

Date :
12/11/1999

Origine :
DDRI
AC

Réf. :
DDRI n° 65/1999
AC n 32/1999
 n /
 n /

MMES et MM les Directeurs

- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générale de Sécurité Sociale
- des Union Régionalesdes Caisses d 'Assurance Maladie

(Pour Attribution)

Plan de classement :

22	220				
----	-----	--	--	--	--

Titre :

Subventions individuelles relatives aux actions d'accompagnement à
à l'informatisation des médecins libéraux (Type SOS Médecins)

Résumé :

Dispositif de règlement des subventions individuelles relatives aux
actions d'accompagnement à l'informatisation des médecins libéraux
ayant exclusivement une activité de médecin d'urgence
(type SOS Médecins)

Pièces jointes : 2

Liens :

Date d'effet :

Dossier suivi par:

Téléphone :

Date de Réponse :

Céline MASSIP (DDRI) - Jean Jacques DRAY (AC)

01/42/79/33/99

01/42/79/36/87

**Direction Déléguée aux Risques
Agence Comptable**

12/11/1999

MMES et MM les Directeurs

Origine :
DDRI
AC

- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale
- des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie

(Pour Attribution)

N/Réf. : DDRI n° 65/1999 – AC n° 32/1999

Objet : Dispositif de règlement des subventions individuelles relatives aux actions d'accompagnement à l'informatisation des médecins libéraux ayant une activité de médecin d'urgence (type SOS Médecins)

Lors de sa séance du 24 juin 1999, le Comité de Gestion du Fonds de Réorientation et de Modernisation de la Médecine Libérale a reconsidéré la position qu'il avait adoptée lors de sa séance du 16 décembre 1997 et par laquelle les médecins appartenant à des organisations de type SOS Médecins avaient été déclarés non éligibles à l'aide accordée au titre de l'accompagnement à l'informatisation des cabinets médicaux.

Le décret du 18 avril 1997, complété par celui du 11 mars 1998, offre la faculté au Comité de Gestion du FORMMEL de déterminer les modalités et les délais de versement de l'aide à l'informatisation.

En application des textes précités et au regard des évolutions technologiques, le Comité de Gestion du FORMMEL a décidé de permettre aux médecins ayant une activité de médecine d'urgence dispensée hors cabinet et établissement de bénéficier du dispositif d'aide individuelle de 9 000 Francs, originellement destiné aux seuls médecins libéraux exerçant en cabinet. Cette décision a été prise sous réserve des conditions suivantes :

- Les médecins doivent avoir exercé leur activité de médecine d'urgence au cours de la période d'octroi de l'aide aux médecins libéraux exerçant en cabinet, soit entre le 15 novembre 1997 et le 31 mars 1998 au plus tard.
- Les médecins doivent exercer leur activité de médecine d'urgence à la date de signature du contrat d'aide, et au plus tard le 31 décembre 1999.

Conformément au décret du 18 avril 1997, les actions d'accompagnement peuvent prendre la forme d'une aide financière exceptionnelle dont la décision d'attribution s'effectue au vu d'un engagement du professionnel demandeur. C'est pourquoi un contrat d'aide à l'informatisation est également prévu pour cette catégorie de médecins.

Tout en s'inspirant du contrat adressé aux médecins libéraux exerçant en cabinet, le contrat type (joint en annexe), validé par le comité de gestion du FORMMEL lors de sa séance du 15 septembre 1999, a été adapté à leurs particularités d'exercice.

Ce contrat fixe les engagements respectifs de l'assurance maladie et du médecin signataire, par lequel celui-ci s'engage à disposer d'un matériel et de logiciels adéquats et à réaliser un taux prédéfini de télétransmissions. Ce contrat n'est en aucun cas modifiable par les cocontractants.

Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie et les Caisses Générales de Sécurité Sociale sont appelées à adresser le contrat aux professionnels de santé concernés et à mettre en œuvre le dispositif d'octroi de l'aide financière dans leur circonscription.

La présente circulaire a pour objet de fixer les conditions juridiques, administratives, financières et comptables nécessaires à cette opération.

