

CIRCULAIRE

CIR-28/2006

Document consultable dans Médi@m

Date :

26/05/2006

Domaine(s) :

Risques maladie

Nouveau	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>

à Mesdames et Messieurs les

- | | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Directeurs | <input checked="" type="checkbox"/> CPAM | <input type="checkbox"/> CRAM | <input type="checkbox"/> URCAM |
| | <input type="checkbox"/> UGECAM | <input checked="" type="checkbox"/> CGSS | <input type="checkbox"/> CTI |
| <input checked="" type="checkbox"/> Agents Comptables | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Médecins Conseils | <input checked="" type="checkbox"/> Régionaux | <input checked="" type="checkbox"/> Chef de service | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Médecin Chef de la Réunion | | |

Objet :

Présentation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance Maladie

Liens :

Plan de classement :

25202

Emetteurs :

DDGOS DDO

Pièces jointes : 3

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

Cette circulaire a pour objet de vous présenter la convention nationale qui va régir désormais les relations entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance Maladie. Elle expose les principales dispositions du texte conventionnel et leurs modalités d'application.

Mots clés :

pharmaciens - convention nationale - article L 162-16-1 CSS

Le Directeur Général



Frédéric van ROEKEGHEM

CIRCULAIRE : 28/2006

Date : 26/05/2006

Objet : Présentation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance Maladie

Affaire suivie par : Sandrine Frangeul ☎ 01.72.60.15.71 – Claire Martray ☎ 01.72.60.20.98

La convention nationale organisant les rapports entre l'Assurance Maladie et les pharmaciens titulaires d'officine prévue par l'article L 162-16-1 du code de la sécurité sociale a été signée le 29 mars dernier entre le directeur de l'UNCAM et les trois syndicats représentatifs des pharmaciens titulaires d'officine¹. Elle vient d'être approuvée par arrêté en date du (Journal officiel du).

C'est un accord novateur dans la mesure où il ne se limite pas comme les textes conventionnels précédents à organiser la facturation des prestations en dispense d'avance des frais. Il contient en effet des dispositions confirmant le pharmacien dans son rôle de professionnel de santé, ce qui contribue à renforcer son monopole en matière de dispensation de produits de santé. En contrepartie, le pharmacien se positionne comme un véritable partenaire de l'Assurance Maladie, en acceptant de participer au contrôle du respect du périmètre des soins remboursables. A ce titre, il continue de répondre à l'ensemble des contraintes techniques qui s'imposent à l'Assurance Maladie justifiant, comme pour les autres professionnels de santé, une revalorisation des aides financières prévues dans ce cadre.

PRESENTATION GENERALE DE LA CONVENTION NATIONALE AVEC LES PHARMACIENS

La convention est conclue pour une durée de 5 ans renouvelable, par tacite reconduction.

Il faut préciser que cette convention ne concerne que les officines (*article 2*). Les pharmacies mutualistes et minières ne rentrent donc pas dans le champ d'application de cette convention. Elle s'impose aux pharmaciens titulaires et adjoints.

Elle est désormais opposable à tous les régimes d'assurance maladie obligatoire (*article 2*).

Elle est renouvelable par tacite reconduction par période de même durée (*article 10*).

¹ La Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF), l'Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine (USPO), l'Union Nationale des Pharmacies de France (UNPF)

En outre, conformément aux dispositions de l'article L 162-16-1 précité, les prestations délivrées par un pharmacien qui n'aura pas adhéré à la convention ne pourront être pris en charge (*article 2*).

Ce texte se substitue à tous les accords nationaux ou locaux intéressant les pharmaciens préexistants à son entrée en vigueur à l'exception des accords que les parties signataires souhaitent voir perdurer (*article 3*).

La convention nationale est organisée autour de quatre titres :

- Titre I : de la portée de la convention nationale
Le titre I expose l'objet et la portée du dispositif conventionnel. Il définit également les modalités d'adhésion des pharmaciens à la convention.
- Titre II : des conditions et critères de la dispensation de produits de santé aux assurés sociaux
Le titre II est consacré à la qualité de la dispensation pharmaceutique. Sont définis des objectifs relatifs à la qualité de la prise en charge des patients, tant à l'occasion de la dispensation des produits de santé que dans le cadre de la coordination des soins avec les autres professionnels de santé. En outre, le principe de la mise en place d'un dispositif de formation est posé. Enfin, ce titre décline l'organisation et le financement d'une permanence pharmaceutique des soins conventionnelle garantissant la continuité de l'accès aux soins.
- Titre III : de la facturation et du règlement des prestations
Le titre III précise les modalités de facturation et de règlement des prestations dans le cadre de la facturation selon le système SESAM-Vitale. La facturation en norme IRIS B2 et sur support papier sont également décrites tout en sachant qu'elles sont appelées à disparaître au 31 décembre 2007. Est instauré également un calendrier sur la mise en œuvre d'un dispositif d'échanges d'informations disponible au moment de la facturation permettant le contrôle des droits à prestations tel que prévu par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.
- Titre IV : du suivi de l'application du régime conventionnel
Le titre IV organise le suivi de l'application du régime conventionnel : création d'instances paritaires, détermination des procédures de sanction, en cas de non respect des dispositions conventionnelles.

