ACCORD CADRE INTER PROFESSIONNEL

Organisant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-16-1 et L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale

L'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie, représentée par Frédéric van ROEKEGHEM, Directeur Général,

Et

L'Union Nationale des Professionnels de Santé, représentée par son président, Alain BERGEAU,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-1-13, L. 162-14-1 et L. 162-15,

Sont convenus des termes de l'accord cadre inter professionnel qui suit :

A.B

Préambule

Afin de préserver le caractère universel, obligatoire et solidaire de l'Assurance maladie, les parties signataires entendent contribuer conjointement à la qualité des soins et à l'accroissement de l'efficience du système de soins.

Dans cette perspective, les parties signataires souhaitent mettre en place un nouveau partenariat entre l'Assurance maladie et les professionnels de santé dans le cadre d'un accord cadre inter professionnel.

Ce premier accord cadre détermine notamment les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des professionnels de santé libéraux, ainsi que les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés et une meilleure coordination des soins ou pour promouvoir des actions de santé publique. Les parties signataires réaffirment ainsi leur attachement au système conventionnel entre l'assurance maladie et les professionnels de santé.

Pour améliorer la prise en charge des patients et l'efficience des soins, les parties signataires s'accordent sur la nécessité de renforcer la coordination des soins entre les différents professionnels de santé.

Elles s'engagent par ailleurs dans une démarche de modernisation des relations entre l'assurance maladie et l'ensemble des professions de santé.

A.B.

1. Champ d'application de l'accord

Le présent accord s'applique :

- aux organismes de tous les régimes d'assurance maladie obligatoire
- à l'Union Nationale des Professions de Santé (UNPS) ;
- aux professions de santé mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-16-1 et L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale dont au moins une organisation syndicale représentative de la profession est signataire.

Cet accord est applicable aux professions suivantes représentées à l'UNPS (médecin, chirurgien dentiste, sage-femme, biologiste responsable, pharmacien d'officine, transporteur sanitaire, auxiliaires médicaux : infirmière, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, audio prothésiste) si au moins une organisation syndicale représentative de la profession est signataire.

A.P.

2. Délivrance et coordination des soins

2.1 Modalités pratiques liées à l'activité du professionnel : le libre choix du patient

Les assurés et leurs ayants droits ont le libre choix entre tous les professionnels de santé légalement autorisés à exercer leur profession en France

Les organismes d'assurance maladie obligatoires s'engagent à traiter équitablement les professionnels de santé tout en respectant les spécificités de chacune des professions notamment dans l'intérêt des assurés.

Les organismes d'assurance maladie obligatoires s'engagent à donner à leurs ressortissants toutes informations utiles sur la situation des professionnels de santé de leur circonscription au regard des conventions nationales prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-16-1 et L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale.

Les organisations syndicales signataires peuvent faire de même à l'égard des professions qu'elles représentent.

2.2 Développement des démarches favorisant la coordination des soins

L'accord contribue à accroître la qualité et l'efficience du système de santé en renforçant la continuité de la prise en charge tout au long du parcours de soins et la coordination des différents acteurs.
Différentes coordinations des soins peuvent être mises en oeuvre selon qu'il s'agit d'une coordination au décours d'une hospitalisation ou selon qu'il s'agit d'une coordination au long cours autour d'un patient atteint d'une pathologie chronique ou en situation de maintien à domicile ou encore en situation de perte d'autonomie.

Dans tous les cas, deux fonctions peuvent être distinguées dans cette coordination autour de la personne.

La première est la fonction de synthèse médicale et de prise de décision sur les orientations et les changements de prise en charge, assurée par principe par le médecin traitant.

La seconde est la fonction de coordination soignante et sociale. Elle ne s'impose que dans certaines situations, garantit la circulation de l'information entre tous les soignants de proximité et veille à la bonne succession des interventions à domicile. Exercée en lien avec le médecin traitant, elle est assurée par un professionnel de santé libéral (le plus souvent une infirmière) ou par une équipe de soins pluri professionnelle.

Dès lors, il convient de mettre en place une organisation nouvelle qui garantisse la cohérence des interventions des différents acteurs dans le respect du libre choix de la personne soignée.

Devant la multiplicité des situations de prise en charge coordonnée rencontrées en ville, et l'hétérogénéité d'implication de chaque professionnel de santé dans ces fonctions de coordination selon les pathologies, des expérimentations devront être menées. Celles-ci auront fait l'objet au préalable d'un examen par le comité de suivi de l'accord prévu par l'article 3.7.

L'accord constitue un cadre de réflexion privilégié pour la mise en place d'expérimentations.

Les modalités de ces expérimentations, notamment la définition de la fonction de coordination à domicile, les conditions de mise en œuvre et de rémunération, ainsi que le dispositif d'évaluation, sont précisées dans le cadre d'avenants au présent accord. Ces expérimentations sont menées en cohérence avec la démarche générale de réflexion sur les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie proposée par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

Sous réserve d'évaluation positive et d'accord des parties, ces expérimentations peuvent être généralisées dans le cadre des conventions nationales.