1. LES MODALITES ADMINISTRATIVES

1.1 – Le champ d’application de l’aide à l’informatisation

1.1.1- L’identification des médecins destinataires du contrat

Chaque Caisse Primaire d’Assurance Maladie et chaque Caisse Générale de Sécurité Sociale doit identifier les médecins destinataires de l’aide à l’informatisation.

– Conditions d’exercice : le médecin doit exercer exclusivement une activité de médecine d’urgence dispensée hors cabinet et établissement. Se trouvent ainsi exclus du bénéfice de l’aide à l’informatisation les médecins appartenant à une structure hospitalière (centre 15, SAMU...).

– Conditions de dates et de durée d’activité : le médecin doit avoir exercé l’activité précitée au cours de la période située entre le 15 novembre 1997 et le 31 mars 1998 et exercer cette même activité à la date de la signature du contrat.

Afin de faciliter l’identification des médecins bénéficiaires, votre organisme pourra utilement recenser toutes les structures de type SOS médecins constituées dans le ressort de votre circonscription et adresser le contrat individuel à chacun des praticiens relevant de ces structures, dès lors que ceux-ci remplissent les conditions énoncées ci-après.

L’identification des médecins concernés par ce dispositif d’aide à l’informatisation doit se faire sur la base du SNIR, au moyen d’une requête SIAM. Le contrat individuel devra être adressé aux médecins pour lesquels 85% au moins des actes principaux sont cotés en V.

(Méthodologie : votre organisme doit établir le rapport V/V+C d’une part, sur la période précédant l’envoi du contrat et, d’autre part, sur la période courant du 15 novembre 1997 au 31 mars 1998 et retenir comme bénéficiaires de la subvention les seuls médecins atteignant un taux égal ou supérieur à 85%. Lors de cette identification, il convient de ne pas exclure les médecins dont le nombre de C est égal à 0 mais ayant majoritairement des actes cotés en V).

Avant d'adresser le contrat individuel, les CPAM et CGSS devront s'assurer que les médecins remplissant les conditions susvisées n'ont pas déjà perçu l'aide à l'informatisation, soit qu'ils aient exercé une activité libérale en cabinet et perçu l'aide à ce titre entre novembre 1997 et mars 1998, soit qu'ils aient perçu l'aide antérieurement à la décision du Comité de Gestion du FORMMEL du 16.12.97 et ne l'aient pas restituée à votre organisme.

Pour procéder à cette vérification, vous devez vous fonder sur les renseignements communiqués par le médecin signataire concernant son adresse professionnelle à la date de signature du contrat d'une part, à la date du 31 mars 1998 d'autre part. Ces deux mentions permettront à votre organisme de s'assurer que le médecin remplit les conditions d'exercice et de périodes d'activité prévues. Dans le cas où le médecin signataire exerçait, au 31 mars 1998, son activité dans une autre circonscription que celle de votre caisse, il vous appartient de vous rapprocher de l'organisme dont dépendait à cette date le professionnel pour vérifier qu'il n'a pas déjà perçu l'aide à l'informatisation lors du versement de la subvention aux médecins exerçant en cabinet libéral.

Les CPAM et CGSS veilleront également à adresser le contrat aux médecins ayant précédemment formulé leur demande et s'étant vu opposer un refus de la part de la CPAM, suite à la décision du 16.12.97 à la condition qu'ils exercent toujours en qualité d'urgentistes.

1.1.2- Médecins bénéficiaires de la subvention

Les médecins bénéficiaires de la subvention d'aide à l'informatisation sont ceux qui étaient en exercice au cours de la période précitée, et exercent toujours l'activité de médecine d'urgence à la date de signature du contrat.

Sont également visés les médecins qui se trouvent dans les situations suivantes :

- Si le médecin avait formulé sa demande lors du versement de la subvention aux médecins exerçant en cabinet et s'était vu opposer un refus sur la base de la décision du comité de gestion du FORMMEL (du 16 décembre 1997), votre organisme devra adresser le contrat à ce médecin et mettre en œuvre le dispositif de versement de l'aide, et ce conformément à l'article 2 de la présente circulaire. Il en est de même si le médecin est supposé avoir adressé sa demande à la caisse durant la période courant du 15 novembre 1997 au 31 mars 1998.