La convention sera rapidement enrichie par des avenants afin, notamment, de déterminer des objectifs ayant trait à la qualité de la dispensation et de mettre en place la formation conventionnelle.

Les principales dispositions de la convention nationale sont exposées ci-après ainsi que les modalités techniques de sa mise en application.

OBJET ET PORTEE DE LA CONVENTION (*articles 1 à 9*)

1. Création d'un dispositif conventionnel unique (*article 3*)

A l'instar des autres professionnels de santé, les pharmaciens d'officine disposent désormais d'une convention nationale destinée à organiser l'ensemble de leurs rapports avec l'Assurance Maladie.

Jusqu'à présent, les relations conventionnelles entre les organismes d'assurance maladie obligatoire et les pharmaciens d'officine étaient régies uniquement par des conventions relatives aux modalités de facturation des prestations pharmaceutiques et notamment : accords locaux de dispense d'avance des frais sur la base du protocole d'accord national du 30 septembre 1975, accord locaux de télétransmission, convention nationale SESAM –Vitale de 1999.

La convention nationale prévue à l'article L 162-16-1 du code de la sécurité sociale qui vient d'entrer en vigueur a un objet beaucoup plus large défini dans son article 1^{er}. Différents thèmes peuvent être cités : qualité de la dispensation, coordination des soins, permanence pharmaceutique, modalités de facturation, formation ...

Cette convention nationale se substitue à tous les accords locaux ou nationaux intéressant les pharmaciens d'officine et préexistant à son entrée en vigueur.

2. Exception à ce principe décidée par les parties signataires (article 3)

Toutefois les partenaires conventionnels se sont laissés la possibilité de maintenir certains accords. La liste des accords précédemment conclus qui vont pouvoir perdurer va être arrêtée lors de la première réunion de la Commission Paritaire Nationale (CPN) créée par l'article 59 de la convention.

Aucune convention locale ou nationale ayant un objet relevant de l'article 1^{er} de la convention ne peut être conclue à l'exception des accords que les parties signataires acceptent de voir conclure.

A noter que l'accord national relatif à la fixation d'objectifs de délivrance de spécialités génériques conclu le 6 janvier dernier sur la base de l'article L 162-16-7 CSS ayant une base juridique spécifique continue de s'appliquer en tant que tel.

3. Caractère obligatoire de la convention (article 2)

3.1 A l'égard des pharmaciens

Conformément aux dispositions de l'article L 162-16-1 CSS, l'adhésion à la convention conditionne la prise en charge par l'assurance maladie des produits de santé dispensés par les pharmaciens. Ainsi, tout pharmacien d'officine qui souhaite que les prestations qu'il dispense soient remboursables va devoir adhérer à la convention dans les conditions définies aux articles 6 et suivants.

Le renoncement au conventionnement sera probablement très rare, compte tenu de ses conséquences sur l'activité d'une officine.

A noter qu'en application de l'article L 162-16-3 CSS, le remplaçant du pharmacien titulaire (remplacement dans les conditions définies par le code de la santé publique ou dans le cas d'une sanction de déconventionnement prévue à l'article 66 de la convention) est considéré comme conventionné (article 9).

⇒ Enregistrement des pharmaciens dans le FNPS

Jusqu'à présent, pour les pharmaciens, la notion de conventionnement présente dans le FNPS (fichier national des professionnels de santé) correspondait à la possibilité ou non

de pratiquer la dispense d'avance des frais. Désormais, elle est liée à l'autorisation de facturer à l'assurance maladie.

En outre un pharmacien peut voir prononcée à son encontre une sanction de suspension de la dispense d'avance des frais (*article 66*). Cette information doit donc également faire l'objet d'un enregistrement dans le FNPS.

Désormais, le FNPS devra donc enregistrer quatre situations :

- Pharmacien conventionné,
- Pharmacien non conventionné,
- Pharmacien déconventionné,
- Pharmacien faisant l'objet d'une suspension de la dispense d'avance de frais.

Les évolutions du FNPS nécessaires sont en cours d'étude. Elles feront l'objet d'instructions complémentaires.

3.2 A l'égard des organismes d'assurance maladie obligatoire (*article 2*)

La convention approuvée par arrêté est opposable à tous les régimes d'assurance maladie obligatoire à compter de son entrée en vigueur qu'ils soient ou non signataires de la convention (y compris les sections locales mutualistes agissant pour le compte du régime général).

4. Champ des prestations visées (*article 4*)

La convention s'applique à l'ensemble des produits de santé remboursables par l'assurance maladie obligatoire que les pharmaciens titulaires d'officine sont habilités à délivrer, à savoir les médicaments et les dispositifs médicaux au sens du code de la santé publique (*articles L 5111-1 et suivants et L 5211-1 et suivants*).

En ce qui concerne les médicaments, sont donc notamment visés les spécialités pharmaceutiques, les préparations magistrales, les produits officinaux, ...

Pour les dispositifs médicaux, il s'agit de certains produits et prestations associés inscrits sur la liste visée à l'article L 165-1 CSS.

MODALITES D'ADHESION A LA CONVENTION NATIONALE

La convention prévoit une procédure d'adhésion expresse.

