

AVENANT 3

**A LA CONVENTION NATIONALE DESTINEE A ORGANISER LES RAPPORTS ENTRE
LES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES LIBERAUX ET L'ASSURANCE MALADIE**

**signé le 30 novembre 2011, publié au journal officiel le 14 janvier 2012
ayant fait l'objet d'une annulation partielle par le Conseil d'Etat le 17 mars 2014**

– MARS 2014 –

PRECISIONS :

Le présent document correspond au texte actualisé – et aux annexes – de l'avenant n°3 à la convention nationale organisant les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes libéraux et l'Assurance Maladie, signé le 30 novembre 2011 et publié au *Journal officiel* du 14 janvier 2012.

Cet avenant a fait l'objet d'une annulation partielle par le Conseil d'Etat entraînant la suppression des dispositions relatives au dispositif démographique applicable dans des zones « sur dotées » (soit le 4^e alinéa de l'article 1.2.1.1, les articles 1.2.1.3 et 1.2.1.4 et l'annexe 5).

Le texte ci-après a été actualisé pour prendre en compte les modifications induites par la décision du Conseil d'Etat du 17 mars 2014 : les dispositions annulées n'apparaissent plus dans cette version.

Entre :

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie, représentée par M. Van Roekeghem,

Et :

La Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs, représentée par Alain Bergeau (président) ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-12-9, L. 162-14-1 et L. 162-47 ;

Vu le code de la santé publique, notamment l'article L. 1434-7 ;

Vu l'article 128-IV de la loi no 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

Vu l'article 4 de la loi no 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

Vu la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux signée le 3 avril 2007, publiée au Journal officiel du 16 mai 2007, ses avenants et ses annexes ;

Compte tenu du protocole d'accord en date du 17 septembre 2009,

Il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité d'améliorer progressivement la répartition de l'offre de masso-kinésithérapie et de garantir l'accès aux soins des assurés et leur prise en charge homogène sur le territoire national.

Le présent avenant porte en conséquence sur la mise en place de mesures concrètes sur les thèmes suivants :

- un dispositif alliant des incitations à l'installation dans les zones très sous dotées et sous dotées et l'optimisation de la répartition de l'offre de soins sur le territoire en fonction des besoins de soins ;
- l'accroissement de l'efficacité de la prise en charge, à travers le développement progressif de référentiels pour les actes en série conformément à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale modifié en 2009 et l'évaluation continue de leur impact sur l'activité.
La politique de développement des référentiels s'intègre dans un processus plus global de rationalisation et d'amélioration de l'efficacité des modes de recours aux soins. Dans un souci d'harmonisation des pratiques sur tout le territoire, adaptées aux besoins et à l'état de santé des patients, la mise en place de référentiels concerne l'ensemble des acteurs concourant à l'offre de soins, que ce soit en ville ou en établissements de santé, conformément aux dispositions de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale ;
- la juste orientation des patients pour une prise en charge de qualité, en veillant notamment à développer un accompagnement de retour à domicile après hospitalisation en alternative à la prise en charge en établissements de soins de suite et réadaptation (SSR) ;
- la poursuite de la démarche de simplification administrative ;
- l'accompagnement des évolutions de la masso-kinésithérapie à travers une revalorisation tarifaire et des adaptations de la nomenclature.

Article 1. Amélioration de l'accès aux soins

Les parties signataires confirment leur souhait de parvenir à un meilleur équilibre de l'offre de soins de masso-kinésithérapie sur le territoire et de garantir une réponse adaptée aux besoins de soins de la population.

Elles s'accordent sur un dispositif comportant, d'une part, des mesures incitatives et, d'autre part, des mesures de régulation démographique en fonction de l'offre globale de soins de masso-kinésithérapie au sein de chaque région, conformément à l'article L. 162-12-9 du code de la sécurité sociale sous réserve de l'entrée en vigueur des mesures envisagées à l'article 7.2 du présent avenant.

Par ailleurs, les parties signataires insistent sur la nécessité de faire porter la régulation démographique sur l'ensemble de l'offre de soins de masso-kinésithérapie. Elles réaffirment en conséquence l'importance de mieux articuler l'offre sanitaire libérale, celle des SSR, et l'offre médico-sociale.

1.1. Rééquilibrer l'offre de soins de masso-kinésithérapie sur le territoire

Les parties signataires constatent que l'étude de la répartition actuelle des masseurs-kinésithérapeutes libéraux fait apparaître des disparités géographiques d'un facteur de 1 à 4 selon les départements et de 1 à 3 selon les régions, pouvant conduire, dans les zones à faible densité, à des difficultés d'accès aux soins pour la population. Elles affirment leur souhait de contribuer à la réduction progressive de ces disparités en mettant en œuvre par le présent avenant des mesures structurantes sur la répartition de l'offre de soins.

La mise en place de mesures incitatives dans les zones « très sous dotées » et « sous dotées » et de mesures d'accès au conventionnement dans les zones « sur dotées » a pour objectif de contribuer au rééquilibrage de l'offre de soins.

Les parties rappellent que ces mesures ne pourront être mises en œuvre qu'après définition de ces zones, conformément à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique.

1.2. Mettre en œuvre les mesures de rééquilibrage de l'offre globale de soins de masso-kinésithérapie au sein de chaque région

1.2.1. Dispositif de régulation de la démographie kinésithérapique libérale

1.2.1.1. Principes généraux du dispositif de régulation de la démographie kinésithérapique libérale

Les mesures définies au présent article interviennent sous réserve de l'entrée en vigueur des revalorisations définies à l'article 7.2 du présent avenant.

Compte tenu de ce préalable, les mesures suivantes sont arrêtées :

- dans les zones « très sous dotées » et « sous dotées », des mesures d'incitation à l'installation et au maintien en exercice libéral sont proposées, suivant le dispositif qui figure à l'article 1.2.2 du présent avenant ;
- dans les autres zones, l'exercice libéral sous convention n'est soumis à aucune autre condition particulière que celles figurant à l'article 3.1 de la convention nationale.

Les présentes dispositions s'appliquent dans le cadre des dispositions prévues à l'article 3.1 de la convention nationale.

1.2.1.2. Mesures d'accompagnement du dispositif de régulation de la démographie kinésithérapique libérale

Les parties signataires conviennent de renforcer l'offre de service destinée à informer les masseurs-kinésithérapeutes souhaitant s'installer en libéral sous convention sur la répartition démographique de la profession.

L'assurance maladie s'engage à accompagner la mise en œuvre du dispositif aussi bien auprès des professionnels de santé déjà installés que des professionnels ayant un projet d'installation.

L'outil « c@rtosanté », dès lors qu'il est opérationnel, permet ainsi d'aider les masseurs-kinésithérapeutes à établir une analyse de la zone où ils souhaitent s'installer en rendant disponibles en ligne des données concernant l'offre de soins et la consommation de soins dans la circonscription.

Cet outil contribue à l'élaboration du projet du masseur-kinésithérapeute qui souhaite s'installer en libéral.

Par ailleurs, une campagne d'information ciblée se fera par le biais d'un courrier individualisé envoyé aux professionnels installés dans les zones « très sous dotées » et « sous dotées ». L'assurance maladie mettra à leur disposition le contrat permettant l'adhésion au dispositif prévu à l'article 1.2.2.

Cette campagne d'information sera relayée par les délégués de l'assurance maladie. Elle visera à expliquer les mesures prévues au présent avenant ainsi que les différentes aides destinées à favoriser l'installation.

1.2.2. Mesures destinées à favoriser le maintien et l'installation en zones « très sous dotées » et « sous dotées »

Les parties signataires souhaitent mettre en œuvre des mesures incitatives dans les zones « très sous dotées » et « sous dotées » afin de valoriser l'organisation de l'offre de soins de premier recours et favoriser une meilleure répartition des professionnels sur le territoire et la qualité du service rendu à la population.

