sans que cette durée ne soit inférieure à une demi-journée de temps de présence effectif.

6.2. Montant de l'indemnité pour perte de ressources

Le montant de l'indemnité quotidienne pour perte de ressources est fixé à quinze fois la valeur de la consultation de base du médecin (C pour les médecins généralistes, CS pour les médecins spécialistes).

Le montant total de l'indemnisation versée à un médecin ne peut excéder huit journées par an.

6.3. Modalités de versement de l'indemnité de formation

Les indemnités pour perte de ressources sont versées par l'OGC à chaque médecin au vu d'un justificatif, émis en double exemplaire par l'organisme de formation, et comportant les informations suivantes :

- l'identification du praticien ;
- le thème, les lieu et dates de l'action et l'attestation de son agrément dans les conditions visées ci-dessus ;
- la durée de l'action ;
- l'attestation de la participation effective du médecin à l'action de formation.

Le médecin participant adresse à l'OGC un exemplaire du justificatif et conserve l'autre.

ANNEXE XVI

REMUNERATION A LA PERFORMANCE

Article 1^{er}

Modalités de déclenchement des indicateurs d'organisation du cabinet et de qualité de service

Chaque indicateur est ensuite mesuré indépendamment des autres et ne tient pas compte de la taille de la patientèle, à l'exception de l'indicateur « synthèse annuelle ».

La rémunération est calculée pour chaque indicateur.

La mesure de l'indicateur est effectuée sur la base d'un justificatif pour les 4 premiers indicateurs et de la mise à disposition d'une synthèse annuelle par patient pour le dernier.

L'indicateur d'élaboration et de mise à disposition d'une synthèse annuelle par le médecin traitant pour ses patients est pondéré en fonction de la patientèle réelle du médecin traitant.

En cas de besoin, les éléments justificatifs des données déclaratives sont mis à la disposition des praticiens conseils de l'assurance maladie.

L'ensemble des indicateurs du socle organisation et qualité de service est déclenché à la condition préalable que le médecin atteigne un taux de télétransmission en feuilles de soins électroniques (FSE) supérieur ou égal à 75 % et utilise les télé services à un taux annuel supérieur ou égal à 75 % de protocole de soins électronique et d'arrêt de travail dématérialisé.

Article 2

Mesure de la progression et de l'atteinte des objectifs pour les indicateurs portant sur la qualité des pratiques

La rémunération complémentaire, valorisant l'engagement des médecins sur des objectifs de santé publique et d'efficience, tient compte de la progression et de l'atteinte des objectifs du dispositif.

Pour chaque indicateur sont définis un niveau initial, un objectif intermédiaire et un objectif cible :

- Le **niveau initial** du médecin est défini à partir de la situation médicale initiale du médecin au moment de l'entrée en vigueur du dispositif ou au moment de l'adhésion du médecin à la convention lors d'une nouvelle installation (T0),
- L'**objectif intermédiaire** est déterminé en fonction de la distribution actuelle des médecins au regard de cet indicateur, il est commun à l'ensemble des médecins,
- L'**objectif cible** fixé par la convention, est déterminé selon les cas en tenant compte de la loi de santé publique, des recommandations des autorités sanitaires (HAS, AFSSAPS) ou de comparaisons internationales. Il est commun à l'ensemble des médecins.

A chaque date anniversaire, après l'entrée en vigueur du dispositif (T0), le niveau du médecin est constaté pour chaque indicateur pour l'année qui vient de s'écouler.

Afin de prendre en compte la progression et l'atteinte des objectifs, **un taux de réalisation de l'objectif** est calculé pour chaque indicateur.

2.1. Mode de calcul du taux de réalisation annuel par indicateur

Le taux de réalisation est calculé comme suit :

Cas n° 1 : le niveau constaté est strictement inférieur à l'objectif intermédiaire, le taux de réalisation est proportionnel au progrès réalisé, sans toutefois pouvoir excéder 50 %.

