

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Décision du 10 mars 2016 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la création d'un contrat d'amélioration des pratiques en matière de dépistage organisé du cancer colorectal à destination des médecins libéraux conventionnés et des centres de santé

NOR : AFSU1610964S

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie, représentée par son directeur général,

Vu l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale ;

Après avis des organisations signataires de la convention nationale et de l'accord national mentionnés aux articles L. 162-5 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale ;

Après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire,

Décide :

Art. 1^{er}. – Le contrat d'amélioration des pratiques visé à l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale est signé entre le médecin ou le centre de santé et le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie ou de la caisse générale de sécurité sociale de leur lieu d'installation principal.

Art. 2. – L'adhésion à ce contrat est volontaire. Il permet aux médecins et aux centres de santé qui le souhaitent de s'engager dans une démarche individuelle en faveur du dépistage du cancer colorectal mis en place dans le cadre d'un programme national de dépistage organisé. Les contrats signés en application de la présente décision sont conformes au contrat type joint en annexe de la présente décision.

Pour pouvoir souscrire au contrat, le médecin installé en libéral ou le centre de santé signataire doit être conventionné avec l'assurance maladie et désigné comme médecin traitant au sens de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale et exercer dans la circonscription de la caisse à titre principal.

Art. 3. – Les contrats qui ne respectent pas les présentes dispositions ou le modèle type national sont nuls et de nul effet.

Art. 4. – Lors de la demande de souscription au contrat, la caisse remet au médecin ou au centre de santé deux exemplaires du contrat type.

Art. 5. – La présente décision et ses annexes seront publiées au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 10 mars 2016.

*Le directeur général de l'Union nationale
des caisses d'assurance maladie,*

N. REVEL

A N N E X E

CONTRAT TYPE

Contrat d'amélioration des pratiques en faveur du dépistage du cancer colorectal

Entre les soussignés :

la caisse primaire d'assurance maladie ou la caisse générale de sécurité sociale de.....
(adresse)

désignée comme « la caisse »,

Et

le docteur

Ou

le centre de santé.....
(adresse)

Numéro d'identification.....

désigné comme « le médecin » ou « le centre de santé »,
Vu les articles L. 162-5, L. 162-32-1 et L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale ;
Vu la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ;
Vu la décision du directeur de l'UNCAM en date du 10 mars 2016 relative à la création d'un contrat type d'amélioration des pratiques en matière de dépistage organisé du cancer colorectal à destination des médecins libéraux conventionnés et des centres de santé,
il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Objet du contrat

Parce que le cancer colorectal peut être guéri dans 9 cas sur 10 lorsqu'il est détecté précocement, le programme national de dépistage proposé tous les deux ans aux hommes et femmes de 50 à 74 ans depuis 2008 sur l'ensemble du territoire reste une priorité de santé publique réaffirmée dans le Plan cancer 2014-2019.

L'adoption en 2015 d'un test de dépistage attendu depuis longtemps, plus performant et plus simple à réaliser dans le cadre de ce programme – dit test immunologique de recherche de sang dans les selles –, est l'occasion de favoriser la participation au dépistage organisé, n'atteignant jusqu'ici que 31 % des personnes ciblées.

Le docteur..... ou le centre de santé..... et la caisse primaire de..... ou la caisse générale de sécurité sociale de..... conviennent ainsi de conforter leur implication dans la participation au dépistage organisé du cancer colorectal.

Article 2

Engagements du médecin ou du centre de santé

Le médecin ou le centre de santé contractant s'engage :

2.1. A se former et s'informer sur la nouvelle organisation du programme national de dépistage du cancer colorectal, dont l'organisation est fixée par l'arrêté du 23 septembre 2014 portant introduction du nouveau test immunologique : le nouveau kit de dépistage, les conditions d'analyse et de résultat des tests par les laboratoires de biologie médicale, les modalités d'invitation de sa patientèle au programme, l'outil de commande des kits mis à sa disposition sous Espace Pro, etc.

