

Contrat d'amélioration des pratiques individuelles

Entre les soussignés :

la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de
(adresse).....,
désignée comme « la caisse »,

Et
le Docteur.....
(adresse).....,
Numéro d'identification :
désigné comme « le médecin »,

Vu les articles L.162-5 et L.162-12-21 du Code de la Sécurité Sociale,

Vu la Loi n°2004-810 du 13 août 2004,

Vu la convention nationale conclue entre les médecins libéraux et l'assurance maladie le 12 janvier 2005,

Vu le Décret n°2008-593 du 23 juin 2008, fixant le délai d'opposition au contrat-type national prévu à l'article L.162-12-21 du code de la sécurité sociale

Vu la décision du directeur de l'UNCAM [Date et n° de la décision du contrat type]

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1 : Champ du contrat

Le docteur X et la caisse primaire de Y conviennent de conforter leur implication dans le dépistage et la prévention, d'améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques et de promouvoir l'efficacité de la prescription. Leurs efforts s'articulent autour d'objectifs définis ci-dessous qui s'inscrivent dans le cadre des objectifs de santé publique définis par le Parlement et des avis et référentiels définis par la Haute Autorité de Santé.

Article 2 : Durée du contrat.

Le contrat est conclu pour une durée de 3 ans à compter de sa date d'entrée en vigueur.

Il entre en vigueur le 1^{er} jour du trimestre suivant celui de sa signature.

Article 3 : Engagements du médecin

Le médecin contractant s'engage sur 3 ans à :

- à consolider sa participation aux actions de dépistage et de prévention, notamment en matière de vaccination contre la grippe, de dépistage du cancer du sein, de iatrogénie médicamenteuse,
- à garantir la qualité dans son suivi des patients atteints de pathologie chronique, en particulier le diabète, l'hypertension artérielle et l'asthme,
- à promouvoir une meilleure efficacité des soins en matière de prescription des médicaments dans le répertoire, ainsi que dans le cadre du traitement des pathologies cardio vasculaires.

Une fiche récapitulative de l'ensemble des indicateurs définissant chacun des objectifs à atteindre est annexée au présent contrat lors de la signature.

Le présent contrat ne peut être conclu avec l'organisme d'assurance maladie si le praticien a fait l'objet, dans les 3 ans qui précèdent, soit d'une condamnation définitive par les tribunaux, pour fraude à l'Assurance Maladie (notamment au titre des articles L.114-13 et L. 377-2 et suivants du code de la sécurité sociale), soit d'une mesure de déconventionnement ou de résiliation pour faute d'un autre contrat avec l'Assurance Maladie.

Article 4 : Engagements de l'Assurance Maladie

4.1 Mise à disposition des données nécessaires à l'évaluation

L'Assurance Maladie s'engage à fournir chaque trimestre les données nécessaires au suivi de l'activité du médecin dans le cadre du présent contrat. Elle s'engage également à informer les patients sur la démarche entreprise.

4.2 Participation financière

L'Assurance Maladie s'engage à verser au médecin un complément de rémunération dont le montant est fixé comme suit :

4.2.1 Le complément de rémunération tient compte de l'atteinte de ces objectifs, et dans les cas pré-définis contractuellement, de la progression réalisée dans l'atteinte des objectifs.

4.2.2 Le complément de rémunération atteint :

- x € par patient et par année d'application du contrat si, pour l'ensemble des indicateurs, le premier tiers du pourcentage d'évolution individuelle est atteint ou dépassé ;
- y € par patient et par année d'application du contrat si, pour l'ensemble des indicateurs, les deux tiers du

- pourcentage d'évolution individuelle sont atteints ou dépassés ;
- z € par patient et par année d'application du contrat si, pour l'ensemble des indicateurs, tous les objectifs sont atteints ou dépassés.

Ces montants ne se cumulent pas.

- 4.2.3 A la fin de chaque année d'application du contrat, au vu des résultats obtenus, le praticien peut, notamment du fait des particularités de sa patientèle, exclure un maximum de deux indicateurs dont un indicateur au maximum parmi les quatre relevant de sa participation à la démarche de dépistage et de prévention et un autre au maximum parmi les sept relevant du suivi de ses patients atteints de pathologie chronique. Ces indicateurs sont alors exclus de l'évaluation de la contrepartie financière uniquement pour l'année donnée.

Les indicateurs écartés et les raisons qui ont justifié leur exclusion sont mentionnés en annexe.

- 4.2.4 La rémunération est versée au médecin par la caisse après mise à disposition des données chiffrées et conformément aux termes de l'article 5 du présent contrat.

Article 5 : Suivi et accompagnement

5.1 Information par les Délégués de l'Assurance Maladie (DAM)

Les DAM informent le médecin sur les engagements et le fonctionnement du contrat. Ils lui communiquent régulièrement ses données chiffrées.

5.2 Mise à disposition des données chiffrées par la caisse

Lors de la signature du contrat, la caisse remet au médecin une analyse chiffrée de sa patientèle dans les domaines visés par les objectifs retenus, au maximum sur les deux années d'activité précédant la conclusion du contrat, ou depuis son installation si le médecin exerce depuis moins de deux ans.