2.2.1 Optimiser le parcours en facilitant le lien ville-hôpital

La coordination lors de la sortie d'hospitalisation constitue une phase de transition clef dans le parcours de soins des patients.

Optimiser le parcours de soins suppose que les différents intervenants, notamment le médecin traitant, puissent être connus et informés avant la sortie. L'établissement de santé contribue à l'amélioration des sorties d'hospitalisation dans le cadre de l'article L. 1111-2, 8ème alinéa, du code de la santé publique et veille notamment à communiquer au médecin traitant en temps utile l'information nécessaire à la poursuite de la prise en charge en dehors du cadre hospitalier.

L'optimisation de la sortie d'hôpital nécessite d'améliorer l'information et la coordination des différents intervenants. Elle intervient en deux temps : dans une phase de mise en relation où le patient choisit librement ses professionnels de santé, le cas échéant grâce à l'intervention de l'assurance maladie obligatoire notamment avec ses programmes d'accompagnement du retour à domicile, et dans une phase d'organisation des soins au domicile du patient.

Les expérimentations doivent prévoir le rôle de l'assurance maladie obligatoire et les modalités d'information du coordonnateur à domicile, qui est un professionnel de santé libéral.

Elles précisent également les modalités de l'information des patients sur la prise en charge à la sortie d'hospitalisation et de l'organisation de la sortie d'hospitalisation.

2.2.2 La coordination autour d'un patient atteint d'une pathologie chronique ou souffrant de polypathologies

La prise en charge au long cours de patient chronique ou en situation de maintien à domicile repose sur l'implication de tous les acteurs et sur une coordination performante entre tous les intervenants.

Les professionnels de santé peuvent se voir confier, en accord avec le patient et le médecin traitant, le suivi quotidien de la prise en charge dans ces situations qui nécessitent notamment des bilans réguliers, un suivi de l'observance.

A.B.

Au-delà des principes de coordination, la mise en place d'une nouvelle organisation des soins autour du patient nécessite de définir les modes de collaboration entre professionnels de santé, notamment en terme de transmission d'information entre les différents acteurs.

2.2.3 La coordination dans le cadre de la prise en charge de la dépendance à domicile

Les principes énoncés dans le paragraphe précédent s'appliquent au patient dépendant d'autant qu'il peut être atteint d'une pathologie chronique ou souffrir de plusieurs pathologies. La prise en charge de la dépendance à domicile est spécifique en raison de deux facteurs : l'âge du patient dépendant et le caractère irréversible de l'état de dépendance qui s'aggrave avec le temps. Cette prise en charge dure en moyenne quatre ans. La dépendance, qui s'accompagne d'une aide plus ou moins importante à la vie quotidienne assurée soit par un aidant familial soit par un auxiliaire de vie, nécessite une articulation entre les différents intervenants compatible avec les impératifs liés aux soins.

En accord avec le patient ou son représentant et le médecin traitant, et quand il y a nécessité de soins, la coordination au quotidien, à proximité immédiate de la personne et des aidants naturels ou professionnels doit être assurée par le professionnel de santé qui doit veiller à l'organisation des soins au quotidien.

2.3 Partage de l'information entre professionnels de santé

Le partage d'information entre les professionnels de santé constitue un enjeu important dans la mesure où il contribue à la qualité et à la sécurité des soins ainsi qu'à l'efficience du système de santé.

Le développement des moyens de communication, avec notamment l'informatisation des professionnels de santé et le développement du dossier médical personnel, ainsi que la multiplicité du nombre d'intervenants dans la prise en charge d'un patient accroît le partage de l'information entre professionnels de santé.

Dans le cadre de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, les professionnels de santé sont habilités à échanger, sauf opposition de la personne dûment avertie, des informations sur une même personne prise en charge afin assurer la continuité des soins ou déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible.

Quelles que soient les modalités de cet échange d'information, par voie électronique ou par tout autre moyen, il doit avoir lieu dans un cadre sécurisé pour permettre de garantir la qualité de l'information et la confidentialité des éléments relatifs à l'état de santé du patient.

Les professionnels de santé s'engagent à développer et à utiliser un cadre adapté pour améliorer le partage d'information, dans le respect des dispositions réglementaires existantes. L'assurance maladie obligatoire contribue à favoriser le développement d'outils en la matière afin d'assurer la qualité de fonctionnement de ses applications pour le poste de travail et une bonne ergonomie pour les utilisateurs.

A.B

2.4 Participation au développement professionnel continu

Les parties au présent accord affirment leur souhait de s'engager dans la mise en oeuvre du dispositif de développement professionnel continu 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.

Elles souhaitent que des programmes de développement professionnel continu à vocation interprofessionnelle soient développés car ils favorisent l'échange et le partage d'informations et d'expériences entre professionnels de santé.