Le taux de réalisation annuel du médecin sur l'indicateurs est calculé comme suit :

$$\text{Taux de réalisation} = 50\% * \frac{\text{niveau constaté} - \text{niveau initial}}{\text{objectif intermédiaire} - \text{niveau initial}}$$

Ainsi, dans ce cas, le taux de réalisation du médecin est compris entre 0 % (lorsque le médecin n'a pas progressé à la date de l'évaluation, au regard de son niveau initial à la date d'entrée en vigueur du dispositif) et 50 % (lorsqu'il a progressé jusqu'à atteindre l'objectif intermédiaire)

Cas n° 2 : le niveau constaté est égal ou supérieur à l'objectif intermédiaire, le taux de réalisation est proportionnel au progrès réalisé au-delà de l'objectif intermédiaire, majoré de 50 %.

Le taux de réalisation annuel du médecin sur l'indicateur est calculé comme suit :

$$\text{Taux de réalisation} = 50\% + 50\% * \frac{\text{niveau constaté} - \text{objectif intermédiaire}}{\text{objectif cible} - \text{objectif intermédiaire}}$$

Ainsi, le taux de réalisation dans ce cas, est compris entre 50 % (lorsque le médecin n'a pas progressé au-delà de l'objectif intermédiaire qu'il a atteint) et 100 % (lorsqu'il a réussi à atteindre ou dépasser l'objectif cible).

Cas particulier : pour les indicateurs relatifs aux vasodilatateurs, et aux benzodiazépines à demi-vie longue dont l'objectif est décroissant, le rapport est inversé.

2.2. Mode de calcul du nombre de points par indicateur

Chaque indicateur est valorisé par un nombre de points maximum correspondant à l'atteinte de l'objectif cible, soit un taux de réalisation annuel de 100 %.

Ainsi, le nombre de points calculé par indicateur pour le médecin est obtenu, à partir de son taux de réalisation annuel par indicateur, appliqué au nombre de points maximum de l'indicateur concerné.

Pour un indicateur, valorisé d'un nombre maximum de 20 points, un taux de réalisation par le médecin de 25 % pour cet indicateur correspond à un nombre de points de :

$$20 \times 25 \% = 5 \text{ points}$$

Lorsque le nombre de points n'est pas une valeur entière, le nombre est arrondi au centième.

2.3. Pondération de la patientèle

Le nombre de points est défini pour une patientèle moyenne de référence de 800 patients pour un médecin généraliste traitant. Afin de prendre un compte le volume de la patientèle pour certains indicateurs (organisation du cabinet pour les médecins traitants et indicateurs portant sur la qualité des pratiques), le nombre de points calculé par indicateur est pondéré ensuite selon le volume de la patientèle réelle.

Au total la rémunération est calculée ainsi :

Nombre de points x taux de réalisation pour l'indicateur x (patientèle réelle / 800) x valeur du point

2.4. Accompagnement des premières installations

A COMPLETER

Article 3

Dispositif transitoire pour les médecins adhérant au Contrat défini à l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale

La rémunération relative au contrat défini à l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale et la rémunération à la performance sont déterminées indépendamment l'une de l'autre.

Pour un médecin ayant adhéré au contrat défini à l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale, les modalités de ce contrat et de sa rémunération restent applicables dans les termes définis dans celui-ci jusqu'à son échéance.

Ce médecin obtient, comme précédemment, sa rémunération issue du contrat défini à l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale à la date anniversaire sur la base des résultats obtenus dans le cadre dudit contrat.

Par ailleurs, le médecin bénéficie également de la rémunération à la performance selon des conditions particulières décrites ci-après.

Il peut prétendre à l'ensemble de la rémunération s'agissant des indicateurs portant sur l'organisation et la qualité de service dès lors qu'il remplit les conditions de déclenchement comme définies précédemment. Il reçoit cette rémunération au même moment que l'ensemble des médecins bénéficiant de la rémunération à la performance.