- Si le médecin avait indûment perçu la subvention de 9000 Francs sous l'empire du dispositif concernant les médecins exerçant en cabinet, votre organisme doit, dans un premier temps, vérifier que l'aide n'a pas été restituée à la caisse par le praticien. Dans la négative, la caisse suspend la poursuite de la procédure de récupération de la subvention indûment perçue.

Le médecin, après signature du nouveau contrat dont il est destinataire, pourra conserver l'aide perçue. Le médecin signataire se trouvera ainsi soumis au respect des engagements prévus par les articles 2 à 5 du contrat, qui sera apprécié dès notification du T Zéro applicable.

- Si le médecin avait indûment perçu la subvention de 9000 Francs sous l'empire du dispositif concernant les médecins exerçant en cabinet et intégralement restitué cette somme à votre organisme, il vous appartient de lui adresser le contrat et de mettre en œuvre le dispositif de versement de l'aide, dans le cadre de la procédure prévue au point 2 relatif aux modalités financières et comptables.

1.1.3- Médecins exclus du bénéfice de la subvention

- Si le médecin est en exercice à la date de réception du contrat mais n'exerçait pas une activité de médecine d'urgence hors cabinet et établissement durant la période de versement de l'aide aux médecins libéraux –soit du 15 novembre 1997 au 31 mars 1998 au plus tard -, ce médecin ne peut bénéficier de la subvention de 9000 Francs.
- Si le médecin exerçait une activité de médecine d'urgence durant la période du 15 novembre 1997 au 31 mars 1998 mais n'est plus médecin libéral conventionné à la date de réception du contrat, ce médecin ne peut bénéficier de la subvention susvisée.
- Si le médecin exerçait une activité de médecine d'urgence durant la période du 15 novembre 1997 au 31 mars 1998 et exerce, à la date de réception du contrat, en cabinet libéral, ce médecin ne peut, selon les termes de la décision du comité de gestion du FORMMEL du 24 juin 1999, bénéficier de la subvention susvisée. Toutefois, les demandes d'octroi de l'aide à l'informatisation formulées par les médecins entrant dans ce cas de figure ne doivent pas faire l'objet d'un refus a priori de votre caisse. Vous voudrez bien informer la CNAMTS des revendications ainsi formulées, en précisant le nombre de médecins concernés.

1.2 – L’octroi d’une subvention forfaitaire

L’aide financière exceptionnelle accordée aux médecins prend la forme d’une subvention forfaitaire qui n’entend pas correspondre directement au coût réel d’investissement nécessaire au médecin exerçant une activité de médecine d’urgence dispensée hors cabinet pour s’informatiser.

L’aide à l’informatisation reste acquise au praticien qui aura respecté les engagements souscrits.

La subvention s’élève à 9000 Francs nets à verser au médecin.

Cette subvention est individuelle et reste attachée à la personne physique qui la reçoit.

Contrairement aux modalités d’octroi de la subvention définies par la circulaire n°24/97 du 4 novembre 1997, l’aide financière exceptionnelle accordée au médecin signataire ne sera pas versée dès signature du contrat. Conformément à l’article 6-2 dudit contrat, cette subvention forfaitaire de 9 000 Francs sera attribuée lorsque le médecin sera en mesure d’opérer son choix parmi une offre diversifiée du matériel informatique adapté.

En effet, à l’heure où cette circulaire est rédigée, il n’existe pas de matériels informatiques adaptés à la télétransmission des feuilles de soins hors cabinet et qui soient homologués par le GIE Sesam-Vitale. L’état du marché de l’équipement informatique nécessaire à l’activité du médecin signataire devrait normalement évoluer au cours du premier semestre de l’an 2000.

La CNAMTS informera les organismes de la date à partir de laquelle ils devront d’une part verser la subvention, et d’autre part fixer le t Zéro, point de départ de l’appréciation du respect des engagements souscrits par chaque médecin signataire du contrat.