Dans le respect du cadre réglementaire organisant le développement professionnel continu, les parties proposent dans ce cadre des orientations nationales, pouvant être déclinées au niveau régional, dont la mise en œuvre inter professionnelle contribue à l'amélioration de la qualité des soins.

3. Relations entre les professionnels de santé et les caisses d'assurance maladie

3.1 Echanges personnalisés entre les professionnels de santé et les caisses d'assurance maladie

L'accord contribue à la mise en œuvre d'une offre de service dédiée aux professionnels de santé, pour une relation privilégiée entre chaque professionnel et l'Assurance maladie. Cette offre de service est développée pour faciliter les échanges avec l'assurance maladie, dès le moment de l'installation, et est conçue dans le cadre d'une stratégie multi canal (téléphone, courriel, accueil physique).

L'assurance maladie obligatoire met en place, dans chaque régime, une offre optimisée de la relation téléphonique, en proposant un numéro d'appel dédié aux professionnels de santé et non surtaxé. Ce service est coordonné notamment avec le service médical.

La relation téléphonique est organisée de telle sorte que sauf cas particulier, les demandes ayant trait à la situation et aux droits des patients, les paiements, les rejets et les commandes d'imprimés fassent l'objet d'une réponse sans renvoi à un second niveau d'expertise. Les sujets relatifs à l'application de la convention, l'orientation vers le service médical et l'assistance technique à l'usage des téléservices peuvent justifier l'intervention d'un second niveau d'expertise avec réponse immédiate ou différée.

Dans tous les cas, le délai moyen de réponse est de 48 H au maximum.

Par ailleurs, l'Assurance maladie obligatoire développe, dans le cadre de son portail « Espace pro », des canaux d'échanges sécurisés pour les informations à caractère confidentiel entre les médecins et les praticiens conseils, dans un premier temps pour le protocole de soins électronique. Dans un second temps, il s'agit de mettre à disposition de l'ensemble des professionnels de santé une zone libre d'échanges sécurisés au sein des télé-procédures proposées par l'assurance maladie obligatoire, comme cela existe déjà pour le protocole de soins électronique et la demande d'accord préalable.

Le développement des échanges personnalisés et sécurisés s'appuie sur un dispositif de communication des coordonnées téléphoniques et électroniques de l'assurance maladie et de chaque professionnel de santé mises à jour régulièrement.

3.2 Echanges sur l'offre de soins

L'assurance maladie obligatoire met à disposition des assurés un outil d'information, « Ameli direct », permettant de connaître l'offre de soins et les tarifs pratiqués par les professionnels.

Les parties signataires de l'accord s'engagent à participer à la concertation sur le développement de ce service et ses évolutions ultérieures. L'UNPS et les organisations syndicales signataires peuvent faire part de leurs demandes d'amélioration du service.

Elles veillent à ce que le professionnel puisse formuler d'éventuelles demandes de modifications ou corrections sur les informations le concernant et figurant sur le site « Ameli

 A.B.

direct » et obtienne des réponses appropriées notamment par l'intermédiaire de référents placés auprès des caisses.

3.3 Programmes d'accompagnement

L'assurance maladie obligatoire propose également de rénover l'organisation et le contenu des échanges avec les professionnels dans le cadre des programmes d'accompagnement. Cette rénovation permet de favoriser un dialogue constructif et participatif personnalisé entre les professionnels de santé et les délégués de l'assurance maladie ou praticiens conseils.

Les programmes d'accompagnement sont présentés au sein de l'instance paritaire nationale instaurée par la convention nationale de chaque profession respectivement concernée.

Dès lors que l'instance paritaire nationale de chaque profession a été informée des programmes et de leur contenu et sauf désaccord de l'instance paritaire sur lesdits programmes, les parties signataires du présent accord s'engagent à les accompagner auprès des professionnels concernés.

Dans ce contexte, les professionnels sont sollicités de manière adaptée et équilibrée en améliorant l'organisation sur l'année, de la périodicité, du nombre de visites et de leur contenu.

3.4 Echanges par services électroniques

3.4.1 Engagements des parties signataires

Les parties considèrent comme déterminantes les mesures ayant pour objet de simplifier la gestion administrative des échanges entre le professionnel de santé, l'assuré et l'assurance maladie obligatoire, dans le respect des dispositions réglementaires et conventionnelles. A ce titre, elles s'engagent à promouvoir l'utilisation des télé-services et des feuilles de soins électroniques.

La modernisation des processus entreprise par l'assurance maladie obligatoire doit être poursuivie et améliorée grâce à la généralisation de nouveaux outils comme les télé-services, la numérisation des documents papier et leur dématérialisation à terme ainsi que la mise à disposition en ligne d'informations utiles à l'exercice du professionnel, dans ses relations avec l'assuré et l'assurance maladie.

Concernant plus particulièrement la prescription, les parties signataires conviennent que la dématérialisation constitue la solution cible de la démarche de simplification des échanges dans laquelle elles se sont engagées. Elles reconnaissent par ailleurs que la dématérialisation permet une meilleure traçabilité de la prescription.