Les parties estiment en effet nécessaire, par des mesures structurantes favorisant le regroupement et la continuité des soins, de privilégier l'implantation des masseurs-kinésithérapeutes libéraux dans les zones « très sous dotées » et « sous dotées » et favoriser le maintien de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes qui y sont d'ores et déjà installés. Elles souhaitent permettre à chaque masseur-kinésithérapeute de rompre son isolement, de limiter ses contraintes, de se former et ainsi de contribuer à la qualité des soins délivrés sur l'ensemble du territoire.

Ces mesures font l'objet d'une option conventionnelle à adhésion individuelle appelée « contrat incitatif masseur-kinésithérapeute », créée sur la base notamment des dispositions figurant aux articles L. 162-9 (7°) et L. 162-14-1 (4°) du code de la sécurité sociale. Dans le cadre de cette option, il est alloué une participation aux équipements et aux frais de fonctionnement en lien direct avec l'exercice professionnel ainsi qu'une participation adaptée des caisses aux cotisations sociales obligatoires. Les modalités de cette option sont définies aux annexes 1 à 3 du présent avenant.

1.3. Amélioration de l'efficience de la prise en charge des patients par une juste orientation vers les professionnels libéraux de ville

Les partenaires conventionnels souhaitent favoriser l'optimisation du parcours de soins des patients qui est un levier incontournable d'efficience du système de santé.

Afin d'éviter les inadéquations de prise en charge en SSR, les parties rappellent que, dans le cadre de l'article L. 162-2-2 du code de la sécurité sociale, la Haute Autorité de santé (HAS) a publié des recommandations en 2006, complétées en 2008, définissant les traitements chirurgicaux et orthopédiques pour lesquels la rééducation, si elle est indiquée, est réalisable en ville dans la mesure où il n'existe pas d'incompatibilité avec le maintien à domicile du fait du type d'intervention, de complications locales, régionales ou générales, de pathologies associées ou de l'isolement social.

Ces recommandations ont pour objet de fournir au prescripteur de soins de masso-kinésithérapie les outils lui permettant d'apprécier l'opportunité de recourir, pour la rééducation de son patient, à une prise en charge ambulatoire ou en établissement de SSR.

Cependant, en 2008, on estimait à 20 % la part de séjours en SSR inadéquats réalisés après ces actes de chirurgie.

Fort de ce constat, les partenaires conventionnels s'accordent pour rééquilibrer l'orientation des patients en privilégiant, lorsque l'état de santé et l'environnement des patients le permettent, leur prise en charge par des professionnels de santé libéraux.

Dans ce contexte, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a prévu, à l'article 63, la possibilité de mettre sous accord préalable les prestations hospitalières de soins de suite et de réadaptation de certains établissements, au regard de leur activité et de certains actes.

Les partenaires conventionnels, convaincus des possibilités apportées par ce dispositif, mis en place en 2011 en liaison avec les agences régionales de santé (ARS), sur quatre pathologies, s'accordent pour suivre en commun les résultats de son déploiement en 2012.

Un premier bilan sera réalisé dans le cadre des travaux menés par l'observatoire conventionnel dès le premier trimestre 2013, et permettra ainsi d'évaluer les marges de manœuvre financières dégagées.

1.4.Suivi, évaluation et adaptation des différentes mesures de nature à préserver et améliorer l'accès aux soins

Les parties signataires s'entendent pour qu'un suivi et une évaluation au niveau national des mesures figurant au présent article soient réalisés par un observatoire conventionnel, défini à l'article 3 du présent avenant.

L'observatoire s'attachera notamment à examiner l'adéquation des mesures de régulation avec les difficultés d'accès aux soins objectivées.

Au regard des résultats régionaux et des éventuelles difficultés rencontrées dans l'application des mesures de rééquilibrage de l'offre de masso-kinésithérapie libérale, les commissions socio-professionnelles régionales (CSPR) peuvent proposer des adaptations à la CSPN, conformément au point b de l'article 5.3.2 de la convention nationale.

En cas de nécessité constatée au cours du suivi régulier assuré par l'observatoire, les parties signataires peuvent faire évoluer le dispositif instauré par le présent avenant.

Elles s'entendent également pour diffuser largement les constats réalisés par l'observatoire national en matière de répartition démographique des professionnels libéraux.

Une évaluation de l'impact du dispositif sur l'offre de soins de masso-kinésithérapie sera réalisée trois ans après l'entrée en vigueur du présent avenant.

En fonction des résultats de cette évaluation, les parties signataires pourront proposer les adaptations utiles.

Article 2. Amélioration de l'efficience de la prise en charge

Les parties signataires réaffirment leur engagement d'améliorer l'efficience de la prise en charge des soins de masso-kinésithérapie, et leur souhait de réduire les écarts de consommation de soins et les disparités régionales de pratiques inexplicables par l'état sanitaire des populations observées.

Les actions menées s'appuieront notamment sur les outils suivants :

- les protocoles et recommandations publiés par la HAS ;
- les référentiels de pratique médicale et ceux encadrant la prise en charge élaborés par l'assurance maladie dans le cadre de l'article L. 161-39 du code de la sécurité sociale ;
- les référentiels validés par la HAS prévus à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, concernant les actes en série et permettant de médicaliser la procédure de demande d'accord préalable en adaptant à chaque situation de rééducation le nombre d'actes au-delà duquel un accord est nécessaire pour la poursuite du traitement.

L'UNCAM s'engage à associer les représentants des masseurs-kinésithérapeutes libéraux à la démarche d'élaboration de ces référentiels qu'elle proposera pour validation à la HAS.

A cet effet, l'observatoire mis en place par l'article 3 de cet avenant étudiera, en fonction des données disponibles et des possibilités actuelles des systèmes d'information, l'impact des mesures de

nomenclature sur les pratiques de rééducation entrant dans ce cadre, abordant pour chaque situation de rééducation :

- l'évolution du nombre moyen d'actes par série ;
- les disparités régionales ou locales ;
- les avis donnés par les services du contrôle médical ;
- les résultats des plans de contrôle.

Les référentiels ont vocation à optimiser les pratiques de rééducation par masso-kinésithérapie tant en ville qu'en établissement de soins sur la rééducation ostéoarticulaire. Un bilan de la mise en œuvre des référentiels sera réalisé d'ici la fin de la présente convention.

Les situations de rééducation soumises à référentiels validés par la HAS dans ce cadre vont se développer dès la publication d'une décision UNCAM avant la fin de l'année 2011, et grâce à de nouvelles décisions en 2012. Compte tenu de cette évolution, les partenaires conventionnels s'accordent à supprimer, dès publication de l'avenant, la demande d'accord préalable réalisée au-delà de 30 séances pour les pathologies non soumises à référentiel.

Cette suppression est conditionnée par la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale (titre XIV de la deuxième partie de la NGAP).

Article 3. Evaluation et suivi de la profession de masseur-kinésithérapeute par un observatoire conventionnel

Au regard des modifications introduites dans le présent avenant, de celles figurant dans la réglementation et la nomenclature, et des évolutions futures, les partenaires conventionnels conviennent de la nécessité de créer un observatoire conventionnel, outil de suivi et d'analyse de l'évolution des dépenses et des pratiques de masso-kinésithérapie.

Les partenaires conventionnels s'entendent pour diffuser largement les constats réalisés par l'observatoire national.

3.1 Missions de l'observatoire

L'observatoire est un outil conventionnel de suivi et d'analyse de l'évolution des dépenses, au regard, notamment, des engagements pris dans le cadre de la convention nationale.

Il a pour missions le suivi et l'évaluation des mesures conventionnelles, de nomenclature et réglementaires susceptibles d'avoir un impact sur les pratiques des masseurs-kinésithérapeutes libéraux, dans leurs aspects médico-économiques, juridiques ou financiers.

Il sera notamment amené à travailler sur :

- la portée du dispositif conventionnel de régulation démographique en termes d'amélioration de l'offre de soins et des conditions d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes libéraux ;
- l'efficacité de l'ensemble du dispositif de l'accord préalable médicalisé tel qu'il ressort de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale et est inscrit au chapitre V du titre XIV de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) au regard de la pratique libérale et de la prise en charge des assurés sociaux ;
- l'évolution des dépenses de soins pratiqués par les masseurs-kinésithérapeutes libéraux ;

- un suivi de l'expérimentation du programme de retour à domicile à la suite d'une intervention chirurgicale orthopédique.