1.3 – La signature d’un contrat individuel

Le versement de cette subvention individuelle est subordonné à la signature d’un contrat dont le modèle type est annexé à la présente circulaire et par lequel chaque médecin concerné s’engage :

- à télétransmettre des feuilles de soins avec un rythme de montée en charge prédéfini,

- à disposer d'un équipement – matériel et logiciel – répondant aux normes exigées. L'équipement sera adapté à l'activité du médecin urgentiste qui établit la feuille de soins exclusivement hors cabinet,
- à conclure un contrat de maintenance compatible avec les obligations de télétransmission dans les délais requis (simple recommandation),
- à suivre une formation spécifique à l'utilisation du matériel et des logiciels pour l'élaboration et la transmission des feuilles de soins électroniques, dont le médecin expérimenté en informatique pourra être dispensé.

1.4– Le mandat de la CNAMTS aux organismes

La CNAMTS est la personne morale signataire de ce contrat en son nom et au nom des caisses d'assurance maladie (CCSMA et CANAM).

Le Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie ou le Directeur de la Caisse Générale de Sécurité Sociale dans le ressort de laquelle le médecin signataire exerce son activité professionnelle, est mandaté par le Directeur de la CNAMTS pour le représenter pour toutes les obligations incombant à la CNAMTS dans le cadre de ce contrat. L'Agent Comptable de la CPAM ou de la CGSS est mandaté par l'Agent de la CNAMTS pour assurer le paiement de la subvention.

1.5 – Les éléments proposés aux caisses pour l'envoi du contrat

Chaque Caisse d'Assurance Maladie et CGSS reçoit avec cette circulaire:

- un modèle de lettre d'accompagnement,
- un modèle de contrat type.

Contrairement à la procédure d'édition qui avait été retenue pour l'aide des médecins exerçant en cabinet, la lettre et le contrat peuvent être extraits de la BDBM. Ces documents devront être personnalisés et complétés avant impression par la signature du directeur de chaque caisse et son paraphe à chaque page. Ces documents seront ensuite photocopiés et adressés en noir et blanc à chaque médecin concerné.

1.6 – La décision d'attribution de la subvention

Deux exemplaires du contrat avec la lettre d'accompagnement sont acheminés simultanément à tous les médecins concernés relevant de votre circonscription.

Les documents sont transmis par simple lettre.

Cet envoi doit être effectué dans un maximum de quinze jours après la réception des documents par les organismes.

Les médecins doivent compléter la première page du contrat en précisant leurs nom, prénom et numéro d'identification, ainsi que leur adresse professionnelle actuelle et leur adresse professionnelle à la date du 31 mars 1998, parapher chacune des pages, dater et signer la dernière page après avoir porté la mention manuscrite " lu et approuvé ".

Le médecin signataire doit retourner, avant le 31 décembre 1999, l'un des deux exemplaires du contrat, paraphé, daté et signé.

Dès réception de la lettre de la CNAMTS indiquant l'état concurrentiel du marché des matériels adaptés et autorisant le versement de la subvention, les services ordonnateurs pourront, au vu du contrat dûment rempli et signé, décider de l'attribution de la subvention et donner l'ordre de paiement aux services comptables.

L'organisme doit notifier parallèlement la décision d'attribution de la subvention au médecin.

2. LES MODALITES FINANCIERES ET COMPTABLES

1.1 – Règlement de la subvention à chaque médecin

Tous les engagements doivent être comptabilisés au sein de l'organisme.

La comptabilisation des engagements pris par l'organisme, pour le compte de la CNAMTS, doit être inscrite au titre de l'exercice 1999 au vu des contrats individuels dûment signés et notifiés aux médecins, par chaque CPAM ou CGSS de la façon suivante :

TM (ou TMA) 45112432 – CNAM-
FORMMEL DOT aux médecins
A TM (ou TMA) 4072 –Praticiens

Pour respecter la date du 31 décembre 1999 déterminée par le comité de gestion du FORMMEL, la comptabilisation d'engagements contractuels devra être effectuée, à cette date, sans report sur 2000 puisque tous les engagements doivent être reçus avant la fin de l'exercice 1999.