Les différents outils et services mis à disposition des professionnels de santé sont conçus de telle sorte qu'ils diminuent le temps de travail consacré aux formalités administratives pour permettre à ces derniers de se concentrer sur leur pratique d'acteur de santé et ainsi de mieux répondre aux besoins de soins des patients.

A.B

Les parties signataires sont ainsi attachées à mettre à disposition des professionnels des services accessibles au travers des logiciels utilisés dans leur pratique quotidienne, ce qui évite les double saisies et permet de disposer de données à jour pour alimenter leurs propres dossiers.

L'assurance maladie obligatoire convient que la mise à disposition des télé-services doit être réalisée en mode intégré au logiciel en plus du mode navigateur ; elle inscrit donc dans ses contraintes de développement technique cette double modalité d'offre de services et s'engage à mettre en œuvre les moyens pour y répondre simultanément.

En outre, l'assurance maladie obligatoire admet que le professionnel doit pouvoir bénéficier de différents services utiles à l'exercice de sa pratique professionnelle impliquant d'autres professionnels de santé. Pour ce faire, les services doivent respecter un cadre d'interopérabilité.

A ce titre, elle s'engage à publier régulièrement le cadre d'interopérabilité des télé-services. Ces guides sont présentés au comité visé à l'article 3.6.

Les parties signataires veillent à la mise à disposition d'outils d'une ergonomie adaptée et d'utilisation rapide, prenant en compte les contraintes de la pratique du professionnel en terme notamment de santé publique, de prise en charge et de suivi du patient, dans le cadre global de l'organisation de son cabinet ou de son entreprise.

A ce titre, les parties s'impliquent dans la définition ou l'amélioration des services mis à disposition du professionnel, collaborent à leur élaboration, à leur analyse critique, en favorisant notamment leur expérimentation, cela afin d'améliorer leur acceptation et leur utilisation. Elles proposent leurs éventuelles corrections avant mise à disposition et évaluent leur mise en application pour en prévoir les évolutions nécessaires. Elles s'impliquent enfin dans le processus de déploiement et de généralisation du service offert.

Les parties signataires considèrent que leurs engagements en termes de qualité des services offerts au professionnel à chaque stade de leur mise à disposition, concernent non seulement chaque service proposé au professionnel, mais leur articulation avec l'usage du service dans la pratique quotidienne du professionnel et avec le cas échéant le système SESAM-Vitale.

A cette fin, elles participent à l'élaboration des aides au remplissage de ces supports qu'ils s'agissent d'éléments d'ordre administratif ou médical par consultation de référentiels réglementaires ou conventionnels.

Par ailleurs, elles continuent de maintenir en tant que service le système SESAM-Vitale et conviennent de l'importance d'accompagner l'adoption par le professionnel de santé de la dernière version du cahier des charges SESAM-Vitale, dans le délai imparti fixé par chaque convention nationale concernant respectivement chaque profession.

En outre, elles se concertent sur les mesures d'accompagnement des professionnels visant à favoriser l'acceptation et l'adhésion des professionnels lors de la mise à disposition ou de la mise à jour des services.

Enfin, elles proposent périodiquement les services complémentaires permettant de contribuer à l'allègement des charges administratives des différents acteurs et à prioriser le cas échéant

A.B

leur mise en service, en tenant compte de leurs contraintes techniques, fonctionnelles ou financières respectives.

Dans ce but, elles participent activement au comité technique interprofessionnel de modernisation des échanges visé à l'article 3.6.

3.4.2 Actualisation et sécurisation des services

Les parties définissent les conditions et moyens nécessaires pour garantir l'intégration en temps utile des évolutions des équipements des professionnels de santé afin qu'ils restent conformes à la réglementation et assurent la continuité du service de la télétransmission au bénéfice des assurés sociaux. Par exemple, les parties définissent leurs engagements conduisant à l'utilisation effective par chaque professionnel de santé concerné de la version de logiciels correspondant à la version du cahier des charges SESAM-Vitale définie conventionnellement, ce qui garantit de disposer des données conformes à la réglementation en vigueur et du socle technique adapté.

La modernisation des échanges entre le professionnel de santé, l'assuré et l'assurance maladie obligatoire exige en effet que chaque professionnel utilise les services proposés dans le cadre de l'application du présent accord et les offre aux patients.

A ce titre, la sécurisation des systèmes d'information garantissant des intrusions externes est impérative.

3.4.3 Engagement des caisses

Les caisses informent les « conseillers informatiques services » des nouveaux services mis à la disposition des professionnels et organisent des plans de formation de ces conseillers pour leur permettre d'accompagner les professionnels de santé dans l'utilisation de ces services.

Les caisses mettent en place une organisation spécifique favorisant l'information des professionnels de santé qui le demandent dans les meilleurs délais.

Les caisses diffusent des supports pédagogiques pour aider le professionnel dans l'utilisation des services.