S'agissant des indicateurs portant sur la qualité de la pratique, les résultats obtenus donneront lieu le cas échéant à une rémunération complémentaire si celle-ci est supérieure à celle obtenue dans le cadre du contrat défini à l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale.

En cours de validation

Pour le médecin adhérent au contrat défini à l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale dont la date d'anniversaire est au premier semestre, il perçoit comme précédemment sa rémunération issue du contrat défini à l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale sur la base de ses résultats de l'année glissante n/n-1. Il bénéficie de l'éventuel complément de rémunération correspondant à la différence pour l'année n-1 entre les résultats obtenus par la rémunération à la performance conventionnelle et ceux obtenus pour le contrat défini à l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale. Ce complément est versé au second trimestre de l'année n sur la base des résultats n-1.

Pour le médecin adhérent au contrat défini à l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale dont la date d'anniversaire est au second semestre, il perçoit au 3^{ème} trimestre sa rémunération issue du contrat défini à l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale sur la base de ses résultats de l'année n/n-1. Il bénéficie de l'éventuel complément de rémunération correspondant à la différence pour l'année n entre les résultats obtenus par la rémunération à la performance conventionnelle et ceux obtenus pour le contrat défini à l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale. Ce complément est versé au premier trimestre de l'année n+1 sur la base des résultats de l'année n.

ANNEXE XVII

OPTION DE COORDINATION - FORMULAIRE D'ADHESION

Adhésion à l'option de coordination

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

Identification du médecin

"Je, soussigné(e),

NOM :

Prénom :

N° d'identification :

Secteur conventionnel : DP ☐ Secteur 2 ☐

Adresse du lieu d'exercice principal :

.....

.....

déclare adhérer à l'option de coordination et m'engage à en respecter les dispositions, prévues à l'article [X] de la convention nationale des médecins libéraux de mois 2011."

Cachet du médecin

Fait à

Le

Signature

Accusé de réception de la Caisse

☐ Adhésion enregistrée le, à effet du

☐ Adhésion non enregistrée

Motif:

Cachet de la caisse

| Date

ANNEXE XVIII

PARTICIPATION AUX COTISATIONS SOCIALES DES MEDECINS ADHERANT A L'OPTION DE COORDINATION

Article 1^{er}

Taux de participation des caisses aux cotisations sociales pour les médecins affiliés au régime des PAM

	Taux de participation
Assurance maladie, maternité, décès	9,7%
Allocations familiales	5% dans la limite du plafond de sécurité sociale puis 2,9%
Avantages complémentaires vieillesse	Activité facturée en tarifs opposables sur le total des honoraires, multipliée par le montant de la participation des caisses pour les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables.

Article 2

Taux de participation des caisses aux cotisations sociales pour les médecins affiliés au régime du RSI

	Taux de participation
Assurance maladie, maternité, décès	0,6% dans la limite du plafond de sécurité sociale et de 5,9% dans la limite de cinq fois le plafond de sécurité sociale
Allocations familiales	5% dans la limite du plafond de sécurité sociale puis 2,9%
Avantages complémentaires vieillesse	Activité facturée en tarifs opposables sur le total des honoraires, multipliée par le montant de la participation des caisses pour les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables.

Conformément à l'article L.162-14-1 (5°) du code de la sécurité sociale, le versement de cette participation est subordonné au respect par le praticien ayant adhéré à l'option de coordination des obligations découlant de cette adhésion.

La CPAM, sur appel de l'organisme de recouvrement et après avoir vérifié que le professionnel est adhérent à l'option de coordination et a respecté ses engagements, verse la participation pour le compte de tous les régimes.

La CNAMTS effectue une répartition inter-régimes du montant annuel de la participation des caisses selon la part de chacun des régimes d'assurance maladie dans les dépenses (ONDAM).