1. Les étapes de la procédure (*articles 6 et 7*)

- Date X = entrée en vigueur de la convention
- Date X1 (x + 1 mois) = date butoir pour l'envoi par la CPAM de la convention à chaque pharmacien d'officine de sa circonscription (*le texte de la convention sous forme de fascicule est adressé aux caisses par la CNAMTS*)
- Date X2 (X + 3 mois) = date butoir pour :
 - soit envoi en double exemplaire par le pharmacien à la CPAM du formulaire d'adhésion figurant en annexe I.1 de la convention ;

- soit envoi par le pharmacien d'une lettre recommandée avec accusé de réception exprimant son renoncement à l'adhésion. A noter que ce pharmacien peut ensuite à tout moment formuler une demande d'adhésion.
- En cas d'absence de réponse du pharmacien (ni adhésion ni renoncement exprès) la CPAM lui notifie par lettre recommandée avec accusé de réception un délai d'un mois supplémentaire pour se prononcer. A défaut de réponse du pharmacien à l'issue de ce délai d'un mois, le pharmacien est réputé hors convention.
- A l'issue de cette procédure d'adhésion, la CPAM adresse à chaque pharmacien un accusé de réception relatif à sa situation au regard de la convention conformément à l'annexe I.1.

Pendant le déroulement de la procédure d'adhésion le pharmacien conserve le bénéfice de son conventionnement antérieur (convention de dispense d'avance des frais, SV, etc.).

2. Information des pharmaciens sur la portée de leur décision

Lors de l'envoi du texte de la convention aux pharmaciens titulaires, les CPAM doivent attirer leur attention sur le fait que s'ils choisissent de ne pas adhérer, les produits de santé qu'ils délivrent ne pourront plus faire l'objet d'une prise en charge.

Il convient également de leur préciser qu'en adhérant à la convention, ils s'engagent bien évidemment à en respecter les dispositions et que cet engagement s'impose également aux pharmaciens adjoints placés sous leur responsabilité et aux pharmaciens qui les remplacent (*article 9*).

3. Adhésion en cours de vie conventionnelle

Tout pharmacien commençant à exercer en tant que titulaire au sein d'une officine après l'entrée en vigueur de la convention doit demander un exemplaire de la convention à la CPAM. Il doit ensuite se prononcer sur sa situation au regard de la convention dans les conditions et délais précités.

4. Cas de la pluralité de pharmaciens titulaires au sein d'une officine

Chaque pharmacien renseigne le formulaire d'adhésion et le signe.

Chaque pharmacien doit se déterminer de manière identique au regard de la convention : adhésion de tous ou renoncement à l'adhésion. A défaut, l'ensemble des titulaires est considéré non conventionnés. En effet, l'officine n'a d'existence juridique que par la nomination de son ou de ses titulaires indistinctement.

5. Information des autres régimes sur la situation du pharmacien au regard de la convention (*article 7*)

La CPAM est chargée de communiquer aux caisses des autres régimes relevant de sa circonscription, la liste des pharmaciens n'ayant pas adhéré à la convention (liste négative compte tenu du faible nombre de pharmaciens qui devraient être dans ce cas).

6. Résiliation de l'adhésion (*article 8*)

A tout moment un pharmacien titulaire peut décider de se placer hors convention. Il reste habilité à formuler une nouvelle demande d'adhésion, à tout moment.

DISPOSITIONS RELATIVES A LA QUALITE DE LA DISPENSATION PHARMACEUTIQUE (articles 14 à 21)

Les règles de dispensation des produits de santé qui s'imposent aux pharmaciens sont définies très précisément par la réglementation en vigueur. L'objectif des signataires de la convention a donc été de s'engager dans une démarche de recherche d'amélioration de la qualité de la dispensation pharmaceutique.

1. Fixation des objectifs

La convention fixe des objectifs de qualité tels que favoriser l'observance, prévenir la iatrogénie, prodiguer des conseils de prévention, développer l'éducation thérapeutique des patients (*article 17*).

Les partenaires conventionnels ont arrêté un certain nombre de thèmes sur lesquels ils estiment devoir travailler en priorité :

- l'accompagnement pharmaceutique du patient : améliorer l'information du patient pour garantir de meilleures conditions d'initialisation, d'observance et d'évaluation du traitement (*article 19*) ;
- la mise en place d'accords de bon usage du médicament concernant notamment l'asthme, le diabète, l'hypertension artérielle, etc. (*article 21*).

2. Rédaction d'avenants

La réalisation de ces objectifs de qualité nécessite la mise en place d'un certain nombre d'outils qui feront l'objet d'avenants.

3. Conditions particulières relatives à la délivrance de certains dispositifs médicaux (*article 17 et annexe II.2*)

La convention fixe également quelques règles spécifiques dont le respect est susceptible d'améliorer la qualité de la délivrance de certains dispositifs médicaux.

Avant l'entrée en vigueur de la convention nationale, les règles conventionnelles applicables aux pharmaciens en matière de délivrance de dispositifs médicaux étaient les suivantes : protocole d'accord national du 30 septembre 1975 (notamment l'annexe 1 de la convention type annexée à ce protocole) et convention du 13 janvier 1977 relative à la délivrance des véhicules pour handicapés physiques (VHP).