3.5 Contrôles et contentieux

L'assurance maladie obligatoire est fondée sur trois principes fondamentaux : l'égalité d'accès aux soins, la qualité des soins et la solidarité.

Afin de garantir à tous les assurés un égal accès aux soins et maîtriser les dépenses publiques, elle doit veiller à contrôler la bonne application des lois et règlements en vigueur.

Au même titre que les contrôles sur les comportements d'assurés, les activités d'établissements, le contrôle de l'activité des professionnels de santé répond aux

A.B

préoccupations de l'assurance maladie obligatoire pour garantir la sincérité, la régularité et l'opportunité de ses prises en charge.

L'assurance maladie obligatoire s'engage à mener ses contrôles dans le strict respect des textes législatifs, réglementaires et conventionnels existants, et selon des principes de confidentialité, de respect du contradictoire et de la présomption d'innocence, tant dans ses démarches de contrôle des activités que dans les sanctions qu'elle engage.

3.6 Création d'un comité technique inter professionnel de modernisation des échanges (COTIP)

Il est créé un comité technique inter professionnel de modernisation des échanges chargé de proposer le programme et le calendrier des services destinés à favoriser l'allègement de la gestion administrative des relations entre les professionnels, les assurés et l'assurance maladie. Il prépare dans son champ de compétence les décisions du comité de suivi de l'accord.

Le comité est composé :
- de représentants de l'assurance maladie obligatoire,
- de représentants de l'UNPS.

Le comité est mis en place par le comité de suivi de l'accord.
Il se réunit au moins quatre fois par an et en tant que de besoin.

Les convocations sont adressées, par voie électronique, par le secrétariat du comité de suivi de l'accord aux membres du comité, quinze jours avant la date de la réunion, accompagné de l'ordre du jour établi par le secrétariat du comité de suivi de l'accord, après avis favorable du président et du vice-président du comité de suivi de l'accord.

Les deux sections s'engagent à être toujours représentées dans des conditions permettant le fonctionnement du comité. Le comité est présidé par un professionnel de santé libéral, représentant de l'UNPS.
En cas de difficulté de fonctionnement, le comité de suivi de l'accord est saisi.

Il assure le suivi du programme de modernisation des échanges, contribue à l'élaboration, à la mise à disposition, à l'utilisation et à l'évolution des services de simplification des échanges.

Il analyse les difficultés éventuelles et propose des solutions concernant tant la réalisation du programme que la mise à disposition des services et leurs évolutions pour satisfaire les besoins des utilisateurs.
Il établit un bilan annuel, quantitatif et qualitatif, des services mis à disposition des professionnels, des assurés et de l'assurance maladie.

Il est saisi de toute question ayant trait à la simplification des échanges telle que visée à l'article 3.4 du présent accord.

Sont d'ores et déjà inscrites au programme, les thématiques suivantes :

- Interopérabilité des télé-services

A.B

- Historique de Remboursements
- Protocole de soins électronique
- Avis d'arrêt de travail
- Déclaration du médecin traitant
- Dématérialisation des prescriptions
- Dématérialisation de l'accord préalable
- La scannérisation des ordonnances
- La mise en ligne des informations disponibles via le portail de l'assurance maladie obligatoire, la commande de formulaires
- La facturation selon le système SESAM-Vitale

Les membres du comité tiennent compte des avis sur les cahiers des charges, les référentiels ou tout autre document technique opposable, rendus par les instances conventionnelles paritaires nationales de chacune des professions considérées.

3.7 Création d'un comité de suivi de l'accord (CSA)

Il est institué, entre parties signataires, un comité de suivi de l'accord (CSA).

3.7.1 Composition

Le comité de suivi de l'accord est composé paritairement de deux sections :

- représentants de l'assurance maladie obligatoire (UNCAM) signataire du présent accord ;
- représentants des différentes professions de santé composant l'Union Nationale des Professionnels de Santé (UNPS) dès lors qu'au moins une organisation syndicale de la profession est signataire du présent accord.

Chaque section désigne son président.

<u>Représentants de l'assurance maladie</u>

12 sièges sont répartis de la manière suivante :

- 12 représentants de l'assurance maladie obligatoire dont 6 représentants du régime général, 3 représentants du régime agricole et 3 représentants du régime des indépendants.

<u>Représentants des différentes professions de santé composant l'UNPS.</u>

12 sièges répartis entre les représentants de l'UNPS.

3.7.2 Missions

Le comité de suivi de l'accord a un rôle d'orientation et de coordination entre les différentes parties signataires.

AB

Il permet de créer une concertation entre les signataires et assure le suivi régulier des différents aspects dans le champ de l'accord cadre inter professionnel.

Le comité de suivi de l'accord a notamment pour fonction de :

- s'assurer du respect de l'accord par les parties ;
- examiner les projets et les résultats de l'évaluation des expérimentations prévues à l'article 2.2 du présent accord ;
- examiner le respect des conditions de financement de l'UNPS ;
- étudier les différents thèmes pouvant faire l'objet d'un programme de développement professionnel continu ;
- préparer les avenants et annexes à l'accord.