ANNEXE XIX

SECTEUR OPTIONNEL – FORMULAIRE D'ADHESION

Version provisoire

Adhésion au secteur optionnel

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

Identification du médecin

Je, soussigné(e)

NOM :

Prénom :

N° d'identification :

Secteur conventionnel :

- ☐ Secteur à honoraires différents
- ☐ Secteur droit à dépassement permanent (DP)
- ☐ Médecins titulaires des titres visés au point [X] de la convention médicale permettant d'accéder au secteur à honoraires différents
- ☐ Médecins titulaires des titres visés au point [X] de la convention médicale permettant d'accéder au secteur à honoraires différents et qui s'installent pour la première fois en exercice libéral

Spécialité médicale :

- ☐ Spécialités de chirurgie
- ☐ Spécialités d'anesthésie-réanimation
- ☐ Spécialités de gynécologie obstétrique

Adresse du lieu d'exercice principal :

.....
.....
.....

déclare mon souhait d'adhérer au secteur optionnel et m'engage à en respecter les dispositions, prévues à l'article [X] de la convention nationale des médecins libéraux de mois 2011."

Cachet du médecin

Fait à

Le

Signature

La mise en œuvre du secteur optionnel et l'enregistrement de votre adhésion ne seront effectifs que s'il est constaté au niveau national par l'UNCAM et les organisations syndicales représentatives signataires de la convention nationale, à l'issue d'une période de 6 mois à compter de l'entrée en vigueur de la convention nationale, que les praticiens issus du secteur à honoraires différents ou remplissant les conditions pour s'installer dans ce secteur sont majoritaires au sein des médecins ayant exprimé leur souhait d'adhérer au secteur optionnel.

Accusé de réception de la Caisse

☐ Adhésion enregistrée le, à effet du

☐ Adhésion non enregistrée
Motif:

Cachet de la caisse

Date

ANNEXE XX

REGLEMENT INTERIEUR TYPE DES COMMISSIONS PARITAIRES

Les dispositions du présent règlement intérieur sont applicables à la commission paritaire nationale, à la commission technique paritaire permanente nationale chargée de la simplification, au comité du fonds des actions conventionnelles, aux commissions paritaires régionales et aux commissions paritaires locales.

Article 1^{er}

Organisation de la commission paritaire nationale, des commissions paritaires régionales et locales

1.1. Secrétariat de la commission

Le secrétariat et les moyens nécessaires au fonctionnement sont mis en place par l'UNCAM pour la CPN, le CTPPN et le comité FAC, par le représentant régional auprès du régime général (coordonnateur) pour la CPR et par l'une des caisses membre de la commission pour la CPL.

Le secrétariat assure les tâches administratives de l'instance.

Il rédige chaque année un bilan d'activité communiqué à l'ensemble des membres des instances avant le 1^{er} janvier de l'année suivante.

1.2. Organisation des réunions des commissions

Les convocations sont adressées par le secrétariat aux membres de la commission au moins un mois avant la date de la réunion, sauf urgence acceptée par le président et le vice-président.

Elles sont accompagnées de l'ordre du jour établi après accord de ces derniers ainsi que des documents utiles, le cas échéant, à l'examen des sujets qui y sont inscrits.

1.3. Composition des commissions

Les sièges de la section professionnelle sont répartis par accord entre les organisations syndicales représentatives des médecins libéraux signataires de la présente convention.

En l'absence d'accord, les sièges sont répartis entre les organisations syndicales représentatives signataires de la présente convention sur la base des derniers résultats nationaux aux élections aux Unions Régionales de Professionnels de Santé mentionnées aux articles L 4031-1 à L 4031-7 du code de la santé publique, en utilisant le quotient électoral constitué par le nombre de voix exprimées recueillies nationalement, divisé par le nombre de siège à pourvoir, la répartition des restes s'effectuant à la plus forte moyenne et chaque organisation syndicale reconnue représentative signataires de la présente convention étant assurée de disposer d'au moins un siège.

Un représentant du conseil de l'ordre des médecins est membre de plein droit de la commission avec voix consultative pour la CPN, CPR et CPL.