La convention reprend certaines des dispositions de ces deux accords désormais abrogés et les complète notamment au regard des dispositions de la convention nationale du 7 août 2002 intéressant les prestataires (non pharmaciens) des titres I et IV de la LPP.

S'agissant des produits et prestations de la LPP, c'est la CPAM et non la CRAM qui gèrera le suivi de la convention dans l'intégralité de son champ y compris les véhicules pour handicapés physiques.

ENGAGEMENT SUR LA MISE EN PLACE D'UN DISPOSITIF DE FORMATION CONVENTIONNELLE (*article 22*)

Les partenaires conventionnels ont souhaité poser le principe de la mise en place d'un dispositif de formation organisé et financé par la voie conventionnelle, en renvoyant la construction du dispositif à un avenant.

Toutefois, un protocole d'accord a d'ores et déjà été conclu le 29 mars dernier entre les signataires de la convention pour arrêter le montant des enveloppes annuelles qui seront affectées, en 2006 et 2007, à cette formation : 2,5 millions € en 2006, 5 millions € en 2007.

IMPLICATION DES PHARMACIENS DANS LA COORDINATION DES SOINS (*articles 24 à 28*)

Les partenaires conventionnels estiment que le développement de la coordination des soins entre les professionnels de santé est un facteur déterminant dans l'amélioration de la prise en charge des patients. Dans ce cadre, ils se sont engagés à conclure des avenants visant à :

- développer la participation des pharmaciens dans les réseaux de santé (*article 25*) ;
- déterminer des accords de santé publique pour accompagner la mise en œuvre de certains contrats de santé publique conclus entre l'Assurance Maladie et les autres professionnels de santé (*article 26*) ;
- encadrer la dispensation des produits de santé effectuée auprès des patients hébergés en établissements médico-sociaux de manière à améliorer la qualité, la sécurité et la proximité du service rendu (*article 27*).

MISE EN PLACE D'UNE PERMANENCE PHARMACEUTIQUE CONVENTIONNELLE (*articles 30 à 33*)

1. Organisation et mode actuel de rémunération des gardes

Conformément aux dispositions de l'article L 5125-22 du code de la santé publique, un service de garde et d'urgence est organisé par les organisations syndicales représentatives de la profession dans le département pour répondre aux besoins de la population en dehors des heures et jours ouvrables des officines (arrêté préfectoral en cas de carence).

Jusqu'à présent, les pharmaciens assurant ce service percevait des honoraires pour service d'urgence pris en charge par l'assurance maladie (honoraire à la feuille de soins) dans les conditions fixées par l'article 29 de l'arrêté 25 -553 du 6 décembre 1968 fixant le Tarif Pharmaceutique National (TPN).

2. Création du nouveau principe de rémunération des gardes (*article 32.1*)

Afin de contribuer à la pérennité de ce service de garde garantissant l'accès aux soins des patients, les partenaires conventionnels ont conclu, le 6 janvier dernier, un protocole d'accord aux termes duquel ils se sont engagés à mettre en place un dispositif financier conventionnel complémentaire aux honoraires de garde et d'urgence sous la forme d'une indemnité d'astreinte. La convention nationale reprend les termes de ce protocole et décline les modalités de mise en œuvre de ce dispositif (*article 30*).

Parallèlement à la conclusion de la convention, les syndicats ont sollicité auprès du ministère une revalorisation des honoraires de garde et d'urgence fixés par le TPN.

2.1 Montant

Le montant de l'indemnité d'astreinte est fixé à 75 euros pour chacune des périodes suivantes :

- la nuit
- la journée du dimanche
- le jour férié

Contrairement aux dispositions applicables aux médecins dans le cadre de la permanence des soins, ces périodes ne sont pas encadrées par des horaires fixes (ex : 8H – 20 H). En effet, les heures ouvrables des officines sont très variables selon les zones d'implantation (zones urbaines, rurales, grandes agglomérations).

Conformément aux dispositions de cet article 32.1, les gardes réalisées à compter de la date d'entrée en vigueur de la convention doivent faire l'objet du versement d'une indemnité d'astreinte.

Les partenaires conventionnels se sont engagés à étudier la possibilité de revoir le montant de l'indemnité d'astreinte parallèlement à la mise en œuvre de la généralisation du dispositif sur le contrôle des droits à prestations des assurés prévu à l'article 39.

2.2 Détermination des secteurs de garde et information des caisses

Comme il a été exposé précédemment, l'organisation du service de garde et d'urgence pharmaceutiques relève de la compétence des organisations syndicales.

La convention ne remet pas en cause cette organisation. Ainsi, la détermination des secteurs de garde (découpage territorial, nombre) relève de la responsabilité des syndicats.

La convention prévoit que la permanence pharmaceutique conventionnelle est financée dans la limite de : 1150 secteurs pour les nuits et 1450 secteurs pour les dimanches et jours fériés (*article 31.1*). Ces chiffres sur lesquels se sont engagés les syndicats correspondent environ au nombre actuel de secteurs, selon les données communiquées par les syndicats.

Quoiqu'il en soit, les caisses n'ont pas à intervenir dans cette sectorisation. Le suivi du respect du nombre de secteurs selon les périodes de permanence sera assuré au niveau national par la CPN (*article 33*).