En fin d'année 1999, le recensement de tous les engagements contractuels passés entre les médecins exerçant la médecine d'urgence (type SOS médecins) et le directeur de

la CPAM ou de la CGSS qui ont été notifiés aux médecins, doit être établi, pour le 15 janvier 2000 au plus tard sur un imprimé qui vous sera adressé le 20 décembre 2000.

– Règlement de la subvention à chaque médecin

- a) Calendrier de versement aux médecins par la CPAM et CGSS

Le versement de cette subvention doit être effectué dans les huit jours qui suivent la réception de la lettre de la CNAMTS indiquant que l'état concurrentiel du marché des matériels adaptés à cette catégorie de médecins est satisfaisant.

- b) lors du versement, l'écriture comptable sera enregistrée de la façon suivante :

TM (ou TMA) 4072 – Praticiens A T 5 –xx
--

- c) Parallèlement, le dernier jour de chaque mois, chaque organisme doit adresser à la CNAMTS l'état des paiements effectués aux médecins au cours du mois

Le non respect des engagements par le médecin signataire est prévu dans l'article 7 du contrat.

Les services de la CNAMTS se tiennent à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

Le Directeur Délégué aux Risques

L'Agent Comptable

Denis PIVETEAU

Alain BOUREZ

Fonds de Réorientation et de Modernisation de la Médecine Libérale.

CONTRAT

relatif aux actions d'accompagnement à l'informatisation des médecins libéraux ayant exclusivement une activité de médecine d'urgence, tels que définis à l'article 1 du présent contrat, adopté par le Comité de Gestion du Fonds de Réorientation et de Modernisation de la Médecine Libérale
le 15 septembre 1999.

- entre

le Docteur :

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

(Nom, Prénoms, n° d'immatriculation)

Adresse professionnelle au 31 mars 1998:

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

Adresse professionnelle actuelle:

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

ci-après désigné "Le Médecin signataire"

- et

la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés,

représentée par son Directeur
et par délégation de signature, le Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie
ou de la Caisse Générale de Sécurité Sociale ¹ de :

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

- vu le code de la Sécurité Sociale,
- vu l'ordonnance n° 96.345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et notamment ses articles 4 et 8,
- vu le décret n° 97.373 du 18 avril 1997 modifié par le décret n°98.159 du 11 mars 1998 relatif aux conditions de participation des organismes d'assurance maladie à des actions d'accompagnement de l'informatisation des professionnels dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie,
- vu la décision, en date du 24 juin 1999, du Comité de gestion du Fonds de Réorientation et de Modernisation de la Médecine Libérale portant sur les modalités et la date de versement de l'aide individuelle à l'informatisation des médecins libéraux ayant exclusivement une activité de médecine d'urgence, tels que définis à l'article 1 du présent contrat.

Préambule

L'utilisation de matériels et de techniques informatiques participe à la modernisation de l'exercice de la profession médicale.

Les médecins souhaitent favoriser l'intégration de l'informatique à la pratique médicale et permettre la transmission de feuilles de soins électroniques aux organismes d'assurance maladie.

En vue de faciliter une généralisation du système, les organismes d'assurance maladie (CNAMTS, CCMSA et CANAM) ont été autorisés à participer à des actions d'accompagnement de l'informatisation au bénéfice des professionnels de santé qui s'engagent à réaliser un taux significatif de télétransmissions de feuilles de soins.

Les organismes d'assurance maladie ont décidé de mettre en œuvre le Système Electronique de Saisie de l'Assurance Maladie (SESAM), qui a pour objectifs d'améliorer le transfert des informations nécessaires au remboursement des soins aux assurés sociaux et la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, par la généralisation progressive de la télétransmission des feuilles de soins électroniques par les professionnels de santé.