3.7.3 Fonctionnement

Le comité est mis en place dans les trois mois suivant l'entrée en vigueur du présent accord.

Réunions et tenue du secrétariat

Le comité de suivi de l'accord se réunit en tant que de besoin et au minimum 2 fois par an.
La réunion est de droit lorsqu'elle est demandée par le président ou le vice-président.

Les convocations sont adressées, par voie électronique, par le secrétariat aux membres de la commission, quinze jours avant la date de la réunion, accompagné de l'ordre du jour établi par le secrétariat en accord avec le président et le vice-président.

Les moyens nécessaires à la tenue du secrétariat et au fonctionnement du comité sont mis en place par l'UNCAM. Le secrétariat assure toutes les tâches administratives du comité (convocations, relevés de décisions, comptes rendus, constats de carence…).

Les présidents de chacune des sections assurent par alternance annuelle, par année civile, la présidence et la vice présidence du comité.

Les deux sections s'engagent à être toujours représentées dans des conditions permettant le fonctionnement du comité.

Chaque section fait appel en tant que de besoin à des conseillers techniques dont elle juge la présence nécessaire. Le nombre de conseillers est limité à 4 par section. Les conseillers techniques n'interviennent que sur les points inscrits à l'ordre du jour sur lesquels leur compétence est requise.

Chaque membre peut se faire valablement représenter par un autre membre de sa section.

Délibérations :

Le comité ne peut délibérer valablement que si le quorum est atteint. Le quorum s'entend comme un nombre de membres présents ou valablement représentés au moins égal à la moitié des membres composant chaque section.

A.B

En l'absence de quorum, un nouveau comité est convoqué dans un délai de 15 jours. Il délibère valablement quel que soit le nombre de membres présents, sous réserve que la parité soit respectée.

Les membres du comité ne doivent pas faire publicité des délibérations.

Conditions de vote :

Les décisions sont prises à la majorité simple des suffrages exprimés. Le nombre de votes est calculé sans tenir compte des bulletins blancs ou nuls.

En cas de partage des voix et s'il n'est pas proposé de proposition transactionnelle, il est procédé à un second vote. La délibération sur le point litigieux est adoptée à la majorité simple des voix exprimées. En cas de maintien du partage égal des voix, la voix du président est prépondérante.

Le comité délibère hors la présence des conseillers techniques.

Les délibérations font l'objet d'un relevé de décision, ou figurent dans le compte rendu de la réunion, établi dans les deux mois de la tenue du comité. Ce document est adressé à chaque membre puis soumis à l'approbation des membres lors de la prochaine séance.

Carence :

Il y a situation de carence dans les cas suivants :

- défaut d'installation dans le délai imparti résultant de l'incapacité d'une section à désigner ses membres ;
- dysfonctionnement : non tenue de réunion résultant de l'incapacité répétée (deux fois consécutives) 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 ;
- absence répétée de quorum (deux fois consécutives) à des réunions ayant donné lieu à convocation officielle, du fait de l'une ou l'autre section, refus répété (deux fois consécutives), par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour ;
- refus répété (deux fois consécutives), par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour.

Dans tous 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 dans les meilleurs délais. Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant ce constat, la section n'étant pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à cette instance jusqu'à ce qu'il soit remédié à la situation de carence.
Lorsque la carence résulte du refus de voter un point inscrit à l'ordre du jour, le constat de carence ne porte que sur ce point.

3.7.4 Mise en place de comités régionaux

En tant que de besoin, des comités régionaux pourront être mis en place dans le cadre des expérimentations faisant l'objet d'un avenant au présent accord.
Les membres sont désignés par chaque section du comité de suivi de l'accord afin d'assurer une représentation équilibrée des différentes parties à l'accord. Pour permettre une cohérence avec le projet régional de santé, l'agence régionale de santé peut assister à ces réunions.

3.8 Commissions Paritaires Régionales

Au regard des évolutions législatives intervenues ces dernières années, l'échelon territorial régional a été reconnu comme un cadre adapté pour la gestion du risque maladie notamment.

Forts de ce constat, les parties signataires du présent accord affirment conjointement la nécessité de disposer au niveau régional - pour chaque profession de santé visée aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-16-1 et L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale - d'une instance de représentation constituée entre l'assurance maladie et les syndicats représentatifs des professionnels de santé libéraux signataires des conventions nationales.

A cette fin, elles estiment que le rôle des commissions paritaire régionales, instituées dans le cadre des conventions nationales conclues entre l'assurance maladie et les syndicats représentatifs des professions de santé, est primordial.

3.9 Droits et devoirs des professionnels adhérents aux conventions nationales : conséquences sur les avantages sociaux

Les professionnels de santé adhérant aux conventions nationales s'engagent à respecter un certain nombre d'obligations notamment les tarifs fixés par les textes conventionnels, en contrepartie desquelles les caisses d'assurance maladie s'engagent dans les conventions nationales à participer notamment à la prise en charge des cotisations conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

Les parties signataires s'accordent pour que la participation des caisses d'assurance maladie au financement des cotisations dues au titre des revenus d'activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des professionnels de santé soit négociée dans le cadre des conventions nationales avant le 31 décembre 2012.