Les études médico-économiques nécessaires pour l'ensemble de ces travaux seront menées en fonction des données disponibles et des possibilités offertes par les systèmes d'information.

Dans le cadre des travaux menés par l'observatoire sur le suivi de l'application des référentiels visés à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, celui-ci pourra être amené à formuler des propositions de réexamen de ces référentiels, notamment si les résultats des études réalisées font apparaître que la part des patients traités pour lesquels un accord aura été donné dépasse 5 %.

3.2 Composition de l'observatoire

L'observatoire est une instance nationale, émanation de la CSPN.

Il est composé pour moitié de représentants de l'UNCAM et de représentants des organisations syndicales signataires.

Membres de droit :

- quatre représentants de l'UNCAM ;
- quatre représentants des syndicats représentatifs signataires de la convention nationale.

Chaque organisation syndicale signataire désigne deux représentants pour siéger à l'observatoire.

Un nombre identique de suppléants est désigné selon la même répartition que les membres titulaires.

La présidence de l'observatoire est tenue pour un an, à tour de rôle, par un représentant des syndicats signataires de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux et par un représentant de l'UNCAM.

La vice-présidence est assurée par un représentant de l'autre section.

Membres consultatifs, uniquement dans le cadre des travaux portant sur le dispositif de régulation démographique :

- un représentant du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ;
- un représentant du ministère chargé de la santé et de la sécurité sociale.

3.4 Fonctionnement de l'observatoire

Le programme de travail de l'observatoire est défini par la CSPN des masseurs-kinésithérapeutes.

L'observatoire se réunit en tant que de besoin et au moins une fois par an.

Il peut entendre des experts désignés par le président ou le vice-président.

Les représentants des syndicats de masseurs-kinésithérapeutes, membres de l'observatoire, ont droit à une indemnité forfaitaire, dans les conditions prévues par la convention nationale pour les représentants siégeant à la CSPN.

Le secrétariat de l'observatoire est assuré par l'UNCAM, qui a la responsabilité de son fonctionnement administratif.

Article 4. Expérimentation d'un programme d'accompagnement de retour à domicile des patients après interventions orthopédiques

Dans un contexte de diminution progressive des durées d'hospitalisation, et pour améliorer le suivi post hospitalisation et la prise en charge des assurés pour lesquels une orientation en soins de suite et de réadaptation n'est pas nécessaire, en application des référentiels HAS, l'assurance maladie s'engage à expérimenter un programme d'accompagnement visant à organiser le retour à domicile des patients, en ciblant, dans un premier temps, les patients ayant subi certaines interventions orthopédiques.

La HAS a déterminé une liste d'interventions chirurgicales et orthopédiques dont la rééducation, quand elle est requise, ne nécessite pas un recours de manière générale à une hospitalisation. Cette rééducation peut être prise en charge par un masseur-kinésithérapeute libéral.

A l'appui de ces recommandations, l'assurance maladie s'engage à poursuivre l'accompagnement des prescripteurs afin de les aider dans l'orientation de leurs patients.

Elle met également en œuvre un dispositif de mise sous accord préalable d'établissements de soins de suite et de réadaptation au regard de leur activité. Un suivi et un bilan de la mise en place de ce dispositif seront examinés au sein de l'observatoire.

La nouvelle offre de service de retour à domicile permettra une mise en relation du patient avec les professionnels de son choix, dans le respect des prérogatives de chacun et prendra en compte l'état de santé du patient ainsi que les besoins tant sanitaires que sociaux à couvrir.

L'assurance maladie s'engage à associer les représentants des masseurs-kinésithérapeutes libéraux à la mise en place de ce programme.

Article 5. Modernisation des relations entre les masseurs-kinésithérapeutes et l'assurance maladie

Les parties signataires souhaitent moderniser les relations entre les masseurs-kinésithérapeutes et l'assurance maladie. Elles considèrent comme déterminantes toutes mesures ayant pour objet d'optimiser ou de simplifier les échanges entre professionnels de santé, assurés et assurance maladie.

5.1. Modalités pratiques relatives à la télétransmission et aux téléservices

Les parties signataires considèrent que la dématérialisation des échanges entre masseurs-kinésithérapeutes et l'assurance maladie contribue à optimiser la gestion du cabinet au profit de la qualité des pratiques et à permettre une réduction des coûts à la charge de la collectivité.

Dans cet objectif, les services suivants vont prochainement être mis à disposition des masseurs-kinésithérapeutes :

5.1.1. Télétransmission des ordonnances numérisées

Conscients des obligations comptables de l'assurance maladie liées à la prise en charge des soins réalisés et désireux de mettre en place une procédure unique pour les masseurs-kinésithérapeutes, les parties signataires conviennent de la nécessité de simplifier la procédure de transmission de l'ordonnance.

L'assurance maladie propose aux masseurs-kinésithérapeutes une dématérialisation des pièces justificatives liées à la facturation au moyen de la numérisation de ces pièces dans un premier temps. A terme, la prescription sera dématérialisée à la source. Les parties s'engagent à travailler dès à présent sur ce projet.

La profession s'engage à procéder à la numérisation de l'ordonnance et à sa transmission électronique dès lors que la facturation des soins est destinée à être électronique, sous réserve de disposer des éléments techniques permettant de réaliser ces opérations.

Elles conviennent, par le présent avenant, dans l'attente de la mise en œuvre de la prescription électronique, de remplacer l'envoi du duplicata de l'ordonnance papier par l'envoi d'une ordonnance numérisée, télétransmise vers un serveur informatique dédié, conformément aux modalités définies à l'annexe 4 du présent avenant.

Dans l'attente de la mise à disposition opérationnelle de ce serveur, et afin de permettre de répondre dans des délais rapides aux exigences comptables de l'assurance maladie, les parties conviennent que cet envoi se fera, à titre expérimental, par messagerie sécurisée.

A ce titre, une expérimentation sera mise en œuvre, dès l'automne 2011, afin d'évaluer la pertinence de ce dispositif et fera l'objet d'un bilan, qui déterminera les conditions de sa généralisation.

Les parties signataires s'accordent sur le fait que le respect des obligations décrites à l'annexe 4 du présent avenant permet de reconnaître la même valeur juridique à l'ordonnance numérisée qu'au duplicata ou à la copie de l'ordonnance papier.

En tout état de cause, les parties reconnaissent cependant la nécessité de conserver des modalités de transmissions alternatives et ponctuelles du duplicata de l'ordonnance sur support papier.

Dans l'attente d'une solution dématérialisée, les parties conventionnelles s'engagent à préciser par protocole, avant le 31 décembre 2011, le dispositif de transmission des ordonnances sur support papier et des pièces justificatives liées à la facturation et à en informer individuellement l'ensemble de la profession.

Afin de favoriser l'utilisation des nouveaux téléservices et leur appropriation par la profession, le CTPP assurera un suivi de la montée en charge de l'intégration dans les logiciels métiers de la solution de dématérialisation développée par l'assurance maladie.

5.1.2. Développement de téléservices par l'assurance maladie via Espace pro

L'assurance maladie s'engage à développer, dans le cadre du portail Espace pro, des canaux d'échanges sécurisés pour les informations à caractère confidentiel entre les masseurs-kinésithérapeutes et l'assurance maladie.

De son côté, le masseur-kinésithérapeute adhérent à la présente convention, qui souhaite bénéficier de ces modalités d'échange privilégié, communique ses coordonnées téléphoniques et électroniques professionnelles à l'assurance maladie pour faciliter la communication d'informations.

Les parties signataires s'engagent à ce que la mise à disposition de ces services soit à terme intégrée au logiciel qu'utilise le masseur-kinésithérapeute dans sa pratique quotidienne, afin d'éviter les double-saisies et permettre de disposer de données à jour nécessaires à l'alimentation du dossier de son patient. L'intégration dans les logiciels se fera en partenariat avec les éditeurs de logiciels de la profession.