Chaque caisse ainsi que chaque organisation syndicale représentée en commission peut faire appel aux experts qu'elles jugent nécessaires. Les membres de la commission et le secrétariat sont informés, au moins une semaine avant la date de la séance, de la qualité des personnes concernées et des points de l'ordre du jour sur lesquels leur compétence est requise. En séance, ils n'interviennent que sur ces points.

Lorsque la commission se réunit pour connaître d'une procédure conventionnelle entreprise à l'encontre d'un médecin, les experts ne sont pas habilités à assister aux délibérations de la commission.

Lorsque la commission se réunit pour connaître d'une procédure conventionnelle entreprise à l'encontre de l'un des membres de la section professionnelle, celui-ci ne peut siéger lors de l'examen de son dossier.

1.4. Présidence des sections et des commissions

La section professionnelle de la commission désigne son président. En cas d'égalité des voix, la présidence est assurée par le plus âgé des candidats ayant obtenu le même nombre de voix.

Le Directeur Général de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie désigne, dans le cadre des fonctions définies aux articles L.182-2-4 et L.182-2-5 du code de la sécurité sociale, le président de la section sociale de chacune des instances parmi les représentants de la direction des organismes de Sécurité Sociale et des établissements publics concernés, membres desdites instances.

La présidence de la commission sera assurée l'année de l'entrée en vigueur de la présente convention par le président de la section professionnelle.

Le président de la section professionnelle et le président de la section sociale assurent, à tout de rôle, par période d'un an en référence à l'année civile, la présidence et la vice-présidence de la commission.

Pour ce faire, au 1^{er} janvier de chaque année, il est procédé automatiquement à l'alternance de la présidence, sans qu'il soit nécessaire que l'instance se réunisse au préalable.

La présidence de plusieurs commissions ne peut être assurée simultanément par la même personne.

Article 2

Délibérations de la commission

La commission ne peut valablement délibérer que lorsque le quorum est atteint et que la parité est respectée.

Le quorum correspond à un nombre de membres présents ou représentés au moins égal à la moitié du nombre des membres composant chacune des sections.

En cas d'impossibilité de siéger, les membres de la commission se font représenter par leurs suppléants ou donnent délégation de vote à un autre membre de la même section. Aucun membre ne peut recevoir plus de deux délégations.

En l'absence de quorum, une nouvelle réunion est convoquée dans un délai de quinze jours. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre de membres présents, sous réserve que la parité soit respectée. Dans le cas où la parité n'est pas respectée, un constat de carence est établi.

Pour les points de l'ordre du jour requérant un vote, la commission se prononce à la majorité simple des voix exprimées. Le nombre de votes est calculé sans tenir compte des bulletins blancs ou nuls ou des abstentions.

En cas de partage des voix, il est procédé à un deuxième vote au cours de la même séance lequel s'établit alors à bulletin secret.

En cas de partage des voix portant sur un avis requis en matière de sanction conventionnelle, l'absence d'accord est acté dans le procès-verbal.

Les délibérations font l'objet d'un relevé de décision établi par le secrétariat de la commission. Il est approuvé et signé par les deux présidents de section de la commission. Il est adressé par mail aux membres de la commission puis soumis à l'approbation des membres à la séance suivante.

Les membres de la commission sont soumis au secret des délibérations dans les conditions prévues par le code pénal.

Article 3

Formation médecin et groupe de travail pour la CPN, les CPR et CPL

La commission peut se réunir en « formation médecins », c'est à dire en sous-commission paritaire composée des membres de la section professionnelle et des médecins conseils des caisses d'assurance maladie membres de la section sociale, notamment lorsqu'il s'avère nécessaire d'entendre un médecin sur sa pratique ou d'examiner des documents comportant des informations à caractère médical concernant des assurés.

La commission met en place les groupes de travail paritaires qu'elle juge nécessaire, en particulier lorsque des problèmes spécifiques à la médecine générale ou à certaines spécialités doivent être traités.