Pendant l'exécution du contrat, le médecin peut également demander un rendez-vous à un médecin-conseil auprès de la caisse pour mieux connaître la progression de sa pratique par rapport aux objectifs convenus.

5.3 Bilan annuel

A chaque date anniversaire d'entrée en vigueur du présent contrat, sont transmis par la caisse au médecin, un tableau récapitulatif des données de l'année écoulée ainsi qu'un bilan reprenant la réalisation des objectifs intermédiaires de l'année achevée et énonçant ceux de l'année à venir

En cas de désaccord sur les résultats communiqués, le praticien peut demander à être reçu par le médecin-conseil auprès de la caisse. A l'issue de cette rencontre, un bilan contradictoire est établi en trois exemplaires dont l'un est adressé au directeur de la caisse. Dans un délai

maximal de deux semaines à compter de la réception de ce document, le directeur de la caisse, fait part de ses observations éventuelles, signe pour validation le bilan établi contradictoirement qui annule et remplace celui initialement transmis.

Un exemplaire au médecin est adressé au médecin.

Article 6 : Résiliation

Le présent contrat peut être résilié à tout moment par le médecin, par lettre recommandée avec accusé réception.

Cette rupture prend effet à la date de réception par la caisse de la lettre de résiliation.

En cas de fraude à l'Assurance Maladie, de fausse déclaration, d'abus de droit, de non-respect par le médecin d'une des obligations du contrat ou dans le cas où les parties ne trouvent pas d'accord à l'occasion de l'ajustement des objectifs réalisés lors du bilan annuel, la caisse peut résilier le présent contrat. Elle notifie sa décision motivée par lettre recommandée avec accusé réception au médecin signataire.

La rupture prend effet à l'échéance d'un délai d'un mois à compter de la réception de la notification par le praticien, à moins qu'il ne le suspende en présentant, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, des observations en réponse.

Quelle que soit la partie qui en a pris l'initiative, si la résiliation intervient entre l'entrée en vigueur et le premier bilan annuel ou entre deux bilans annuels, aucune contrepartie ne sera versée au médecin pour l'année commencée.

Article 7 : Litiges

Les difficultés ou litiges soulevés par la conclusion ou l'application du contrat peuvent faire l'objet d'une conciliation dans le cadre des commissions paritaires locales, réunies en formation médecins.

Le médecin peut notamment solliciter ces instances en cas de désaccord sur son bilan annuel avec le médecin-conseil.

Cette demande suspend les effets du contrat mais ne fait pas obstacle aux voies de recours juridictionnelles habituelles.

Fait à..., le...

Le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie ...	Le médecin

ANNEXE 1 : Indicateurs et niveaux cibles à 3 ans

Catégorie d'indicateur	Thème	Indicateurs proposés (sur patients médecin traitant)	niveau cible à 3 ans
Dépistage et prévention	Grippe	Part des patients =65 ans vaccinés/patients=65 ans	75%*
	Cancer du sein	Part des patientes 50-74 ans participant au dépistage du cancer du sein/patientes de 50 à 74 ans (calcul sur 2 ans)	total mammographies Do et Hors DO: 80%
Prévention "iatrogénie" PA	Vasodilatateurs cérébraux	nombre de patients >65 ans traités/nombre total patients>65 ans	7%
	Benzodiazépines à demi vie longue	nombre de patients >65 ans traités/nombre total patients>65 ans	5%
Amélioration de la pratique, notamment le suivi des patients atteints de pathologie chronique	Diabète	Part des patients diabétiques ayant 3 ou 4 dosages HbA1c/an/total diabétiques de la patientèle	65%
		Part des patients diabétiques ayant un fond d'œil/an /total diabétiques de la patientèle	65%
		Part des patients diabétiques (âge>50 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes) traités par anti hypertenseurs sous statines/ total diabétiques (âge>50 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes) de la patientèle traités par antihypertenseurs	75%
		Part des patients diabétiques (âge>50 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes) traités par anti hypertenseurs sous aspirine faibles doses/ total diabétiques (âge>50 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes) de la patientèle traités par antihypertenseurs	70%
		Part des patients dont l'HbA1c est <7%	50%
	HTA	Part des patients traités par anti hypertenseurs ayant normalisé leurs chiffres tensionnels: <=140/90	50%
	Asthme	traitement de fond par corticoïdes inhalés des patients âgés de 16 ans à 45 ans	50%
Efficacité de la prescription		Taux de prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les antibiotiques/total antibiotiques	90%
		Taux de prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les IPP/ total IPP	80%
		Taux de prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les statines/ total statines	75%
		Taux de prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les antihypertenseurs/ total antihypertenseurs	65%
		Taux de prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les antidépresseurs/ total anti déprimeurs	80%
		Taux de sartans/ total IEC ou sartans , en nombre de boîtes (pour les instaurations de traitement)	40%
Prescription Aspirine seule /total AAP		Part des patients traités par aspirine faible dosage/ total des patients traités par anti agrégants plaquettaires	85%

PROJET