De manière plus générale, les parties signataires veillent à la mise à disposition d'outils ayant une ergonomie adaptée et d'utilisation rapide, prenant en compte les contraintes de la pratique du masseur-kinésithérapeute.

Les téléservices prochainement disponibles sur Espace pro dans un premier temps permettront aux masseurs-kinésithérapeutes qui le souhaitent :

- de connaître la situation administrative de son patient ;
- de réaliser une demande d'accord préalable dématérialisée, transmise sans délai aux services médicaux de l'assurance maladie.

Elles s'engagent à travailler de manière concertée, notamment dans le cadre du comité technique paritaire permanent (CTPP) défini à l'article 3.4.4 de la convention nationale, afin d'améliorer et de développer les services mis à disposition des masseurs-kinésithérapeutes.

Au niveau des caisses, les conseillers informatiques services chargés d'accompagner les professionnels de santé dans leur informatisation et dans l'utilisation des différents services proposés par l'assurance maladie dans le cadre de la dématérialisation des échanges sont à la disposition des masseurs-kinésithérapeutes pour les aider au moment de la mise en place de l'informatisation du cabinet et ensuite pour leur apporter tous les conseils souhaités, notamment sur l'utilisation des outils de facturation et des téléservices. Ils apportent également une information privilégiée sur les nouveaux services en ligne proposés par l'assurance maladie.

5.2. Modalités pratiques relatives à la relation téléphonique et dématérialisée entre les masseurs-kinésithérapeutes et l'assurance maladie

La simplification administrative, facteur de gain de temps pour les masseurs-kinésithérapeutes dans leur exercice quotidien, réside notamment dans l'amélioration des relations directes qu'ils entretiennent avec leur caisse de rattachement. Dans ce cadre, l'assurance maladie s'engage à mettre en place, dans chaque régime, une offre optimisée de la relation téléphonique, en proposant un numéro

d'appel dédié aux professionnels et non surtaxé. Ce service est coordonné notamment avec le service médical.

La relation téléphonique est organisée de telle sorte que, sauf cas particuliers, 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, notamment dans le cadre du traitement des demandes d'accord préalable, et l'assistance technique à l'usage des téléservices peuvent justifier l'intervention d'un second niveau d'expertise avec réponse immédiate ou différée.

De leur côté, les masseurs-kinésithérapeutes adhérant à la présente convention qui souhaitent bénéficier de ces modalités d'échanges privilégiés communiquent leurs coordonnées téléphoniques et leurs coordonnées électroniques professionnelles à l'assurance maladie pour faciliter la communication d'informations.

Les parties s'engagent à contribuer au développement de l'information sur l'offre de soins en mettant à disposition des assurés un outil d'information, « Ameli direct », permettant de connaître l'offre de soins et les tarifs pratiqués par les professionnels.

5.3. Accompagnement des mesures auprès des masseurs-kinésithérapeutes

Les parties signataires reconnaissent également l'intérêt des programmes d'échange et d'accompagnement mis en place auprès des professionnels de santé. Toutefois, elles conviennent de la nécessité d'en rénover les modalités d'organisation pour mieux s'adapter à la pratique quotidienne des masseurs-kinésithérapeutes.

Ainsi, les programmes d'accompagnement avec visites de délégués de l'assurance maladie donneront lieu à une information de la CSPN. De même, au niveau local, dans le cadre de leur lancement dans un département, ces programmes seront présentés en CSPD. Cet engagement ne doit toutefois pas être la cause d'un retard dans la mise en œuvre d'un programme au regard du calendrier prévu.

Article 6. Développement des actions de prévention

En application de l'article 1.3 de la convention concernant la prévention en masso-kinésithérapie, un groupe de travail est constitué pour étudier la mise en œuvre d'actions de prévention primaire et secondaire des rachialgies.

Article 7. Valorisation de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux

Les parties signataires œuvrent à une meilleure reconnaissance du métier de masseur-kinésithérapeute libéral dans la pleine expression de ses compétences telles qu'elles sont définies dans le code de la santé publique, notamment en matière de prise en charge des patients.

Le développement de nouveaux actes de soins de rééducation dans la pratique doit être accompagné par une prise en charge appropriée, dans un souci d'amélioration des soins ambulatoires administrés aux patients.

La mise en œuvre des mesures prévues au présent article est conditionnée par la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

7.1. Valorisation des évolutions de l'activité de masso-kinésithérapie libérale

Au regard de l'évolution de l'activité de masso-kinésithérapie libérale et de la nécessité d'une meilleure reconnaissance des spécificités de l'exercice de ce métier dans la pleine expression de ses compétences telles qu'elles sont définies par le code de santé publique, les parties s'engagent à accompagner cette évolution par un réajustement de la prise en charge de cette activité par l'assurance maladie. Cette reconnaissance permettra d'améliorer la prise en charge des patients, et notamment des patients souffrant de maladies chroniques.

Les parties conviennent ainsi d'étudier les conditions de mise en place d'une valorisation d'un certain nombre d'actes.

7.1.1. Le développement des soins de masso-kinésithérapie dans le cadre du cancer du sein

Conscientes de l'importance d'une rééducation spécifique à la suite d'une intervention pour cancer du sein pour lutter contre l'installation ou le développement d'un lymphoedème, les parties signataires conviennent de la nécessité d'adapter la liste des actes et prestations citée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale en vue de favoriser cette prise en charge spécifique.

Les parties signataires s'accordent pour mettre en place un groupe de travail chargé d'examiner les conditions de prise en charge d'une telle activité et de saisir la HAS de ce dossier avant le 31 décembre 2011.

7.1.2. L'implication des masseurs-kinésithérapeutes libéraux dans la prise en charge, la surveillance et le suivi des patients atteints de mucoviscidose

Les parties signataires reconnaissent le rôle joué par les masseurs-kinésithérapeutes dans la prise en charge des patients atteints d'une maladie chronique telle que la mucoviscidose conduisant ainsi à prévenir les complications et ainsi aider la famille et le patient dans l'apprentissage de certains gestes et la gestion de cette pathologie.

Elles s'engagent donc à revaloriser les soins de masso-kinésithérapie visant à accompagner des personnes souffrant de mucoviscidose, dans une optique d'amélioration de l'efficience de la prise en charge de ces patients.

Les parties signataires s'accordent pour mettre en place un groupe de travail chargé d'examiner les conditions de réalisation de cette rééducation et de saisir la HAS de ce dossier avant le 31 décembre 2011.

7.1.3. La réévaluation de la rééducation vestibulaire

Les parties signataires s'accordent pour mettre en place un groupe de travail pour préciser les différents niveaux de cette rééducation avant le 31 décembre 2011.

7.1.4. L'association de deux actes différents de rééducation pour des affections différentes

Afin de favoriser le recours aux soins de ville et faciliter la prise en charge des patients atteints de plusieurs pathologies, les parties signataires conviennent qu'une adaptation de la liste des actes et prestations citée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale est nécessaire afin de permettre la prise en charge de deux actes différents de rééducation pour des affections liées à des pathologies différentes, réalisés au cours du même passage dans le cabinet du masseur-kinésithérapeute.

Un groupe de travail sera chargé d'étudier les modalités de facturation de ces actes avant le 31 décembre 2011.

Les parties s'engagent à mener les travaux nécessaires à la mise en œuvre des évolutions développées à l'article 7.1 du présent avenant, selon un calendrier qu'elles auront arrêté.

7.2. Valorisation des tarifs

Compte tenu des engagements conventionnels pris par la profession dans le cadre de cet avenant, notamment sur les mesures structurantes concernant la répartition de l'offre de soins en masso-kinésithérapie, et afin de mieux rémunérer les contraintes liées à l'activité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux, les parties signataires décident de revaloriser :

- le montant des lettres-clés AMS, AMK et AMC en les portant à 2,15 € en France métropolitaine et à 2,36 € dans les départements d'outre-mer au 15 juillet 2012 ;
- le montant de l'IFD, en la portant à 2,50 € au 15 juillet 2012.