2.3 Communication de la liste des secteurs (*article 31.2*)

Les syndicats professionnels doivent communiquer à chaque CPAM la liste des secteurs de garde correspondant à la circonscription de chaque caisse et ce, dans le mois qui suit l'entrée en vigueur de la convention. Cette liste doit comporter le nom des officines situées dans chaque secteur.

Les représentants nationaux des syndicats signataires ont dû informer leurs représentants locaux de cette obligation. Toutefois, il peut être utile que les caisses effectuent un rappel sur ce point aux représentants de la profession.

Ensuite, chaque CPAM doit être informée par les syndicats locaux de toute modification intervenue dans la liste des secteurs.

2.4 Conditions de réalisation de la permanence pharmaceutique conventionnelle

Une officine habituellement ouverte la nuit ou les dimanches et jours fériés et non inscrite sur la liste communiquée par les syndicats locaux ne peut percevoir l'indemnité d'astreinte (*article 31*).

Dans certains cas, une officine habituellement ouverte la nuit ou les dimanches et jours fériés peut être considérée comme de garde pas les syndicats et inscrite à ce titre sur la liste établie par ces derniers. Dès lors que cette officine figure sur cette liste, elle peut percevoir l'indemnité d'astreinte.

En revanche, la convention n'impose pas que l'officine assurant la garde soit « fermée » au public (exigence d'accueil à volet fermé) à l'instar de ce que prévoit le TPN pour la perception des honoraires pour service d'urgence.

2.5 Circuit pour la prise en charge des indemnités d'astreinte

=> Etablissement d'une attestation par le pharmacien (*article 32.2*)

Chaque pharmacien ayant effectué une ou plusieurs permanences (nuit, jour férié ou dimanche) sur une période d'un mois civil doit adresser à la CPAM dont il dépend une attestation de participation à la permanence pharmaceutique des soins et ce, avant le 15 du mois suivant.

Cette attestation sur support papier est remplie selon le modèle figurant en annexe II.2 de la convention.

Dans l'hypothèse où la permanence pour une période donnée (une nuit, un dimanche ou un jour férié) a été assurée par plusieurs pharmaciens titulaires au sein d'une même officine, une seule indemnité d'astreinte est due (une indemnité par officine).

=> Communication par les syndicats de la liste des officines ayant effectué les gardes

Les syndicats professionnels sont tenus d'adresser aux CPAM, avant le 15 du mois, la liste des officines ayant effectivement assuré les gardes durant le mois civil écoulé (*article 31.2*).

2.6 Modalités de règlement par les caisses des indemnités d'astreinte (*article 32.2*)

Le paiement des indemnités d'astreinte ne peut intervenir qu'au vu de l'attestation d'astreinte et de la liste des gardes effectuées évoquées supra.

La CPAM doit régler les indemnités d'astreinte dans un délai de 15 jours suivant la réception des pièces justificatives.

La CPAM règle ces indemnités au nom et pour le compte de l'ensemble des régimes. La répartition entre les régimes est effectuée selon la clé de ventilation des cotisations des praticiens et des auxiliaires médicaux.

=> Modalités de liquidation

Le dispositif est mis en œuvre par la création de 3 codes actes à l'usage des seules Caisses Primaires (CPAM) et Caisses Générales de Sécurité Sociale (CGSS).

Il a été procédé à la création du code GPN pour rémunérer la garde de nuit, à la création du code GPF pour rémunérer la garde lors des jours fériés et à celle du code GPD pour rémunérer la garde le dimanche.

Les caisses utiliseront ces différents codes en fonction des périodes concernées, afin de permettre ensuite un suivi précis du dispositif.

La liquidation des 3 forfaits est à réaliser sous un matricule fictif, structuré de la façon suivante :

- Sexe : « 1 »
- Année : « 55 »
- Mois : « 55 »
- Département : « 55 »
- Commune : n° de la CPAM sur 3 caractères
- N° insee : « 030 »
- Clé : calculée en fonction du modulo 97
- Nom : Nom de la CPAM
- Prénom : « Fictif »
- Date de naissance : « 31/12/1955 »
- Verrou CAS : « OUI » -date de début = date de création de l'assuré –date de fin = à blanc
- Date 1^{ère} immat : « 01/01/1956 »
- Régime : « 888 » au 01/01/1956
- DRG adresse : adresse de la Caisse
- DRG domiciliation : « SAN »

=> Paiement et imputation comptable

Le paiement des prestations GPN, GPF, GPD s'effectue par les caisses du Régime Général pour le compte de l'ensemble des régimes. Une répartition entre les régimes sera effectuée automatiquement par QUALIFLUX selon la clé de répartition des cotisations des PAM, soit : 86.96 % pour le régime général et 13.04 % pour les autres régimes.

Dans l'attente de la création d'un compte d'imputation spécifique pour la part régime général, les montants payés via les codes GPN, GPF, GPD seront ventilés automatiquement par QUALIFLUX dans les comptes suivants :

- Régime général :
compte 656111118 - Prestations Maladie – Autres PS (gestion MOC)

- Autres régimes :
compte 45112662 - CNAMTS- Gardes des pharmaciens (gestion TM) (Nouveau compte créé au PCN au 1^{er} mai)

A compter du 1er juillet, date à laquelle le compte spécifique sera créé au PCN (compte 656xxx11764), le montant imputable au régime général sera réparti entre les risques maladie et AT selon la clé utilisée pour le code acte ASR, soit 98.19 % en maladie et 1.81 % en AT .