Cette formation est proposée par les structures de gestion en charge de l'organisation locale des dépistages des cancers en lien avec l'assurance maladie. Différents outils de formation-information peuvent ainsi être proposés, intégrant notamment des visites programmées des délégués de l'assurance maladie pour accompagner le lancement de ce nouveau programme.

Le suivi de la formation initiale proposée pour ce nouveau dépistage du cancer colorectal est fortement préconisé. Toutefois, l'absence de suivi de cette formation ne fait pas obstacle à ce que le docteur ou le centre de santé puisse recevoir et remettre des kits de dépistage à ses patients et perçoive la rémunération afférente définie à l'article 3 du présent contrat.

2.2. A commander des kits de dépistage via Espace Pro de manière privilégiée ou, à défaut, auprès de la structure en charge de l'organisation locale des dépistages des cancers. L'outil de commande des kits via Espace Pro permet un approvisionnement direct par le fournisseur en kits de dépistage « personnalisés ». Les kits fournis contiennent une fiche d'identification préimprimée avec les coordonnées du médecin ou du centre de santé permettant une identification facilitée du prélèvement et la garantie de recevoir le résultat des tests analysés en laboratoire.

2.3. A proposer tous les deux ans le kit de dépistage contenant un test immunologique à ses patients de 50 à 74 ans qui ne présentent pas de motif d'inéligibilité pour le programme et après avoir évalué leur niveau de risque en fonction de leur histoire personnelle et familiale.

Au cours de la consultation :

- le médecin informe son patient de l'intérêt et des limites de ce dépistage, des suites éventuelles et de la conduite à tenir en cas de résultat positif. Il s'assure de la bonne compréhension de la personne concernant l'utilisation du kit de dépistage, l'envoi du flacon de prélèvement au laboratoire de biologie médicale à l'aide de l'enveloppe préaffranchie fournie (*centre de lecture dans le programme*) et la réception des résultats ;
- en remettant le kit, le médecin s'assure de sa bonne identification et de celle de son patient sur la fiche d'identification prévue pour accompagner le prélèvement jusqu'au laboratoire de biologie médicale : si le patient dispose d'une lettre d'invitation au programme, des étiquettes sont mises à sa disposition à cet effet. Dans le cas où la démarche est initiée par le médecin et que la personne ne dispose pas de lettre d'invitation, une vigilance accrue est nécessaire pour le remplissage manuel et complet de la fiche ;
- en cas de risque élevé de développer un cancer, le médecin propose à son patient des modalités alternatives de dépistage, de diagnostic ou de surveillance en l'orientant vers un médecin spécialiste en gastro-entérologie ou, le cas échéant, vers une consultation d'oncogénétique.

Les patients pris en compte pour l'élaboration et le suivi des indicateurs définis dans le présent contrat sont ceux qui ont choisi le docteur ou le centre de santé comme médecin traitant dans les conditions définies à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale.

Article 3

Engagements de l'assurance maladie

L'assurance maladie verse au médecin ou au centre de santé contractant une contrepartie financière, dont le montant est défini comme suit.

3.1. Modalités de calcul de la rémunération

Une indemnisation individuelle annuelle est mise en place dans le cadre de l'engagement du médecin ou du centre de santé à participer activement à la campagne de dépistage du cancer colorectal.

Cette indemnisation s'appuie sur les règles suivantes :

- elle est fonction du nombre annuel de tests immunologiques lus identifiés au nom du médecin ou du centre de santé ;
- elle est forfaitaire et évolutive suivant le nombre de tests lus.

Le tableau ci-après fait apparaître l'évolution de cette rémunération.