En fonction notamment du bilan de la mise en place du dispositif de mise sous accord préalable des établissements de soins de suite et de réadaptation visé à l'article 1.3 du présent avenant, et des marges de manœuvres dégagées, les parties conviennent de se réunir avant le 15 juillet 2013 pour examiner, le cas échéant, les évolutions ultérieures des lettres-clés.

Fait à Paris, le 30 novembre 2011.

Pour la Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs :

Le président,

A. BERGEAU

Pour l'UNCAM :

Le directeur général,

F. VAN ROEKEGHEM

Annexe 1 : Option conventionnelle.

Annexe 2 : Modèle de formulaire d'adhésion.

Annexe 3 : Modèle de fiche évaluative.

Annexe 4 : Transmission des documents nécessaires au remboursement.

A N N E X E S

Annexe 1 – Contrat incitatif masseur-kinésithérapeute : option conventionnelle destinée à favoriser l’installation et le maintien des masseurs-kinésithérapeutes libéraux conventionnés en zones « très sous dotées » et « sous dotées »

Les parties signataires considèrent nécessaire de favoriser la continuité des soins en incitant à l’implantation des masseurs-kinésithérapeutes dans les zones « très sous dotées » et dans les zones « sous dotées » et au maintien de l’activité des masseurs-kinésithérapeutes qui y sont d’ores et déjà installés. Les parties signataires, par des mesures structurantes optimisant le regroupement et la continuité des soins, souhaitent ainsi permettre à chaque masseur-kinésithérapeute de rompre son isolement, de limiter ses contraintes, de se former et, de cette manière, contribuer à la qualité des soins délivrés sur l’ensemble du territoire.

A cette fin, elles créent une option conventionnelle à adhésion individuelle intitulée « contrat incitatif masseur-kinésithérapeute », destiné à favoriser l’installation et le maintien de l’activité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux en zones « très sous dotées » et en zones « sous dotées », dans le cadre de laquelle une participation aux équipements en lien direct avec l’exercice professionnel est allouée ainsi qu’une participation adaptée des caisses au titre des cotisations sociales obligatoires.

1. Objet de l’option

Le « contrat incitatif masseur-kinésithérapeute » est une option conventionnelle, signée entre la caisse primaire d’assurance maladie du lieu d’implantation du cabinet et le masseur-kinésithérapeute libéral conventionné et destinée à favoriser l’installation et le maintien en zones « très sous dotées » et « sous dotées ».

Cette option vise à inciter les masseurs-kinésithérapeutes libéraux à :

- s’installer ou exercer en zone « très sous dotées » et en zones « sous dotées », notamment par le regroupement (cabinet de groupe ou en maisons médicales pluridisciplinaires) qui tend à favoriser les échanges professionnels, libérer du temps pour la formation et la vie personnelle tout en facilitant la continuité des soins ;
- s’engager à recourir à des collaborations libérales ou à l’assistantat dans les zones « très sous dotées » et en zones « sous dotées », aux fins d’alléger la charge de travail et de s’absenter plus facilement, notamment dans le cadre de la formation conventionnelle continue. En intégrant le statut de collaborateur libéral ou d’assistant collaborateur, les parties signataires souhaitent également faciliter l’installation des jeunes professionnels dans ces zones.

2. Champ de l’option

Cette option est proposée aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux conventionnés dans les zones « très sous dotées » et dans les zones « sous dotées » telles que définie par l’Agence régionale de santé (ARS), ou justifiant d’une activité libérale conventionnelle réalisée aux deux tiers auprès des patients résidant dans les zones « très sous dotées » ou dans les zones « sous dotées ».

3. Conditions générales d'adhésion

Le masseur-kinésithérapeute désirant s'installer ou maintenant son installation dans une zone « très sous dotée » ou dans une zone « sous dotée » est éligible à l'option sous réserve qu'il soit conventionné.

Un masseur-kinésithérapeute peut adhérer à l'option s'il justifie d'une activité libérale conventionnelle réalisée aux deux tiers auprès de patients résidant dans une zone « très sous dotée » ou dans une zone « sous dotée ».

Différents modes d'exercice sont possibles :

- L'exercice en groupe, qui s'entend comme le regroupement d'au moins deux masseurs-kinésithérapeutes libéraux conventionnés dans les mêmes locaux, installés dans une zone « très sous dotée » ou dans une zone « sous dotée » et liés entre eux par :
 - un contrat de collaboration libérale, prévoyant a minima une activité à mi-temps sur la zone ;
 - un contrat de société civile professionnelle (SCP) ou de société d'exercice libéral (SEL) ;
 - un contrat d'assistant collaborateur ;
 - ou par tout autre contrat de société dès lors que ce contrat a été validé par l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes ;
- l'exercice en groupe, qui s'entend comme l'exercice dans un cabinet pluridisciplinaire ou une maison de santé pluridisciplinaire, ou toute autre forme d'exercice pluridisciplinaire reconnue réglementairement dès lors que l'ensemble des professionnels concernés exerce dans les mêmes locaux ;
- L'exercice individuel d'un masseur-kinésithérapeute libéral conventionné, recourant à un masseur-kinésithérapeute remplaçant afin d'assurer la continuité des soins.

Pour bénéficier des avantages prévus au présent contrat, le masseur-kinésithérapeute libéral doit justifier d'une activité libérale conventionnelle réalisée aux deux tiers auprès de patients résidant dans une zone « très sous dotée » ou dans une zone « sous dotée », ou pour le collaborateur libéral à travailler au moins deux jours et demie par semaine dans ces zones.

4. Avantages conférés par l'adhésion à l'option :

- Participation de l'Assurance Maladie à l'équipement du cabinet ou autres investissements professionnels (véhicule, autres) dans la limite de 3 000 euros par an, sous forme d'un forfait annuel, versé à terme échu pendant 3 ans. Cet avantage a pour objectif d'aider les praticiens libéraux qui souhaitent s'installer dans les zones concernées à disposer d'un apport initial et de soutenir ceux déjà installés.

Son montant est calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant au prorata de la date d'entrée du praticien dans l'option.

Son versement intervient dans le courant du 1^{er} trimestre de l'année suivante, sous réserve du respect des engagements du professionnel de santé adhérent décrits à l'article 2 de la présente

annexe, et de la vérification pour l'année de référence du maintien par le professionnel adhérent de la condition d'activité définie ci-dessus.

- Prise en charge totale par les caisses d'Assurance maladie des cotisations dues au titre des allocations familiales en application de l'article L. 242-11 du code de la sécurité sociale. Cette participation des caisses est assise sur le montant du revenu net de dépassements d'honoraires acquis dans le cadre de la convention.

5. Engagements du masseur-kinésithérapeute

En contrepartie de la participation de l'Assurance maladie à l'équipement du cabinet et au financement majoré des cotisations sociales obligatoires, le masseur-kinésithérapeute contractant s'engage à :

- percevoir les aides à la télétransmission, conformément au a) de l'article 3.4.3 de la convention ;
- informer la caisse, une fois par an, suivant la fiche figurant à l'annexe 3 du présent avenant ;
- réaliser deux tiers de l'activité auprès de patients résidant dans la zone « très sous dotée » ou dans la zone « sous dotée », ou, pour les collaborateurs libéraux, à travailler au moins deux jours et demi par semaine dans ces zones, pendant trois ans.

6. Adhésion à l'option

6.1. Modalités d'adhésion

L'adhésion à l'option est individuelle. Par conséquent, chaque masseur-kinésithérapeute d'un cabinet de groupe devra accomplir à titre personnel les formalités d'adhésion.

Le masseur-kinésithérapeute formalise son adhésion par le biais du formulaire publié à l'annexe 2 du présent avenant qu'il adresse à la CPAM du lieu d'implantation de son cabinet principal par lettre recommandée avec accusé de réception.

Dans le cas d'un exercice en groupe, il joint à l'acte d'adhésion une copie du contrat de groupe tel que défini dans les conditions générales d'adhésion.

Sans réponse de la Caisse dans un délai de 2 mois suivant la réception du formulaire, l'adhésion est réputée acquise.