Par ailleurs, les montants payés via les codes GPN, GPF, GPD seront ventilés automatiquement dans les comptes suivants :

- Régime général :
en maladie : compte 65611111764 - Maladie –Gardes en ville (gestion MOC)
en AT : compte 65612111764 - AT/MP- Gardes en ville (gestion AN)
- Autres régimes :
compte 45112662 - CNAMTS- Gardes des pharmaciens (gestion TM)

3. Suivi et évaluation du dispositif (article 33)

Afin de faciliter le traitement statistiques de ce poste de dépenses, il est demandé aux caisses d'enregistrer le paiement de l'astreinte à la « date de soins », c'est-à-dire à la date où l'astreinte ouvrant droit à indemnisation a été effectivement réalisée (et non pas à la date de paiement des astreintes par la caisse).

La CPN est chargée d'établir, chaque année avant le 30 avril, un bilan du coût et de l'efficacité du dispositif de la permanence pharmaceutique conventionnelle pour l'année écoulée.

CONTINUITÉ DES SOINS ET MAÎTRISE DES DÉPENSES (article 29)

Dans le cadre des négociations de la convention, les représentants de la profession ont rappelé que les pharmaciens étaient régulièrement confrontés à une difficulté dans le cadre du renouvellement de certains traitements chroniques : à l'issue de l'exécution complète d'une ordonnance (délivrance initiale et renouvellements), la nouvelle prescription permettant d'assurer la continuité du traitement n'est pas toujours établie dans les temps (difficulté pour obtenir rendez vous chez le médecin, etc.).

Les syndicats signataires et l'UNCAM se sont engagés à travailler en concertation avec les syndicats signataires de la convention médicale sur des solutions permettant de garantir au mieux la continuité des soins.

Les syndicats signataires de la convention ont confirmé l'engagement des pharmaciens dans la maîtrise médicalisée des dépenses de santé notamment au regard du développement de la dispensation des médicaments génériques (article 29.3).

MODERATION DES PRIX DANS LE DOMAINE DES DISPOSITIFS MEDICAUX (articles 34 à 36)

1. Principe général

Les pharmaciens s'engagent par ailleurs dans le cadre de la délivrance des dispositifs médicaux à limiter, autant que faire se peut, le coût restant à la charge des assurés sociaux en s'efforçant de pratiquer des prix de vente se rapprochant au mieux des tarifs de remboursement de ces produits (dans le cas où des prix limite de vente ne sont pas fixés réglementairement). Dans ce cadre, l'information sur les prix pratiqués et les tarifs de prise en charge doit être la plus complète et la plus claire possible (articles 34 et 35).

2. Cas particulier des bénéficiaires de la CMU

Conformément à la réglementation, il est rappelé que les pharmaciens doivent proposer aux bénéficiaires de la CMU des dispositifs médicaux aux prix limite de vente fixés réglementairement. Ainsi, les termes « en première intention » signifient que le pharmacien doit proposer un dispositif médical inclus dans le « panier de biens CMU » mais qu'il ne le délivrera pas obligatoirement.

MODALITES DE FACTURATION ET DE REGLEMENT DES PRODUITS DE SANTE (articles 37 à 58)

1. Présentation générale du titre III de la convention

Le titre III est consacré aux modalités de facturation et de règlement des prestations.

Ce titre est organisé de la manière suivante :

- La première partie (*sous-titre I - articles 37 à 43*) comporte un certain nombre de règles applicables en matière de facturation et de règlement (sans préjudice de l'ensemble des règles posées par la réglementation) qui s'imposent quelles que soient les modalités de transmission utilisées par le pharmacien (SESAM-Vitale, Norme IRIS B2, facturation sur support papier).
- La deuxième partie (*sous-titre II – articles 44 à 55*) est consacrée aux modalités de facturation et télétransmission selon le système SESAM-Vitale qui constitue la règle. Elle a pour objet essentiel de reprendre les dispositions de la convention SESAM-Vitale de 1999 avec quelques aménagements.
- La troisième partie (*sous-titre III – articles 56 à 58*) décline les autres procédures exceptionnelles de facturation : feuille de soins SESAM « dégradé » établie en cas d'absence de la carte Vitale, feuille de soins en norme IRIS B2 (reprise partielle des dispositions de l'avenant de 1996 au protocole d'accord national du 30 septembre 1975 abrogé) et feuille de soins sur support papier.

Certaines dispositions de ce titre III nécessitent les précisions qui suivent.

2. La dispense d'avance des frais conventionnelle (article 37)

L'article 37 de la convention est consacré au mode de règlement des produits de santé. Il est rappelé que comme pour toute prestation prise en charge par l'assurance maladie, le paiement direct à l'assuré reste le principe (article L 322-1 CSS).

