



l'Assurance Maladie
des salariés-sécurité sociale
caisse nationale

CIRCULAIRE

CIR-129/2003

Document consultable dans Médi@m

Date :

23/09/2003

Domaine(s) :

Professions de santé

Nouveau	☒
Modificatif	☐
Complémentaire	☐
Suivi	☐

Objet :

Approbation de l'avenant n° 12
au JO du 17/09/03
Publication de 2 accords de
bon usage des soins concernant
les généralistes au JO du
17/09/03

Liens :

Plan de classement :

2 22

220

Emetteurs :

MPS

Pièces jointes : 0

à Mesdames et Messieurs les

☒ Directeurs	☒ CPAM	☐ CRAM	☒ URCAM
	☐ UGECAM	☒ CGSS	☐ CTI
☐ Agents Comptables			
☐ Médecins Conseils	☐ Régionaux	☐ Chef de service	
	☐ Médecin Chef de la Réunion		

Pour information

Résumé :

Contenu de l'avenant n° 12 à la convention nationale des
Médecins Généralistes : concrétisation des mesures prévues
dans l'accord du 10/01/03.
Publication pour avis au JO de 2 accords nationaux de Bon
Usage des Soins.

Mots clés :

Avenant n° 12, ACBUS

**Le Directeur
Délégué aux Risques**

Pierre-Jean LANCERY

CIRCULAIRE : 129/2003

Date : 23/09/2003

Objet : Approbation de l'avenant n° 12 au JO du 17/09/03 Publication de 2
accords de bon usage des soins concernant les généralistes au JO du 17/09/03

Affaire suivie par : Catherine KERMARC	☎01 42 79 32 12
Bruno AOUST	☎01 42 79 30 09
Valérie ROMAN	☎01 42 79 43 35
François BOUTAUD	☎01 42 79 31 75
Alain PLANQUAIS	☎01 42 79 42 50

L'attention des caisses est attirée sur la publication au journal officiel du 17 septembre 2003 de textes applicables aux médecins généralistes conventionnés libéraux.

Il s'agit:

- de l'avenant n°12 à la convention nationale des médecins généralistes (I),
- de deux accords nationaux de bon usage des soins l'un relatif aux prescriptions de transports et l'autre aux prescriptions d'examens biologiques dans le cadre d'une exploration thyroïdienne (II).

Vous trouverez ci-après des précisions sur ces textes dans l'attente d'une circulaire complémentaire.

I) LE CONTENU DE L'AVENANT N°12

J'attire votre attention au préalable sur l'importance des sujets traités par la voie de cet avenant. Il permet aux médecins généralistes de bénéficier des mesures déjà actées lors de l'accord du 10 janvier 2003. Il rationalise le suivi et la prise en charge des patients atteints d'une ALD et en particulier des personnes atteintes de plusieurs pathologies, à l'occasion d'une consultation annuelle et de l'élaboration d'une fiche détaillée pour le suivi coordonné du patient

L'avenant n°12 porte donc sur les points suivants :

1) **Prise en charge des patients bénéficiant de soins palliatifs**

La délivrance des soins palliatifs à domicile qui concerne environ 50 000 personnes par an fait partie des priorités de santé publique.

La loi du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs et le décret du 3 mai 2002 relatif aux conditions d'exercice des professionnels de santé délivrant des soins palliatifs à domicile, pris pour application de l'article L. 162-1-10 du CSS, précisent les conditions dans lesquelles les professionnels de santé, membres d'une équipe interdisciplinaire peuvent souscrire un contrat avec la CPAM afin d'organiser la prise en charge à domicile des patients pouvant bénéficier de soins palliatifs.

Il convient de préciser que la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire s'appuie sur ce qui existe déjà dans le secteur: c'est à dire l'existence auparavant d'une structure d'hospitalisation capable de répondre à ce type de prise en charge (cf. art 4.1 du CSP). Cette obligation doit éviter toute constitution intempestive d'équipe dans un secteur dans lequel il n'y aurait pas de structure ou de réseau de référence pour les professionnels délivrant ces soins palliatifs.