6.2. Durée de l'adhésion

L'adhésion est valable à compter de la date d'enregistrement de l'acte d'adhésion par la Caisse et jusqu'au terme du contrat, soit 3 ans. Cette adhésion est renouvelable par période de trois ans dès lors que le masseur-kinésithérapeute remplit les conditions requises et que la zone est classée comme « très sous dotée » ou « sous dotée ».

6.3. Suivi des engagements et effets de l'adhésion

Au terme de chaque année civile, la caisse adresse au professionnel ayant adhéré à l'option une fiche en deux exemplaires destinée à l'évaluation du respect de ses engagements. Un modèle de cette fiche figure à l'annexe 2 du présent avenant. Le masseur-kinésithérapeute complète la partie qui le concerne et renvoie un exemplaire à sa caisse.

Il joint, le cas échéant, les justificatifs relatifs à l'exécution de l'option.

Le versement des aides est conditionné au respect des conditions d'exécution du contrat.

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant l'adhésion.

6.4. Rupture de l'option

En cas d'absence de respect par le masseur-kinésithérapeute de tout ou partie de ses engagements, le directeur de la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier l'option conventionnelle.

Le masseur-kinésithérapeute dispose d'un délai de 30 jours à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations au directeur de la CPAM. A l'issue de ce délai, si le masseur-kinésithérapeute n'a pas fourni d'observations ou de contestation, la caisse peut notifier au masseur-kinésithérapeute qu'il ne remplit pas les conditions pour bénéficier de la participation de l'Assurance maladie à l'équipement du cabinet et au financement majoré des cotisations, que l'option conventionnelle est en conséquence résiliée et que la Caisse exige le remboursement des sommes qui auraient indûment été perçues.

Si, dans ce délai imparti, le masseur-kinésithérapeute conteste les faits qui lui sont imputés par la Caisse, le directeur de la CPAM saisit la commission socio-professionnelle départementale (CSPD) pour avis de la résiliation de l'option conventionnelle et informe le masseur-kinésithérapeute de cette saisine. Il transmet à la CSPD les éléments du dossier de la procédure.

La CSPD rend alors un avis dans un délai de 30 jours. Elle peut demander des compléments d'information et à entendre le masseur-kinésithérapeute. Le masseur-kinésithérapeute peut également être entendu s'il en exprime le souhait.

A défaut d'avis rendu dans ce délai, celui-ci est réputé rendu favorablement au masseur-kinésithérapeute.

Au regard de cet avis, le directeur de la CPAM notifie au masseur-kinésithérapeute concerné sa décision de maintien ou de résiliation de l'option conventionnelle dans un délai de 15 jours suivant l'avis.

La décision est motivée et notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception.

La CSPD est tenue informée de la décision du directeur de la CPAM sur le dossier.

Quand le projet de décision du directeur de la CPAM est différent de l'avis rendu par la CSPD, la commission socioprofessionnelle nationale (CSPN) est saisie de ce projet sous 15 jours par la CPAM. Le masseur-kinésithérapeute et la CSPD sont tenus informés de cette saisine.

Si au regard des éléments du dossier et des règles du dispositif prévu par le présent avenant, la CSPN rend un avis conforme au projet de décision du directeur de la CPAM, elle le transmet au directeur de la CPAM dans un délai d'un mois à compter de la saisine.

Si la CSPN rend un avis différent du projet de décision du directeur de la CPAM, le secrétariat de la CSPN sollicite pour avis dans les 30 jours le directeur général de la CNAMTS. Le secrétariat de la CSPN transmet ensuite, dans les 15 jours, au directeur de la CPAM l'avis de la CSPN et du directeur général de la CNAMTS.

Le directeur de la CPAM notifie alors au masseur-kinésithérapeute, par lettre recommandée avec accusé de réception, la décision de maintien ou de résiliation de l'option conventionnelle dans un délai de 15 jours suivant la transmission du ou des avis. Il en adresse une copie aux membres de la CSPD.

Toute résiliation à l'initiative du masseur-kinésithérapeute devra être adressée à sa Caisse d'Assurance maladie par courrier postal.

La résiliation est effective dès réception par la caisse du courrier. La date de réception du courrier de résiliation est la date de première présentation à la Caisse dudit courrier par les services postaux.

Dans le cas de résiliation de l'option avant la durée prévue au point 6.2 de la présente annexe, le masseur-kinésithérapeute est redevable du prorata temporis des avantages versés au titre de l'option conventionnelle, excepté pour les cas de résiliation anticipée pour motif légitime suivants :

- situation médicale grave du conjoint, d'un enfant, ou d'un ascendant direct ;
- mutation professionnelle du conjoint ;
- situation juridique personnelle entraînant un changement d'adresse professionnelle ;
- en cas de maladie ou handicap rendant impossible l'exercice de l'activité ;
- en cas de mise en détention dans un établissement pénitentiaire pour une durée minimum de 3 mois ;
- en cas de décès du masseur-kinésithérapeute ;
- en cas de force majeure, au sens de la jurisprudence de la Cour de cassation, affectant le masseur-kinésithérapeute.

Annexe 2 – Modèle de formulaire d’adhésion à l’option destinée à favoriser l’installation et le maintien des masseurs-kinésithérapeutes libéraux conventionnés en zone « très sous dotée » et en zone « sous dotée »

Acte d’adhésion à l’option conventionnelle destinée à favoriser l’installation et le maintien des masseurs-kinésithérapeutes libéraux conventionnés en zone « très sous dotée » et en zone « sous dotée »

Identification du masseur-kinésithérapeute :

Je, soussigné(e),

Nom :

.....
.....

Prénom :

.....

Numéro d’identification :

.....

Adresse du lieu d’exercice principal :

.....
.....

Déclare exercer en groupe formalisé selon le mode suivant (copie du/des contrats à annexer à l’acte d’adhésion) :

- Collaboration libérale
- SCP
- SEL
- Autres contrats de société
- Cabinet pluridisciplinaire ou maison de santé
- Autres formes d’exercice pluridisciplinaires

ou déclare recourir à des remplacements contractualisés garantissant la continuité des soins

Déclare :

1° avoir pris connaissance des dispositions de l’option conventionnelle appelée « contrat incitatif masseur-kinésithérapeute » telles qu’indiquées à l’annexe 1 de l’avenant 3 à la convention des masseurs-kinésithérapeutes ;

2° m’engager à en respecter les dispositions ;

3° adhérer au « contrat incitatif masseur-kinésithérapeute » destiné à favoriser l’installation et le maintien des masseurs-kinésithérapeutes libéraux conventionnés en zone « très sous dotée ».

Cachet du masseur-kinésithérapeute

Fait à

Le

Accusé de réception de la caisse

Adhésion enregistrée (2)

Adhésion non enregistrée et motif du rejet (2) :

Cachet de la caisse

Date

(1) Document à remplir par le masseur-kinésithérapeute, en double exemplaire, et à envoyer à la caisse primaire d’assurance maladie du lieu de son exercice principal. Un exemplaire signé par la caisse est ensuite renvoyé au professionnel signataire.

(2) Rayer les mentions inutiles

Annexe 3 – Modèle de fiche évaluative à l’option destinée à favoriser l’installation et le maintien des masseurs-kinésithérapeutes libéraux conventionnés en zone « très sous dotée » et en zone « sous dotée »

Fiche récapitulative annuelle

Partie réservée à la CPAM (1)

Période considérée :

Identification du masseur-kinésithérapeute signataire du contrat :

Nom :

Prénom :

Numéro d’identification :

Date d’adhésion :

Taux annuel de télétransmission : %

Pourcentage d’activité réalisée dans la zone « très sous dotée » : %

Cachet de la caisse

Date

Partie à remplir par le masseur-kinésithérapeute (2)

Je soussigné (e) :

- Nom :

- Prénom :

Déclare que les informations suivantes sont exactes :

Outils informatiques :

- connexion haut débit : OUI NON

Sur l’année :

- Participation à des réseaux de soins :

- Autres éléments utiles pour apprécier le respect des engagements contractés :
.....