Toutefois, outre les cas particuliers pour lesquels le législateur rend la dispense d'avance des frais obligatoire (tiers payant légal), la convention prévoit la possibilité pour le pharmacien de pratiquer la dispense d'avance des frais au bénéfice des assurés sociaux et de leurs ayants droit, sans aucune condition tenant au montant de la facture ou à la catégorie du bénéficiaire.

Cette disposition n'est évidemment pas nouvelle puisqu'elle constitue une reprise du protocole d'accord national du 30 septembre 1975 sur la dispense d'avance des frais désormais abrogé.

Cet article prévoit en outre que les caisses ne doivent pas instituer de seuil minimal pour opérer le règlement des prestations au pharmacien. Le déclenchement du paiement des factures, à la condition qu'un seuil prédéfini, est interdit.

3. La justification des droits (article 38)

L'assuré ou ses ayants droit doivent justifier de ses droits à l'assurance maladie obligatoire par la carte Vitale définie à l'article L. 161-31 CSS. Il est cependant prévu, qu'à titre exceptionnel, dans les cas où les personnes ne sont pas en mesure de présenter de carte Vitale (exemples : bénéficiaires de l'AME ne disposant pas de carte, absence de la carte car en possession d'un autre membre de la famille dans la mesure où la carte est « familiale » et non « individuelle », etc.), le pharmacien procède à la vérification des droits sur la base de l'attestation sur support papier.

Il est par ailleurs confirmé que l'appréciation des droits par le pharmacien s'effectue à la date de la facturation et non à la date de la prescription.

4. Le contrôle des droits à prestations des assurés par les pharmaciens (article 39)

L'article 65 de la LFSS dispose qu'à compter du 1^{er} juillet 2007, la dispense d'avance des frais consentie à l'assuré sera subordonnée à la vérification préalable par le pharmacien (avant la facturation) :

- de la non inscription de la carte Vitale sur la liste d'opposition ;
- du respect des conditions de prise en charge des prestations délivrées.

Les partenaires conventionnels se sont engagés à mettre en application cette exigence législative du respect du périmètre de soins, selon le planning suivant :

- examen en CPN d'ici le mois de septembre 2006 d'un cahier des charges visant à expérimenter un ou plusieurs services d'échanges d'informations permettant de satisfaire aux conditions visées à l'article 65 LFSS (ce cahier des charges doit délimiter le périmètre de vérification des conditions de prise en charge des prestations) ;
- à l'issue de l'expérimentation, établissement d'un bilan présenté en CPN afin de négocier courant 2007 les conditions de la généralisation du dispositif et les incidences sur le principe de la garantie de paiement prévu à l'article 50 de la convention ;
- évolution des systèmes d'information de manière à assurer la mise à jour incrémentée et quotidienne de la liste d'opposition des cartes Vitale, pour le 1^{er} janvier 2007.

Les syndicats signataires ont particulièrement insisté sur la nécessité de retenir un dispositif de contrôle sur le poste du pharmacien qui soit compatible avec ses contraintes, en terme de temps d'exécution de l'ordonnance.

5. Le codage des produits facturés (*article 41*)

L'article 41 rappelle notamment que les feuilles de soins doivent comporter obligatoirement le code des produits de santé (*cf. article R 161-42 CSS*).

5.1 Contrôle automatisé du codage des médicaments (*article 41.3*)

Avant l'entrée en vigueur de la convention, c'est l'article 5.4 de la convention SESAM-Vitale désormais abrogée qui abordait ce thème.

5.1.1 Le principe

L'article 41.3 réaffirme le principe selon lequel les contrôles automatisés mis en place par les caisses notamment dans le cadre de la vérification du respect des prix, des tarifs forfaitaires de responsabilité (TFR) et des taux de prise en charge des médicaments sont menés dans le respect de la réglementation.

5.1.2 Les règles concertées de portée des contrôles

Dans l'annexe III-1, les parties signataires se sont accordées sur la portée des contrôles opérés postérieurement à l'entrée en vigueur d'une mesure réglementaire affectant les taux de prise en charge, les prix, les TFR. Ces règles ne peuvent être modifiées qu'après avis de la CPN.

=> changement de taux de prise en charge d'un médicament

En cas de changement du taux de prise en charge d'une spécialité, le rejet 4000 078 pour le motif « taux saisi = ancien taux connu » est généré dans le système de liquidation au-delà de 90 jours à compter de la date d'application de la mesure réglementaire portant modification de taux.

En fait, les partenaires n'ont fait qu'entériner la règle de gestion appliquée déjà depuis plusieurs années (*cf* notamment LR DRM 38/2004 du 9 mars 2004).

Ce paramétrage national en rejet à l'expiration d'un délai de 90 jours qui a valeur réglementaire (disposition de la convention approuvée par arrêté) ne doit en aucun cas être modifié par les caisses.

=> changement de prix, de mise sous TFR ou de changement de TFR

En cas de changement de prix, de mise sous TFR ou de changement de TFR, le signalement 4000 066 « PU saisi = ancien PU fichier des médicaments » est généré dans le système de tarification, au-delà d'un délai de 2 mois à compter de la date d'application de la mesure réglementaire.

A l'instar du diagnostic IRIS paramétré pour le changement de taux, ce signalement ne doit pas être modifié par les caisses.