Afin de mettre en œuvre ces dispositions les parties signataires de la convention ont convenu d'une part, d'un contrat de santé publique qui organise la prise en charge des soins palliatifs à domicile du patient, qui définit les engagements du médecin généraliste qui participe à l'équipe pluridisciplinaire et d'autre part, d'un contrat-type (annexe 1 de l'avenant 12) pour permettre au médecin généraliste de formaliser son adhésion individuelle et fixer le mode de rémunération choisi.

En effet, le médecin généraliste peut opter pour différents modes de rémunération fixés par l'article 2.4 de l'avenant 12 que ce soit pour des soins qu'il dispense, sa participation à la coordination ou la coordination de l'équipe pluridisciplinaire :

- 1) Ainsi, le médecin qui délivre les soins a le choix entre :
 - Une **rémunération à l'acte** des soins à laquelle s'ajoute un **forfait mensuel de participation** à la coordination fixé à 40 €
 - Ou
 - Un **forfait mensuel de soins** fixé à 90 € auquel s'ajoute un forfait mensuel de participation à la coordination fixé à 40 €,
- 2) Le médecin qui assure la **coordination** peut percevoir pour cela :
 - Une rémunération forfaitaire mensuelle fixée à 80 €.

Les forfaits de coordination et de participation à la coordination ne peuvent se cumuler.

L'adhésion du médecin à ce contrat de santé publique est formalisée par la signature du premier contrat-type souscrit avec la **caisse primaire de la résidence** du bénéficiaire des soins palliatifs, qui règle les forfaits prévus au nom de tous les régimes. Si le médecin souhaite le paiement à l'acte, c'est la **caisse d'affiliation** du bénéficiaire des soins palliatifs qui rémunère le médecin.

Pour chaque patient il convient de souscrire un contrat-type.

Ce contrat type est adaptable à n'importe quel professionnel de santé (médecin, infirmière...), seul le forfait de soins diffère selon le professionnel de santé concerné (s'agissant des infirmières les négociations sont en cours).

En conséquence, à ce jour ce CSP ne concerne que le médecin généraliste qui seul pourra bénéficier des forfaits prévus par le contrat (forfaits de coordination, de participation ou de soins). Si un professionnel de santé autre qu'un médecin généraliste souhaite intégrer une équipe pluridisciplinaire (médecin spécialiste, infirmière, masseur-kinésithérapeute....) il ne pourra être rémunéré qu'à l'acte et ne pourra donc pas percevoir les forfaits prévus. Le médecin pourra néanmoins coordonner ces professionnels de santé dispensant des soins palliatifs.

Par ailleurs, des documents à remettre au médecin tels que la demande de prise en charge du patient, le rapport de coordination, la synthèse récapitulative de la prise en charge et le support d'aide à l'inclusion du patient, sont en cours d'élaboration.

S'agissant des modalités pratiques de gestion de ces contrats-types de santé publique (souscription, rémunération, documents à remettre au médecin) des instructions vous parviendront par voie d'une circulaire d'application.

2) La prise en charge de la majoration du forfait de cure thermique

Afin de mieux coordonner les soins des patients admis en cure thermique, l'avenant propose :

(article 2) à chaque médecin **généraliste** conventionné d'adhérer à un contrat de pratiques professionnelles, nouvel outil de régulation des dépenses de santé créé par la loi du 6 mars 2002.

L'adhésion au contrat est formalisée par la signature du contrat type (publié en annexe 2) entre le médecin thermal et la caisse primaire de son lieu d'implantation. Les engagements du médecin portent sur la réalisation d'au moins trois consultations au cours de la surveillance thermique du patient, objet de la facturation du forfait médical thermal prévu au chapitre IV -titre XV de la NGAP et la rédaction à l'issue de la cure d'un document thermal de liaison destiné au médecin prescripteur. Ce document est annexé au CPP.

En contrepartie, le forfait de surveillance thermal bénéficie d'une majoration de 10 € (cf. annexe V de l'avenant 12).

Les conditions d'adhésion, de durée et de résiliation du CPP sont déterminées par l'article 6. Le contrat est d'une durée d'un an. Il est tacitement reconductible. Il se concrétise par la signature du contrat-type.