¹ Pour les départements d'Outre-Mer

Le système s'appuie sur l'utilisation de deux cartes à microcircuits, - la carte du professionnel de santé (CPS) et la carte VITALE de l'assuré - , qui permettent l'élaboration et le transfert sécurisé des feuilles de soins à partir de l'équipement informatique du professionnel de santé. Il implique donc que les professionnels, notamment les médecins, soient équipés d'un matériel adapté à la lecture des cartes, à l'exploitation des informations et à leur transmission dans la forme requise.

En application de l'article 4 de l'ordonnance précitée, un Fonds de Réorientation et de Modernisation de la Médecine Libérale a été créé au sein de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, afin notamment de participer au financement des actions d'accompagnement de l'informatisation à destination des médecins libéraux conventionnés. Conformément au décret du 18 avril 1997 modifié, le Comité de Gestion du Fonds a défini les modalités et les dates de versement.

Les médecins libéraux exerçant une activité de médecine d'urgence n'ont pas été inclus, à l'origine, dans le dispositif d'aide à l'informatisation, par le Comité de Gestion du FORMMEL.

En raison de l'évolution technologique des matériels informatiques permettant la télétransmission des feuilles de soins, le Comité de Gestion du FORMMEL a décidé, lors de sa séance du 24 juin 1999, d'accorder cette aide aux médecins libéraux visés à l'article 1^{er} et qui auront renvoyé le présent contrat signé avant le 31 décembre 1999.

Ceci étant précisé, il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er} : objet du contrat

Le présent contrat s'applique aux médecins libéraux conventionnés qui exerçaient au 31 mars 1998 exclusivement une activité de médecine d'urgence dispensée hors cabinet et établissement et qui, au jour de la signature du présent contrat exercent dans le même cadre.

Il a pour objet de fixer les obligations de chacune des parties pour la réalisation d'actions d'accompagnement à l'informatisation du médecin signataire en vue de la télétransmission des feuilles de soins, dans le cadre du système SESAM-VITALE.

Première partie : engagements du médecin

Article 2 : en ce qui concerne la télétransmission

- 2.1 Le médecin signataire s'engage à élaborer et à transmettre des feuilles de soins électroniques pour les assurés sociaux titulaires d'une carte VITALE et leurs bénéficiaires.
A l'issue d'une période de montée en charge de 9 mois, le médecin signataire doit réaliser un taux de 90% de télétransmissions de feuilles de soins par rapport au flux global de son activité.
Ne sont pris en compte dans ce taux que les actes réalisés au profit d'assurés réellement détenteurs de la carte VITALE.
En fonction de l'évaluation régulière du taux de détention de la carte VITALE, le taux de 90% précité pourra être pondéré.
- 2.2 Le délai de montée en charge de 9 mois, à l'issue duquel la vérification du taux atteint est opérée, commence à courir à partir de la date de début (T zéro) qui sera notifiée par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie ou La Caisse générale de Sécurité Sociale qui en tout état de cause ne pourra être antérieure aux deux événements suivants :
 - la date à compter de laquelle le médecin pourra opérer son choix parmi une offre diversifiée du marché de matériel portable de télétransmission qui aura été homologué par le GIE SESAM-VITALE
 - la date de versement de l'aide objet du présent contrat
- 2.3 Au-delà de cette période de montée en charge, le médecin signataire devra maintenir, en permanence le taux minimum de 90% des flux de facturation avec l'assurance maladie.
- 2.4 La Caisse Primaire d'Assurance Maladie ou la Caisse Générale de Sécurité Sociale, informe parallèlement la Commission conventionnelle paritaire locale de cette notification, dans la mesure où cette commission existe.
- 2.5 Les pourcentages de flux de facturation avec l'assurance maladie sur lesquels s'engage le médecin sont calculés à partir du nombre de feuilles de soins télétransmises et du nombre

total de feuilles de soins papier et électroniques établies par le médecin, pour les assurés titulaires de la carte VITALE et leurs bénéficiaires.

- 2.6 La vérification de l'atteinte des objectifs de montée en charge définis à l'article 2.1, sera effectuée par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, ou la Caisse Générale de Sécurité Sociale, dont dépend le médecin, sur les deux semaines d'activité qui suivent la période précédemment indiquée.
- 2.7 Le médecin signataire qui, au cours de la montée en charge définie ci-dessus, s'installe en cabinet devra réaliser les objectifs prévus à l'article 2.1 sur l'ensemble de son activité en cabinet et hors cabinet confondues.