- Formation Continue suivie au cours de l’année : OUI NON

Nombre de jours :

Thème :

Cachet du masseur-kinésithérapeute

Fait à

Le

(1) Document à remplir par la CPAM, en double exemplaire, et à envoyer au masseur-kinésithérapeute

(2) Document complété par le masseur-kinésithérapeute. Un exemplaire est conservé par le masseur-kinésithérapeute, le deuxième exemplaire est à renvoyer à la CPAM

ANNEXE 4 – Transmission des documents nécessaires au remboursement

Article 1. - Principe de la télétransmission des feuilles de soins électroniques

La facturation à l'Assurance Maladie s'effectue, par principe, en FSE, dans les conditions des textes réglementaires et des dispositions de la présente convention ainsi que du cahier des charges des spécifications externes des modules SESAM-Vitale en vigueur, publié par le GIE SESAM VITALE.

Les masseurs-kinésithérapeutes s'engagent à passer dans la version qui constitue le socle technique de référence (c'est-à-dire à la date de signature du présent avenant : la version 1.40) avant le 31 décembre 2012.

Article 2. - Numérisation et télétransmission des pièces justificatives

2.1. – Principe de numérisation et de télétransmission des pièces justificatives

Les parties signataires reconnaissent l'intérêt de simplifier les modalités de transmission des pièces justificatives de la facturation et notamment des ordonnances, de faciliter leur réception et leur archivage par la caisse et par voie de conséquence de parvenir à leur numérisation et à la dématérialisation de leur transfert, dans l'attente de la prescription électronique.

A cette fin, les parties signataires conviennent d'organiser un dispositif comprenant la numérisation des pièces justificatives de la facturation, quel que soit le destinataire du règlement, notamment des ordonnances originales exécutées, et leur transfert vers les organismes d'Assurance maladie.

Les parties signataires conviennent que la transmission des pièces justificatives numérisées s'effectue, par principe, en télétransmission vers le serveur informatique dédié dans le respect des dispositions de la présente annexe et du cahier des charges « Numérisation et télétransmission des pièces justificatives » en vigueur publié par le GIE SESAM Vitale ainsi que ses annexes fonctionnelles.

En vue de la télétransmission des pièces justificatives numérisées, le masseur-kinésithérapeute s'engage à s'équiper d'un logiciel agréé par le CNDA lorsque ceux-ci seront disponibles. Il s'engage à télétransmettre les pièces justificatives numérisées vers le serveur dédié, dès lors que les moyens techniques mis à sa disposition le lui permettent.

En cas d'absence de transmission dématérialisée en raison de l'échec de la transmission électronique de la pièce justificative numérisée ou d'absence d'équipement adapté, la transmission des pièces justificatives de la facturation par le masseur kinésithérapeute et ce quel que soit le destinataire de règlement se fait sur support papier.

Le masseur-kinésithérapeute s'engage à transmettre la pièce justificative selon un seul et même mode de transmission, hormis les cas de dysfonctionnement de la numérisation. Il s'interdit ainsi, pour une même pièce justificative, de la transmettre simultanément selon plusieurs modes de transmission.

2.2. – De la pièce numérique

Les parties conviennent que la pièce justificative correspondant au duplicata ou à la copie de l'ordonnance originale sur support papier et portant les mentions obligatoires fixées réglementairement et par la dernière version du cahier des charges Sesam Vitale est remplacée par une copie numérique fidèle et durable de l'ordonnance originale.

L'ordonnance ainsi numérisée et transmise à l'organisme d'Assurance maladie est désignée ci-après « la pièce numérique ».

La pièce numérique est considérée comme la « pièce justificative » ouvrant droit au remboursement et à la prise en charge conformément à la réglementation en vigueur.

Dès lors que le processus d'envoi et de réception de la pièce numérique est réalisé selon les principes définis à l'article 2.1 de la présente annexe, le masseur-kinésithérapeute se trouve dispensé d'adresser à l'organisme de prise en charge le duplicata ou la copie de l'ordonnance originale sur support papier.

Le masseur-kinésithérapeute est responsable de l'établissement de la pièce numérique, de sa fidélité à la pièce justificative papier.

La modification du mode de transmission de la pièce justificative est sans effet sur les responsabilités respectives du masseur-kinésithérapeute et de l'Assurance maladie concernant les pièces justificatives, telles qu'elles résultent des textes en vigueur.

Le masseur-kinésithérapeute s'engage à transmettre une pièce justificative conforme, c'est-à-dire d'une qualité de numérisation permettant l'atteinte d'un taux d'exploitabilité des pièces numériques de 98 %. La liste des anomalies rendant inexploitable les pièces numériques est fixée à l'article 2.7.3 de la présente annexe.

La résolution de l'image constituant la pièce numérique doit être a minima de 200 DPI pour assurer une qualité d'image suffisante.

Le format de l'image constituant la pièce numérique de type pdf doit être a minima A5 et doit être visualisable sur un écran de taille référence 800X600 ou une résolution supérieure après accord des parties.

2.3. – De la numérisation des pièces justificatives

Le masseur-kinésithérapeute s'engage à numériser les pièces justificatives par ses propres moyens techniques, lesquels garantissent la fidélité de la pièce numérique à la pièce justificative sur support papier et ce, dans le respect des conditions techniques figurant au cahier des charges publié par le GIE SESAM-Vitale ainsi que ses annexes fonctionnelles.

Le masseur-kinésithérapeute s'engage à effectuer l'opération de numérisation de la pièce justificative lors de la prise de contact avec son patient pour une transmission de ces pièces tant lors de la transmission d'une éventuelle demande d'accord préalable que lors de la facturation (par le biais d'une feuille de soins électronique).

Dans les situations où la pièce justificative aurait déjà été transmise lors d'une précédente facturation par voie électronique pour la même série d'acte, le masseur-kinésithérapeute transmet alors les informations nécessaires à l'identification de la pièce justificative, l'ordonnance initiale en l'espèce, selon les modalités techniques mentionnées au cahier des charges « Numérisation et télétransmission des pièces justificatives » en vigueur publié par le GIE SESAM VITALE ainsi que ses annexes fonctionnelles.

Dans le cadre d'une demande d'accord préalable antérieure, dans une première phase, le masseur-kinésithérapeute transmet une nouvelle fois l'ordonnance numérisée. Dans une seconde phase dont le calendrier sera précisé entre les parties, il ne transmettra que les informations nécessaires à l'identification de l'ordonnance initiale.

2.4. – Du délai de transmission des pièces justificatives

Le masseur-kinésithérapeute s'engage à procéder à la télétransmission des pièces justificatives numérisées dès réception de l'accusé réception logique (ARL) positif faisant suite à la transmission du lot de FSE. Cette opération est effectuée automatiquement par son logiciel.

2.5. – Calendrier de mise en œuvre et suivi du dispositif de numérisation des pièces justificatives

Les parties signataires s'accordent, dans ce cadre, pour mettre en œuvre, selon des modalités définies en CSPN, ce nouveau mode de transmission des pièces justificatives à compter du deuxième trimestre 2012.

Un suivi régulier de la mise en œuvre de ce dispositif de transmission des pièces justificatives numérisées sera présenté en CSPN.

2.6. – De la facturation des actes en série ou réalisés dans un cabinet de groupe

Les parties signataires conviennent qu'en cas de transmission d'une feuille de soins électronique correspondant à la facturation d'un acte en série ou d'un acte réalisé dans un cabinet de groupe, la transmission de la pièce justificative numérisée, soit l'ordonnance, ou des informations nécessaires à l'identification de la pièce justificative initiale, soit l'ordonnance initiale, est requise selon les modalités techniques mentionnées au cahier des charges « Numérisation et télétransmission des pièces justificatives » en vigueur publié par le GIE SESAM VITALE ainsi que ses annexes fonctionnelles.

2.7. – Des cas d'échec de la transmission des pièces justificatives numérisées

2.7.1. – Des cas de dysfonctionnement

En cas d'impossibilité technique de numériser la pièce justificative de facturation, ou d'impossibilité technique de télétransmission ou d'absence de réception de l'accusé réception, lié à un échec de la télétransmission de la pièce justificative, le masseur-kinésithérapeute met tout en œuvre pour y parvenir dans un délai de 5 jours à compter de la première tentative de numérisation. En cas de nouvel échec à l'issue du délai imparti, le masseur-kinésithérapeute transmet la pièce justificative sous format papier (duplicata ou copie papier), selon les modalités décrites à l'article 3 de la présente annexe.