Article 4

Indemnisation des membres de la section professionnelle de la commission

Les membres de la section professionnelle de la commission perçoivent 12C par séance et une indemnité de déplacement.

Les mêmes dispositions s'appliquent aux médecins qui participent aux sous-commissions et aux groupes de travail créés par la commission.

Article 5

Situation de carence de la commission

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

- Défaut de constitution de l'une ou de l'autre des sections dans le délai imparti. Dans ce cas, la section constituée constate la carence et assure seule les missions de la commission.
- Défaut de parité au sein de la commission.
- Dysfonctionnement : non tenue de réunion résultant de l'incapacité répétée (plus d'une fois) des sections soit à fixer une date de réunion, soit à arrêter un ordre du jour commun du fait de l'une ou l'autre section.
- Refus répété (plus d'une fois), par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour.

Dans ces cas, un constat de carence est dressé. Le cas échéant, 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. Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat, la section n'étant pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à la commission jusqu'à ce qu'il soit remédié à cette situation.

ANNEXE XXI

PROCEDURE CONVENTIONNELLE EN CAS DE MANQUEMENT IMPUTABLE A UN MEDECIN

Article 1^{er}

Procédure de sanction

1.1. Procédure préalable d'avertissement

La CPAM qui constate le non respect par un médecin des dispositions de la convention, lui adresse un avertissement par lettre recommandée avec accusé réception. Cet avertissement doit comporter l'ensemble des anomalies reprochées au professionnel. Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de cet avertissement pour modifier sa pratique.

1.2. Relevé de constatation préalable à la convocation de la CPL

Si, à l'issue d'un délai d'au moins un mois à compter de la réception du courrier d'avertissement, il est constaté que le médecin n'a pas modifié sa pratique, la CPAM, pour le compte des organismes des autres régimes de son ressort géographique, communique le relevé des constatations au médecin concerné par lettre recommandée avec accusé de réception, avec copie adressée aux présidents des deux sections de la CPL.

La CPAM procèdera à ce même envoi et la procédure d'avertissement sera réputée effectuée si, dans un délai d'un an suivant la réception du courrier d'avertissement non suivi de sanction, le médecin a renouvelé les mêmes faits reprochés.

Le relevé des constatations détaille les manquements reprochés au médecin, expose les sanctions encourues et précise les délais de réponse et la possibilité d'entretien et de transmission d'observations écrites prévus aux alinéas suivants.

Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de la date de réception du relevé des constatations pour présenter ses observations écrites éventuelles par lettre recommandée avec accusé de réception et être entendu à sa demande par le directeur de la caisse ou son représentant et un praticien conseil du service médical. A cette occasion, le médecin peut se faire assister par un avocat ou un confrère de son choix.

Lorsque les manquements justifient la poursuite de la procédure, la caisse dresse un compte rendu d'entretien signé par le directeur et le médecin et le verse aux débats lors de la réunion de la Commission Paritaire Locale. L'absence de signature du médecin ne fait pas obstacle à la poursuite de la procédure.

1.3. Examen par la commission paritaire locale

Lorsque les manquements reprochés au médecin sont dûment établis, la caisse demande au président de la commission paritaire locale de réunir celle-ci. Cette réunion est de droit. Elle doit se tenir dans un délai maximal de 60 jours à compter de la réception des observations du médecin ou de la tenue de l'entretien ou de l'échéance du délai laissé au médecin pour présenter ses observations ou être entendu par le directeur de la caisse ou son représentant comme visé au paragraphe précédent. Le courrier d'avertissement, le relevé de constatations, les observations du médecin, le compte rendu d'entretien le cas échéant et tout document utile sont joints à l'ordre du jour.

La CPL émet en séance un avis sur la décision à prendre.

L'avis rédigé par le secrétariat de la commission est adressé dans les 15 jours suivant la réunion au Président et au Vice Président. Il appartient à ces derniers de signer cet avis dans les 7 jours suivant sa réception.