Article 3 : en ce qui concerne son équipement informatique et ses éléments accessoires

- 3.1 L'équipement nécessaire à l'élaboration et à la transmission des feuilles de soins électroniques comprend un équipement informatique adapté à l'activité du médecin signataire.
- 3.2 Le médecin conserve une totale liberté pour choisir les fournisseurs de matériels et les éditeurs de logiciels, sous réserve que leurs produits répondent aux référentiels en vigueur ou au cahier des charges publié par le GIE SESAM-VITALE.
- 3.3 Le médecin signataire s'engage, dans des délais compatibles avec le respect de l'article 2 du présent contrat à :
 - disposer d'un matériel informatique homologué par le GIE SESAM-VITALE,
 - utiliser une carte à microcircuit professionnel de santé (CPS) fournie par le GIP professionnel de santé, après abonnement du médecin,
 - mettre en œuvre un logiciel d'élaboration des feuilles de soins agréé par l'assurance maladie.

Article 4 : en ce qui concerne la maintenance de l'équipement informatique

- 4.1 **Le fonctionnement du système SESAM-VITALE exclut toute interruption prolongée de la transmission des feuilles de soins liée à une défaillance de l'équipement informatique du médecin.**
- 4.2 A cet effet, il est recommandé aux médecins signataires de conclure un contrat de maintenance compatible avec les obligations de télétransmission dans les délais requis.

Article 5 : en ce qui concerne sa formation

- 5.1 Le médecin signataire s'engage à suivre une formation spécifique à l'utilisation de son matériel et de ses logiciels pour l'élaboration et la transmission des feuilles de soin

électroniques, organisées soit par le fournisseur de logiciel, soit par un organisme agréé au sens des articles L920 et suivants du code du Travail.

- 5.2 Le médecin signataire pourra se dispenser de l'obligation de formation figurant à l'article 5.1 s'il dispose d'une expérience en informatique attestée notamment par l'utilisation d'un logiciel de gestion médicale.

Deuxième partie : engagements de la CNAMTS

Article 6 : en ce qui concerne la subvention

- 6.1 Conformément à la décision prise par le Comité de Gestion du Fonds de Réorientation et de Modernisation de la Médecine Libérale, la CNAMTS s'engage à verser, en une seule fois, au médecin une subvention forfaitaire de 9000 francs, au titre des actions d'accompagnement à l'informatisation du médecin signataire, et de la participation des Caisses aux frais occasionnés par la télétransmission des informations dans le cadre du système SESAM-VITALE, ainsi qu'aux frais d'assistance nécessaires pour garantir la fiabilité de cette télétransmission, prévues par la convention.
- 6.2 Cette somme de 9000 francs sera versée lorsque le médecin sera en mesure d'opérer son choix parmi une offre diversifiée du matériel informatique adapté et sera définitivement acquise au médecin signataire dès vérification de l'atteinte des objectifs de télétransmission, à l'issue des neuf premiers mois d'utilisation du système.
- 6.3 L'aide de 9000.F versée au titre de ce contrat n'est pas cumulable avec l'aide de 9000.F prévue au titre du contrat ouvert au médecins libéraux exerçant en cabinet. Le médecin signataire déclare donc qu'il n'a pas reçu par ailleurs l'aide à l'informatisation de 9000.F réservée aux médecins libéraux exerçant en cabinet.

Article 7 : non - respect des engagements

En cas de non - respect des engagements définis dans les articles précédents, le médecin signataire doit reverser à la CNAMTS, par l'intermédiaire de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, ou la Caisse Générale de Sécurité Sociale, le montant intégral de la subvention prévue à l'article 6.1 du présent contrat. La demande motivée de reversement que la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, ou la Caisse Générale de Sécurité Sociale adresse, dans ce cas, au médecin signataire, doit être préalablement soumise, pour avis consultatif, à la Commission conventionnelle paritaire locale, quand elle existe.