2.7.2. – De la non réception des pièces numérisées

A défaut de réception des pièces numérisées, l'organisme de prise en charge prend contact avec le masseur-kinésithérapeute par tout moyen, afin de déterminer la cause de cette absence de réception.

Le masseur-kinésithérapeute transmet à nouveau les pièces numériques qu'il a conservées, dans les conditions définies à l'article 2.7.1 de la présente annexe.

2.7.3. – De la vérification des pièces numérisées

La liste des anomalies rendant inexploitable les images numérisées est la suivante :

- Image numérisée trop blanche ;
- Image numérisée trop noire ;

- Problème de contraste rendant l'image numérisée illisible ;
- Ordonnance tronquée : une seule page numérisée pour une ordonnance de plusieurs pages ; décalage à la numérisation droite / gauche, bas / haut.

Il est entendu que ces anomalies potentielles sont inhérentes au processus de numérisation et par conséquent inexistantes dans le processus papier.

Par ailleurs, ne doivent pas être entendues comme motifs d'inexploitabilité les anomalies suivantes :

- date de soins erronée ou absente sur la feuille de soins ;
- falsification par le prescripteur ou l'assuré ;
- prescription médicale imprécise ;
- rajout, surcharge ou rature de la prescription médicale ;
- utilisation de prescription type pré-signée ;
- identification absente ;
- duplicata, feuille de soins ou volet de facturation absent ;
- prescription médicale absente.

Une période de vérification initiale des pièces numérisées est mise en place par l'organisme de prise en charge pendant un délai de 90 jours à compter de la réception des premières pièces justificatives numérisées. Pendant cette période, l'organisme de prise en charge signalera au masseur-kinésithérapeute les éventuelles anomalies constatées et l'aidera à procéder, le cas échéant, aux ajustements nécessaires.

Ultérieurement, si l'organisme de prise en charge observe une dégradation de la qualité de la numérisation des pièces justificatives, il se réserve la possibilité de renouveler ce contrôle sur une période maximum de 90 jours. Dans, ce cadre, il en avise le masseur-kinésithérapeute dans un délai minimum de 7 jours avant la mise en place du contrôle.

Le masseur-kinésithérapeute s'engage à trouver des solutions techniques permettant de procéder au contrôle de la qualité des images numérisées en amont de leur transmission aux organismes de prise en charge.

2.8. – De la valeur probante des pièces justificatives numérisées

Les parties signataires conviennent que la pièce numérique transmise par le masseur-kinésithérapeute dans les conditions mentionnées à l'article 2 de la présente annexe, a la même valeur juridique et comptable que la pièce justificative sur support papier.

La copie numérique de l'ordonnance originale a la même valeur que lorsque l'apposition de la signature et des mentions obligatoires est réalisée sur le support papier.

L'inscription, par le masseur-kinésithérapeute, de son identifiant, sur l'ordonnance vaut signature au sens de l'article R. 161-45 du code de la sécurité sociale.

2.9. – De la conservation des preuves et de la protection des données

Le masseur-kinésithérapeute conserve les pièces numériques sur le support de son choix et dans les conditions permettant de les copier et les imprimer si nécessaire, et ce pendant quatre vingt dix (90) jours à compter du jour de la télétransmission.

En outre, durant les périodes de vérifications des pièces numérisées prévues à l'article 2.7.3 de la présente annexe, le masseur-kinésithérapeute conserve également, sous forme papier, les copies d'ordonnances.

L'organisme de prise en charge conserve les pièces numériques pendant la durée légale de conservation des pièces justificatives, conformément à la réglementation en vigueur.

L'organisme de prise en charge et le masseur-kinésithérapeute s'assurent respectivement que les pièces numériques qu'ils ont archivées ne sont accessibles qu'aux seuls utilisateurs habilités.

Les mesures de conservation ci-dessus décrites ne se substituent pas et ne sauraient éluder les autres obligations de droit commun qui pèsent habituellement sur le masseur-kinésithérapeute ou sur les organismes de prise en charge au regard des textes qui leur sont applicables en matière de conservation d'éléments de preuve pour d'autres finalités.

Le masseur-kinésithérapeute et l'organisme de prise en charge s'engagent à respecter les obligations imposées par la législation sur la protection des données à caractère personnel, notamment celles relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, à celles relatives à l'accès aux documents administratifs et à celles relatives aux archives.

Article 3. - Tri et transmission des pièces justificatives en cas de transmission papier

En cas d'absence de télétransmission des ordonnances numérisées, en raison du non équipement du professionnel ou de dysfonctionnement rencontré dans la transmission de l'ordonnance numérisée, la transmission des ordonnances est réalisée sur support papier.

En cas de transmission d'ordonnance sur support papier, le masseur-kinésithérapeute procède au tri des ordonnances comme décrit ci-dessous.

Le paragraphe b) de l'article 7.3.5 de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, est remplacé par les dispositions suivantes :

« Dans tous les cas, la transmission de la copie de l'ordonnance, conforme aux dispositions réglementaires et déontologiques, est nécessaire pour la prise en charge des soins.

Les ordonnances sous forme papier sont accompagnées d'un bordereau récapitulatif des FSE, conforme au cahier des charges SESAM-Vitale.

Le masseur-kinésithérapeute s'engage à transmettre mensuellement au centre de paiement d'Assurance maladie du régime général au point d'accueil relevant de la caisse la plus proche de son cabinet professionnel, les ordonnances papier afférentes aux assurés relevant du régime général, des sections locales mutualistes, de la caisse d'Assurance maladie des industries électrique et gazière (CAMIEG), du régime agricole (MSA) et du régime social des indépendants (RSI).

Pour les ordonnances afférentes à des assurés relevant des autres régimes d'Assurance maladie obligatoire, le masseur-kinésithérapeute les adresse directement à la caisse d'affiliation des assurés.

Ces ordonnances papier accompagnées de leur bordereau doivent être classées en trois catégories matérialisées par des enveloppes distinctes.

- *Catégorie 1* : Régime 01, toutes les CPAM, la CAMIEG, et les sections locales mutualistes : tous les bordereaux récapitulatifs des FSE doivent figurer dans la même enveloppe (un bordereau par CPAM ou par section locale mutualiste), les ordonnances étant classées dans le même ordre que celui des FSE répertoriées sur le bordereau,

- *Catégorie 2* : Régime 02, MSA, et GAMEX : tous les bordereaux doivent figurer dans la même enveloppe (un bordereau par caisse), les ordonnances étant classées dans le même ordre que celui des FSE répertoriées sur le bordereau,

- *Catégorie 3* : RSI (03 et suivants) : tous les bordereaux doivent figurer dans la même enveloppe en distinguant les assurés de chaque organisme conventionné, les ordonnances étant classées dans le même ordre que celui des FSE répertoriées sur le bordereau.

A l'extérieur de chaque enveloppe, le masseur-kinésithérapeute inscrit les informations suivantes : le numéro des lots, le nombre d'ordonnances par lot, le numéro de la semaine (1 à 52) et l'identification du masseur-kinésithérapeute.

En cas de dispense d'avance des frais et sauf disposition particulière énoncée à l'alinéa suivant, le masseur-kinésithérapeute s'engage à transmettre simultanément les ordonnances papier à l'organisme d'Assurance maladie de la circonscription d'exercice du professionnel de santé dans les mêmes délais que ceux réglementairement prévus pour la transmission des feuilles de soins électroniques.

Si l'ordonnance est déjà transmise à la caisse de l'assuré avec une demande d'accord préalable ou si l'ordonnance a déjà été transmise à l'appui d'une feuille de soins antérieure, aucune copie n'est exigée par les caisses, sauf en cas d'ordonnance numérisée. »

En cas de facturation sous format papier, postérieur à l'envoi au service médical d'une demande d'accord préalable et de l'ordonnance, le masseur-kinésithérapeute mentionne sur la feuille de soins « DAP effectuée ».