A l'issue de ces délais l'avis de la CPL est réputé rendu.

Lorsque la CPL en formation plénière juge nécessaire de recueillir auprès du praticien concerné, des éléments d'information relatifs à sa pratique médicale, le relevé de constatations est transmis à la « formation médecins » de la CPL (article X de la convention). Dans ce cas, la CPL en formation plénière ne rend pas d'avis.

La formation « médecin » doit se réunir dans le mois qui suit la tenue de la réunion de la CPL en formation plénière.

Dans un délai minimal de 15 jours précédant la réunion de la « formation médecin » de la CPL, le médecin est invité par lettre recommandée avec accusé de réception à être entendu par la commission et à fournir les explications qu'il juge utiles. A cette occasion, il peut se faire assister par un confrère ou un avocat de son choix. Il peut envoyer des observations écrites à la commission en « formation médecin » au plus tard 3 jours avant la date de la réunion.

La CPL en « formation médecins » émet en séance un avis sur la décision à prendre.

L'avis rédigé par le secrétariat de la commission est adressé dans les 15 jours suivant la réunion au Président et au Vice Président. Il appartient à ces derniers de signer cet avis dans les 7 jours suivant sa réception.

A l'issue de ces délais l'avis de la CPL en « formation médecins » est réputé rendu.

L'avis rendu par la CPL en formation plénière ou par la « formation médecins » de la CPL est transmis au médecin.

1.4. Décision et notification de la sanction

Une fois l'avis de la CPL rendu ou réputé rendu, le directeur de la CPAM arrête, en concertation avec le directeur de chacun des organismes des autres régimes de son ressort géographique, la décision qui s'impose au médecin et sa date d'application.

Il notifie au professionnel, pour le compte des autres régimes, l'éventuelle mesure prise à son encontre, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Cette notification qui doit être motivée, précise les voies et délais de recours dont dispose le médecin pour contester la décision, ainsi que sa date d'entrée en application. Celle-ci ne peut intervenir qu'après 2 mois à compter de la date de notification. La décision est alors exécutoire sauf cas de recours devant la CPR ou la CPN dans les cas visés à l'article X et dans les conditions de l'article 2 de la présente annexe.

Article 2

Procédure de recours conventionnel

2.1. Dispositif de recours consultatif devant la commission paritaire régionale

2.1.1. Cas d'appel devant la Commission Paritaire Régionale

Lorsqu'un médecin fait l'objet d'une décision de :

- mise hors convention d'une durée inférieure ou égale à un mois ou
- d'une décision de suspension de la prise en charge des cotisations sociales d'une durée inférieure ou égale à 6 mois

il peut saisir la Commission Paritaire Régionale à titre de commission d'appel.

Lorsque la "formation médecins" de la CPL a rendu un avis, la "formation médecins" de la Commission Paritaire Régionale est saisie à titre de commission d'appel.

2.1.2. Délai et modalités de saisine

La saisine par le médecin doit intervenir dans un délai de 2 mois suivant la date de réception de la notification de la décision de sanction.

Elle est adressée par lettre recommandée avec accusé de réception au président de la Commission Paritaire Régionale.

2.2. Dispositif de recours consultatif devant la commission paritaire nationale

2.2.1. Cas d'appel devant la Commission Paritaire Nationale

Lorsqu'un médecin fait l'objet d'une décision de :

- mise hors convention d'une durée supérieure à un mois ou
- d'une décision de suspension de la prise en charge des cotisations sociales d'une durée supérieure à 6 mois

il peut saisir la CPN à titre de commission d'appel.

Lorsque la "formation médecins" de la CPL a rendu un avis, la "formation médecins" de la CPN est saisie à titre de commission d'appel.

2.2.2. Délai et modalités de saisine

La saisine par le médecin doit intervenir dans un délai de 2 mois suivant la date de réception de la notification de la décision de sanction.