Elles réaffirment leur attachement à cette participation qui constitue l'un des socles fondamentaux des relations conventionnelles entre l'Assurance maladie et les professionnels de santé.

4. Durée et conditions d'application de l'accord

4.1 Durée et résiliation de l'accord

Le présent accord est conclu pour une durée de 5 ans à compter de la date d'entrée en vigueur du texte.

Il peut être résilié par les parties, soit par décision de l'UNCAM, soit par décision de l'UNPS, dans les cas suivants :

- non respect grave et répété des engagements de l'accord du fait de l'une des parties ;
- modifications législatives ou réglementaires affectant substantiellement les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professions de santé pour lesquelles le présent accord est applicable.

La résiliation s'effectue par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à tous les signataires du présent accord. L'UNCAM invite alors l'UNPS à engager de nouvelles négociations dans un délai de 6 mois.

L'accord cadre arrivé à échéance ou résilié continue de produire ses effets jusqu'à la publication au Journal Officiel d'un nouvel accord cadre.

4.2 Modalités de révision de l'accord

Le présent accord peut être modifié par voie d'avenant.

4.3 Application et conséquences pour les professions de santé

4.3.1 Application de l'accord

Le présent accord est applicable aux professions de santé dont au moins un syndicat représentatif est signataire de l'accord, sauf opposition valablement formée par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives de la profession, dans les conditions prévues à l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale.

Les organisations syndicales des professions de santé signataires du présent accord ainsi que l'assurance maladie s'engagent à reprendre et décliner dans le cadre des conventions nationales les principes qui sont présentement actés.

Une organisation syndicale représentative signataire peut décider de dénoncer son adhésion au présent accord en cas de non respect grave et répété des engagements de l'accord du fait de l'une des parties ou de modifications législatives ou réglementaires affectant substantiellement les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professions de santé pour lesquelles le présent accord est applicable.
Si cette organisation syndicale est la seule, ou la dernière, organisation syndicale représentative signataire pour la profession, la dénonciation de la signature conduit à rendre inapplicable l'accord à la profession concernée.

A.B

La dénonciation doit s'effectuer par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à tous les signataires du présent accord.

4.3.2 Notification

Les caisses d'assurance maladie informent les professionnels de santé qui sollicitent leur adhésion à une convention nationale des textes applicables, aussi bien les conventions nationales que le présent accord cadre.

L'assurance maladie obligatoire met à disposition des professionnels de santé, sur son site internet, le présent accord cadre dans un délai d'un mois suivant sa publication au journal officiel.

4.4 Contribution de fonctionnement de l'Union Nationale des Professionnels de Santé

L'article L. 182-4 du code de la sécurité sociale prévoit que l'Union nationale des professionnels de santé reçoit une contribution à son fonctionnement de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Le montant de cette contribution ainsi que ses modalités de versement et de contrôle sont définis à l'annexe 1 du présent accord cadre.

Fait à Paris, le 15 mai 2012

Pour l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie,
Le Directeur Général, Frédéric van ROEKEGHEM

Et

L'Union Nationale des Professionnels de Santé,
Le Président, Alain BERGEAU

A.B

<u>Annexe 1</u> : Contribution de fonctionnement de l'Union Nationale des Professionnels de Santé

Conformément à l'article L. 182-4 du code de la sécurité sociale, l'Union nationale des professionnels de santé reçoit une contribution à son fonctionnement de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Cette contribution de fonctionnement correspond aux seules dépenses de gestion dûment justifiées et engagées pour l'exercice des missions de l'UNPS.

L'UNPS a notamment pour rôle, en application de la réglementation en vigueur, de :
- émettre des avis sur les propositions de décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie prises en application des articles L. 322-2, L. 322-3 et L. 322-4, à l'exception de la décision mentionnée au troisième alinéa du I de l'article L. 322-2 ;
- examiner annuellement un programme annuel de concertation avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire ;
- négocier l'accord cadre prévu à l'article L. 162-1-13 du code de la sécurité sociale ;
- participer aux travaux du groupement d'intérêt public dénommé « institut des données de santé »
- siéger au conseil national de la qualité et de la coordination des soins et dans différentes instances nationales (COPIL SNIIRAM, ...).

1. Fixation et montant de la dotation

Le montant de la contribution de fonctionnement est fixé, à compter de l'exercice 2012, à un montant de 800 000 euros.

Ce montant peut être revu par voie d'avenant au présent accord.

2. Conditions de versement de la dotation

- Modalités de versement de la dotation

La CNAMTS effectue les versements à l'UNPS.

Ce versement s'effectue au début de chaque trimestre (terme à échoir), sur la base de 90 % de l'état prévisionnel annuel, lui-même établi dans la limite de la dotation fixée pour l'année d'exercice.