Conditions d'application

J'attire votre attention sur le fait que seuls les médecins thermaux signataires du CPP sont en mesure d'appliquer au forfait médical thermal la majoration de 10 €. Cette majoration ne peut être considérée comme une augmentation automatique du forfait de surveillance thermal qui porterait la valeur de celui-ci à 74,03€. Le Forfait de surveillance thermique (code prestation STH) reste fixé à 64,03 € dans l'attente de la mise en place en 2005 de classification commune des actes médicaux.

L'adhésion est individuelle, formalisée par la signature du médecin thermal au contrat prévu en annexe à l'avenant. A cet effet les caisses ont l'initiative de l'information et de la diffusion du contrat-type et du document thermal de liaison auprès des médecins concernés. La réalisation et la reproduction de ces documents sont laissés à la libre réalisation des caisses.

Le CPP emporte engagement pour chaque patient objet d'une surveillance médicale thermique, sans nécessité d'établir un contrat par patient.

Un code prestation CST "Contrat de Surveillance Thermale" est attribué à la majoration du forfait de surveillance thermique. Il sera opérationnel à la production courant semaine 40 (début octobre), avec date d'effet au 19 septembre 2003.

3) Le bénéfice de la majoration forfaitaire pédiatrique

L'avenant prévoit la possibilité pour les médecins généralistes de majorer de 5 € leurs consultations ou visites à l'occasion des examens pédiatriques obligatoires nécessitant l'établissement des certificats de santé soit dans les 8 jours suivant la naissance, l'un au cours du 9^{ème} et ou 10^{ème} mois, le dernier au cours du 24^{ème} et 25^{ème} mois prévus au décret n°73-267 du 2 mars 1973.

Cette majoration est prise en charge à 100% par l'assurance maladie et est identifiable par le code "FPE" que le médecin porte sur sa feuille de soins papier ou électronique. En contrepartie de cette majoration, le médecin s'engage à réaliser un acte comprenant un interrogatoire, un examen complet un entretien de conclusion avec la conduite à tenir les prescriptions préventives ou thérapeutiques ou d'examens complémentaires éventuels ainsi qu'une mise à jour du carnet de santé de l'enfant.

L'attention des caisses est attirée sur le fait que l'application de cette majoration ne sera effective que lors de la parution au JO de l'arrêté de nomenclature complétant l'actuel article 14- 4 des dispositions générales de la NGAP, qui devrait paraître prochainement.

Revalorisation de la consultation approfondie (CALD)

Le montant de la CALD prévue à l'article 15-2 des dispositions générales de la NGAP est fixé **à compter du 19/09/03** à 26 € en métropole, à 28,6 € en Antilles-Guyane, 31,20 € à la Réunion. Les bénéficiaires de cette consultation sont les mêmes, en revanche l'avenant prévoit en annexe la formalisation de son contenu par la rédaction d'un compte rendu annuel par le médecin généraliste (document initialement prévu par l'article précité et que l'avenant concrétise) dont un double est remis au patient.

En conséquence, les courriers prévus pour le médecin et le patient atteint d'ALD doivent être modifiés. Une procédure nationale de diffusion par ESOPE de ces courriers mis à jour sera mise en place dans le courant du mois de novembre 2003.

Aussi une lettre questionnaire adressée aux caisses par les services techniques de la CNAMTS vous parviendra dans les prochains jours, afin de faire l'état des lieux de diffusion de ces courriers par les caisses au niveau local en 2002 et 2003.

En tout état de cause il convient d'informer les médecins de cette revalorisation tarifaire de la CALD et de la création du document "compte rendu annuel de la consultation approfondie".