Cette commission dispose d'un délai de deux mois à partir de la date de saisine pour se prononcer.

Après avoir pris connaissance de l'avis exprimé par la Commission sur la demande de reversement, ou en cas d'absence d'avis dans les délais impartis, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, ou la Caisse Générale de Sécurité Sociale, peut engager la procédure de recouvrement de la somme due.

En l'absence de Commission conventionnelle paritaire locale, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie ou la Caisse Générale de Sécurité sociale peut procéder directement à la demande de remboursement.

La somme récupérée par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie ou par la Caisse Générale de Sécurité Sociale sera versée au Fonds de Réorientation et de Modernisation de la Médecine Libérale.

Article 8 : suivi de l'informatisation

- 8.1 Au cours de la montée en charge, dans le cas de difficultés dans l'utilisation du système SESAM-VITALE, le médecin signataire peut solliciter le concours des services de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie ou la Caisse Générale de Sécurité Sociale, pour obtenir tout renseignement utile.
- 8.2 La Commission conventionnelle paritaire locale, quand elle existe, est informée régulièrement de l'avancement de la montée en charge du système, ainsi que des problèmes rencontrés.

Fait à, le

Le Directeur de la CPAM
M.

Le Médecin
M

(Signatures précédées de la mention "Lu et approuvé")

Lettre d'accompagnement à l'envoi du contrat d'aide à l'informatisation

.....le.....

Docteur,

L'utilisation de matériels et de techniques informatiques participe à la modernisation de l'exercice de la profession médicale.

Nous souhaitons accompagner au mieux ces mutations importantes qui, pour vous comme pour nos agents, impliquent de s'ouvrir davantage à la modernité et de la partager avec l'ensemble des acteurs du système de soins.

Dans cette perspective, les médecins libéraux exerçant en cabinet ont pu s'ils le souhaitaient, percevoir de mi novembre 1997 à fin mars 1998, une aide d'accompagnement à l'informatisation d'un montant de 9000 Francs, accordée par le Comité de Gestion du Fonds de réorientation et de Modernisation de la Médecine Libérale.

En l'absence d'équipement informatique adapté à l'activité de médecine d'urgence exercée hors cabinet et établissement, vous n'aviez pas pu être destinataire de cette subvention.

Les évolutions technologiques permettent aujourd'hui au Comité de Gestion du Fonds de réorientation et de Modernisation de la Médecine Libérale de faire évoluer cette position.

Ainsi, si vous exerciez au 31 mars 1998 exclusivement une activité de médecine d'urgence hors cabinet et établissement et si vous poursuivez actuellement cette activité, vous pourrez bénéficier d'une aide à l'informatisation d'un montant de 9 000 Francs.

Cette somme vous aidera à acquérir un équipement informatique adapté à votre activité professionnelle et participera aux frais occasionnés par la télétransmission des informations dans le cadre du système Sesam-Vitale, ainsi qu'aux frais d'assistance nécessaires pour garantir la fiabilité de cette télétransmission.

Pour en bénéficier, il suffit de nous renvoyer avant le 31 décembre 1999 un exemplaire du contrat d'engagement joint, dûment rempli, en le paraphant à toutes les pages, en le datant et en le signant. Vous conserverez le deuxième exemplaire.

Ainsi, l'aide à l'informatisation pourra vous être versée dès que le marché des matériels adaptés sera suffisamment développé.

Si toutefois cette aide vous avait déjà été attribuée à l'occasion du versement de la subvention aux médecins exerçant en cabinet, vous pouvez conserver la somme perçue à la condition de nous retourner le contrat ci-joint avant l'échéance fixée au 31 décembre 1999. Je vous précise que la signature de ce document, adaptant le contrat destiné aux médecins exerçant en cabinet aux spécificités de votre activité professionnelle, annule les engagements que vous aviez pu souscrire précédemment.

Nous vous prions de recevoir, Docteur, l'assurance de nos salutations distinguées.

Le Directeur

P.S. Pour tout renseignement complémentaire, je vous invite à prendre contact avec...