- Etat budgétaire prévisionnel annuel

L'UNPS s'engage à transmettre avant le 1er décembre de l'année n-1 un état budgétaire prévisionnel annuel des dépenses de l'année n, dans la limite de la dotation fixée pour l'année n. Les états budgétaires prévisionnels annuels doivent être signés par le président et le trésorier de l'UNPS.

- Etat récapitulatif annuel des dépenses supportées

AB

A l'issue de l'exercice de l'année n et au plus tard au 30 avril de l'année n+1, l'UNPS s'engage à présenter à la CNAMTS, un état récapitulatif attestant des dépenses supportées au cours de l'exercice n. Les états récapitulatifs annuels originaux doivent être signés par le président et le trésorier de l'UNPS. Ils sont certifiés conformes aux écritures comptables par un commissaire aux comptes.
L'état récapitulatif annuel est détaillé par poste de dépenses et de recettes.

Dans l'hypothèse où l'état fait apparaître un montant inférieur à celui versé par la CNAMTS au titre de l'année considérée, l'UNPS reverse à la CNAMTS le montant de cette différence dans le mois qui suit la remise de cet état.

Dans l'hypothèse où l'état ferait apparaître un montant supérieur à celui versé par la CNAMTS, au titre de l'année considérée, la CNAMTS ne participerait pas aux dépenses supplémentaires qui résulteraient du dépassement du budget prévisionnel annuel des dépenses.

L'UNPS tient, en son siège, à la disposition de la CNAMTS, les justificatifs de l'ensemble des dépenses engagées pour le fonctionnement de l'UNPS. Elle s'engage à présenter à la CNAMTS, au plus tard au 30 avril de l'année n+1 :
- une attestation établissant que la contribution de fonctionnement versée correspond aux seules dépenses de gestion dûment facturées et engagées pour l'exercice des missions réglementairement prévues pour l'UNPS ;
- un rapport d'activité retraçant l'ensemble des activités de l'UNPS au cours de l'année n.

3. Contrôles de l'utilisation de la dotation

- compte de résultat et bilan comptable

L'UNPS s'engage à produire, à l'appui des états de dépenses annuelles, le compte de résultat et le bilan comptable, signés de son président et de son trésorier et certifiés conformes aux écritures comptables par son commissaire aux comptes au plus tard au 30 avril de l'année suivant l'exercice.

- contrôle de l'utilisation des fonds

La CNAMTS a la faculté à tout moment de faire procéder par l'intermédiaire de ses agents, à des contrôles sur pièces ou sur place en ce qui concerne la gestion de la contribution. Ces agents peuvent, 15 jours après information de l'UNPS de leur habilitation à cet effet donnée par le directeur général de la CNAMTS, se faire présenter tous documents justificatifs pour mener à bien leur mission, sans que l'UNPS puisse s'y opposer. Ces agents peuvent, si nécessaire être accompagnés d'auditeurs externes.

Si des irrégularités de gestion étaient constatées à cette occasion, la CNAMTS notifie par lettre recommandée avec demande d'avis de réception à l'UNPS, le détail des sommes réclamées en l'invitant à présenter, si elle le souhaite, des observations écrites dans un délai d'un mois. A l'issue de ce délai et au regard des éventuelles observations présentées par l'UNPS, la CNAMTS se réserve la possibilité d'engager les poursuites nécessaires de déduire

AB

des versements suivants et/ou de récupérer immédiatement les sommes versées qui auraient été utilisées pour financer toute dépense étrangère au fonctionnement de l'UNPS, dans le cadre de l'exercice de ses missions propres. Le lancement de cette procédure ne peut intervenir que 15 jours au minimum après information des membres du comité de suivi de l'accord.

4. Gestion de la période transitoire entre les exercices 2011 et 2012

Jusqu'en 2011, un arrêté ministériel fixait la contribution de fonctionnement de l'UNPS. De manière dérogatoire pour l'exercice 2012, l'état budgétaire prévisionnel annuel sera communiqué par l'UNPS à la CNAMTS dans un délai de 1 mois à compter de l'entrée en vigueur du présent accord.

La CNAMTS dispose d'un mois à compter de la réception dudit état pour effectuer le 1er versement. En fonction de la date de ce 1er versement, le montant sera recalculé pour tenir compte de la période écoulée depuis le début de l'exercice pour lesquels les versements n'ont pas été effectués.

Par ailleurs, l'UNPS transmettra dans un délai d'un mois à compter de l'entrée en vigueur du présent accord, un état financier récapitulant les fonds versés au titre des exercices précédents, et faisant apparaître le solde non consommé au titre des exercices antérieurs à 2012.

Ce document doit être signé du président et du trésorier de l'UNPS et certifié conforme aux écritures comptables par le commissaire aux comptes pour les exercices concernés.

En cas de solde positif, ce solde sera reversé à la CNAMTS dans les 3 mois de transmission du document.

AB