Mise en place d'instances régionales

La région prend dans le domaine de la santé une place de plus en plus importante, les signataires de la convention ont souhaité mettre en place dans chaque URCAM une CCPR et une CMPR afin de compléter l'architecture du dispositif conventionnel paritaire à savoir

►Commission Conventionnelle Paritaire Régionale (CCPR)

Composition:

- Section professionnelle : 4 représentants MG,
 - Section sociale : 4 représentants de l'URCAM
- Sont membres de plein droit avec voix consultative: le directeur de l'URCAM ou son représentant, un médecin conseil désigné par les trois régimes, le président et le vice-président du Comité Médical Paritaire Régional ou leurs représentants,
Selon l'ordre du jour: un représentant du conseil régional de l'Ordre des médecins, le président du comité paritaire régional de FPC, un membre du conseil scientifique de la FPC, autres experts.

Missions :

La CCPR assure le suivi des dispositifs relatifs à la permanence des soins, suivi des dispositifs conventionnels de régulation médicale du système de soins tels que les accords nationaux de bon usage des soins prévus à l'article L 162-12-17 du code de la sécurité sociale, les contrats de bonne pratique prévus à l'article L 162-12-18 et les contrats de santé publique prévus à l'article L 162-12-20. Ce suivi passe par un bilan des accords établis au niveau régional. Il est créé auprès de la CCPR un groupe de travail chargé de ce suivi, après avis du CMPR, proposition des thèmes d'AcBUS régionaux aux représentants régionaux des parties signataires, après avis du CMPR, proposition aux parties signataires régionales des dispositions spécifiques régionales aux contrats de bonne pratique.

►Comité Médical Paritaire Régional (CMPR)**Composition :**

section professionnelle : 4 représentants MG, Section sociale : 4 médecins conseils (2 /1/1), un représentant du conseil régional de l'ordre est présent avec voix consultative
Selon l'ordre du jour: 1 représentant de la section généraliste de l'union régionale de médecins libéraux, experts

Missions :

Le CMPR est le conseiller médical de la CCPR. Il informe régulièrement le CMPN et les CPML concernés de l'avancée des travaux qui lui sont confiés. De même, il répond à toute demande écrite du CMPN et des CMPL de sa région. Il donne un avis à la CCPR sur les thèmes d'AcBUS régionaux et sur des dispositions spécifiques régionales aux contrats de bonne pratique prévus à l'article L 162-12 -18.

ACCORDS NATIONAUX DE BON USAGE DES SOINS PUBLIES AU JO DU 17/09/03 :la prescription des analyses thyroïdiennes et la prescription des transports

Conformément à l'article L.162-12-17 du code de la sécurité sociale, les pouvoirs publics ont publié sous la forme d'un avis au Journal Officiel du 17 septembre 2003 deux accords nationaux de bon usage des soins signés par les trois caisses nationales et la Fédération des Médecins Généralistes MG-France.

Ces accords, conclus pour deux ans, ont été construits sur les bases définies dans l'accord du 10 janvier 2003. Ils ont été aussi présentés aux autres professions de santé concernées: biologistes et transporteurs.

la prescription des analyses thyroïdiennes

Le diagnostic et le suivi des pathologies thyroïdiennes font notamment appel à des dosages biologiques pertinents. Pour autant tous ces examens ne doivent pas être utilisés systématiquement et doivent toujours être interprétés en fonction de l'examen clinique. Avec cet accord, les médecins généralistes s'engagent à suivre les recommandations des experts dans leurs prescriptions d'exploration thyroïdienne et à diminuer la fréquence des bilans associant plusieurs hormones.

La prescription de transports

Cet accord s'appuie sur des recommandations médicales faites par l'ANAES pour organiser la prescription du mode de transport en fonction du degré d'autonomie du malade. Il s'agit de mettre en place un système qui tienne compte de la situation du patient et des critères de prises en charge administratives du code de la sécurité sociale. A ce jour, 35% des transports par un médecin généraliste le sont en ambulance, à terme ce taux (hors transport d'urgence) devrait être diminué de 10%.

Dans le cadre de la mise en place des "Délégués de l'Assurance Maladie" ces accords feront l'objet d'une promotion auprès des professionnels de santé.

Il est demandé aux caisses de bien vouloir informer la CNAMTS des difficultés éventuelles dans l'application de cet avenant, ce qui permettra lors de l'envoi de la circulaire complémentaire de vous fournir toute aide en la matière.