NOMBRE DE TESTS DE DÉPISTAGE lus sur l'année de référence	RÉMUNÉRATION ANNUELLE TOTALE cumulée du médecin ou par centre de santé (*)
De 15 à 30 tests	60 euros
De 31 à 75 tests	180 euros
De 76 à 150 tests	430 euros
De 151 à 300 tests	600 euros
Plus de 300 tests	1 030 euros

(*) Pour les centres de santé dont l'équipe médicale comprend plusieurs médecins traitants, la rémunération prend en compte le nombre de médecins traitants exerçant en équivalent temps plein. La limite supérieure de la rémunération est donc proportionnelle au plafond de 1 030 € (300 tests) multiplié par le nombre d'équivalents temps plein. Le reste éventuel entre le nombre de tests lus et ce multiple de 300 est rémunéré selon la tranche correspondante du tableau. La rémunération totale obtenue correspondra donc à la somme d'un multiple de la rémunération de 300 tests et la rémunération correspondant à une tranche du tableau pour moins de 300 tests.

3.2. Modalités transitoires de rémunération au titre de l'année 2015

Pour la première année du dispositif, une modalité transitoire de rémunération définie selon les règles applicables antérieurement à la présente décision est appliquée :

NOMBRE DE DÉPISTAGES lus sur l'année de référence	RÉMUNÉRATION ANNUELLE TOTALE cumulée du médecin ou du centre de santé (*)
De 10 à 20 tests	60 euros
De 21 à 50 tests	180 euros
De 51 à 100 tests	430 euros
De 101 à 200 tests	1 030 euros

(*) Pour les centres de santé dont l'équipe médicale comprend plusieurs médecins traitants, la rémunération prend en compte le nombre de médecins traitants exerçant en équivalent temps plein. La limite supérieure de la rémunération est donc proportionnelle au plafond de 1 030 € (200 tests) multiplié par le nombre d'équivalents temps plein. Le reste éventuel entre le nombre de tests lus et ce multiple de 200 est rémunéré selon la tranche correspondante du tableau. La rémunération totale obtenue correspondra donc à la somme d'un multiple de la rémunération de 200 tests et la rémunération correspondant à une tranche du tableau pour moins de 200 tests.

3.3. Modalités de versement

Le versement de la rémunération calculée selon les modalités définies au présent article est effectué au plus tard le 30 avril de l'année civile qui suit celle servant de référence pour le suivi des engagements.

Afin d'éviter une rupture de rémunération du médecin ou du centre de santé impliqué dans le dépistage du cancer colorectal, liée au changement du mode de rémunération rendu nécessaire par les nouvelles modalités de dépistage de ce cancer, sont pris en compte pour le calcul de la rémunération du médecin ou du centre, dans les conditions définies au présent contrat, les nouveaux tests adoptés en 2015 lus au cours des années 2015 et 2016 antérieurement à la signature du présent contrat.

Article 4

Durée du contrat

Le présent contrat est conclu pour une durée d'un an à compter de sa date d'entrée en vigueur et renouvelable de manière tacite.

Article 5

Résiliation

Le présent contrat peut être résilié à tout moment par le médecin ou le centre de santé, par lettre recommandée avec accusé de réception. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse de la lettre de résiliation.

Dans cette hypothèse, le médecin ou le centre de santé à l'origine de la résiliation peut percevoir la rémunération calculée dans les conditions définies à l'article 3 du présent contrat au titre de l'année civile au cours de laquelle cette résiliation est intervenue.

Le contrat fait l'objet d'une résiliation à l'initiative de la caisse lorsque le médecin ou le centre de santé est bénéficiaire d'un autre accord, contrat, convention ou règlement comportant une rémunération au titre des engagements identiques à ceux dudit contrat. Cette résiliation est effective un mois après réception de la lettre de résiliation notifiée par l'assurance maladie au médecin ou au centre de santé.

Article 6

Litiges

Les difficultés ou litiges soulevés par la conclusion ou l'exécution du contrat peuvent faire l'objet d'une conciliation dans le cadre des commissions paritaires locales.

Le médecin ou le centre de santé peut notamment solliciter ces instances en cas de désaccord sur le bilan annuel signé à l'issue de son entretien 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
ou de la caisse générale de sécurité sociale,*

Le médecin ou le centre de santé,