Elle est adressée par lettre recommandée avec accusé de réception à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, au secrétariat de la commission paritaire nationale des médecins.

2.3. Dispositions communes au recours consultatif devant la commission paritaire régionale et devant la commission paritaire nationale

2.3.1. Appel suspensif

La saisine de la commission paritaire nationale ou de la commission paritaire régionale suspend l'application de la sanction.

Le secrétariat de la commission d'appel informe du recours la caisse primaire d'assurance maladie ayant prononcé la sanction.

2.3.2. Réunion de la commission d'appel

La commission d'appel doit se réunir dans les 60 jours à compter de la réception de sa saisine sur pièces.

La commission d'appel se prononce sur pièces.

La commission émet un avis en séance.

L'avis rédigé par le secrétariat de la commission est adressé dans les 15 jours suivant la réunion au Président et au Vice Président. Il appartient à ces derniers de signer cet avis dans les 7 jours suivant sa réception.

A l'issue de ces délais l'avis de la commission d'appel est réputé rendu.

2.3.3. Avis de la Commission d'appel

La commission d'appel donne un avis sur la qualification des faits ainsi que la nature et la durée de la sanction notifiée.

La commission d'appel a la possibilité d'émettre une proposition de sanctions.

Il s'agit d'un avis simple qui ne lie pas les directeurs des caisses.

2.3.4. Notification de l'avis rendu par la commission d'appel

L'avis de la commission d'appel est motivé. Il est transmis au médecin qui l'a saisie ainsi qu'aux directeurs des caisses qui ont décidé de la première sanction notifiée par courrier avec accusé de réception dans un délai de 30 jours suivant la date de réunion de la commission.

2.3.5. Notification de la décision par les caisses à l'issue du recours consultatif

A l'issue du recours consultatif devant la commission d'appel, les directeurs des caisses qui ont décidé de la première sanction peuvent alors décider de :

- Modifier la sanction initiale afin de tenir compte des éléments nouveaux apportés par la commission d'appel.
- Maintenir la sanction initiale.

La décision définitive est notifiée au médecin, pour le compte des autres régimes, par le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie, par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai de 30 jours à compter de la réception de l'avis de la commission d'appel.

Cette notification précise les voies et délais de recours dont dispose le médecin pour contester la décision devant la juridiction compétente, ainsi que la date d'application de celle-ci.

Article 3

Procédure exceptionnelle de déconventionnement

En cas de violation particulièrement grave des dispositions législatives, réglementaires ou des engagements conventionnels justifiant le dépôt d'une plainte pénale par l'organisme de sécurité sociale en application du 3^{ème} alinéa de l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale et entraînant un préjudice financier dépassant cinq plafonds mensuels de la sécurité sociale, le directeur de la caisse du lieu d'exercice du professionnel peut décider de suspendre les effets de la convention, après accord du directeur général de l'UNCAM ou de son représentant désigné à cet effet.

Cette suspension provisoire ne peut excéder trois mois.

Préalablement au prononcé de la suspension, le directeur de la caisse notifie au professionnel, par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, les faits reprochés et la suspension envisagée.

Le professionnel dispose d'un délai de quinze jours à compter de la réception de la notification pour demander à être entendu, assisté le cas échéant de la personne de son choix, pour présenter ses observations.

Après réception des observations écrites ou après l'audition du professionnel ou à l'issue du délai de quinze jours, le directeur de la caisse dispose d'un délai de quinze jours pour notifier la suspension au professionnel par une décision motivée. A défaut, la procédure est réputée abandonnée.

Simultanément, le directeur de la caisse engage une procédure de déconventionnement dans les conditions définies au chapitre 1 et 2. Le préalable de l'avertissement décrit au chapitre 1 de la présente annexe ne s'applique pas à cette procédure.

Le professionnel dont le conventionnement a été suspendu peut exercer un recours en référé contre la décision du directeur de la caisse devant le tribunal administratif.