Les partenaires n'ont pas modifié la règle du paramétrage existant, dans le cadre des négociations.

5.1.3 Sanctions pour facturation abusive

Ces délais accordés aux pharmaciens pour facturer les médicaments à l'ancien prix ou TFR après l'entrée en vigueur d'une mesure tarifaire doivent permettre l'écoulement des stocks de produits comportant une vignette à l'ancien prix ou TFR.

En revanche, ils ne doivent pas être utilisés par un pharmacien pour continuer à facturer systématiquement à l'ancien prix ou TFR, alors qu'il ne dispose plus de stocks dans son officine de produits anciennement vignettés.

Ainsi, dès lors qu'un contrôle mené par une caisse sur la base du signalement démontre que le pharmacien facture abusivement à l'ancien prix ou TFR (exemple d'indice : taux de signalement beaucoup plus élevé pour ce pharmacien que la moyenne), une procédure conventionnelle peut être initiée à son encontre dans les conditions définies aux articles 65 et suivants de la convention (point II de l'annexe III-1).

Une lettre réseau faisant le point sur les diagnostics IRIS applicables dans le cadre du codage des médicaments sera prochainement adressée aux caisses.

5.2 Contrôle automatisé du codage des dispositifs médicaux

5.2.1 Le principe

Conformément à la réglementation, les tarifs, les taux de prise en charge et, le cas échéant, les prix limite de vente sont opposables au pharmacien à compter de la date d'entrée en vigueur des textes les arrêtant. La base LPP est renseignée en ce sens.

5.2.2 Les règles concertées de portée des contrôles

Les partenaires conventionnels se sont réservés la possibilité de pouvoir examiner des modalités spécifiques de mise en œuvre dans l'hypothèse où à titre exceptionnel les pharmaciens ou l'Assurance Maladie ne seraient pas en mesure de respecter les dates d'application des mesures tarifaires.

6. De l'exécution des ordonnances : indemnisation de la copie (*article 42*)

Conformément à la réglementation (arrêté du 29 août 1983) les prescripteurs doivent utiliser des ordonnances comportant un original et un volet établi soit par duplication soit portant la mention "duplicata". En outre, la convention médicale rappelle au point 4.1.1.1 cette obligation de recours aux ordonnances dupliquées.

Toutefois, un certain nombre de prescripteurs (notamment hospitaliers) établissent des ordonnances sans duplicata. L'ordonnance originale devant rester la propriété de l'assuré, le pharmacien est donc amené à effectuer une copie pour que l'assurance maladie soit en possession de la prescription.

Dans la mesure où le duplicata d'ordonnance constitue une pièce justificative indispensable à la liquidation des prestations, il est demandé à toutes les caisses d'indemniser désormais les pharmaciens pour les copies qu'ils sont amenés à effectuer lorsque l'ordonnance ne comporte qu'un volet. La convention pose le principe selon lequel le pharmacien qui effectue cette copie doit

être indemnisé par l'assurance maladie à hauteur de 0,15 € TTC la copie (au lieu de 0,23€ auparavant par référence à l'article 9 de l'arrêté 25-553 du 5 décembre 1968 du Tarif Pharmaceutique National du TPN).

Dans le cas des ordonnances sécurisées obligatoires pour les médicaments classés comme stupéfiants, les copies effectuées par les pharmaciens pour conservation dans les officines (cf. article R 5132-35 du code de la santé publique) doivent désormais être également indemnisées sur cette base.

7. Contenu des retours d'information (article 43)

Les parties signataires ont arrêté en commun, dans l'annexe III-2, le contenu des informations devant figurant sur les retours tiers effectués aux pharmaciens concernant l'état du traitement des factures transmises par ces derniers.

En fait, la réalisation des retours d'information sous le format arrêté conventionnellement ne sera possible qu'avec la norme NOEMIE 580 que l'Assurance Maladie s'est engagée à développer très rapidement, dans la mesure où elle constitue une des contreparties à l'adoption de la version 1.40 (article 44).

8. Facturation sous le système SESAM -Vitale : dispositions inchangées (articles 44 à 55)

La convention nationale reprend quasiment in extenso des dispositions figurant dans la convention SESAM -Vitale approuvée par arrêté du 12 août 1999 désormais abrogée.

Ces dispositions sont listées ci-après, pour mémoire, mais ne nécessitent pas de commentaires particuliers.

8.1 Principe de la facturation en FSE (article 44)

Cet article rappelle notamment que la facturation à l'Assurance Maladie doit s'effectuer par principe en FSE.

8.2 Equipements informatiques (article 45)

Toutes les dispositions de la convention SESAM -Vitale sur l'équipement nécessaire à la télétransmission en SESAM -Vitale sont reprises.

8.3 Cartes de professionnel de santé et pour le personnel de l'officine (article 45.4).

La convention ne comporte pas d'éléments nouveaux par rapport à la convention SESAM -Vitale. Il est néanmoins ajouté que la CPAM doit aider le pharmacien, dès lors qu'il rencontre des difficultés pour obtenir sa CPS.

8.4 Garantie de paiement (article 50)

Le principe de la garantie de paiement sur la base des informations contenues dans la carte Vitale au moment de la facturation constitue toujours un des principes majeurs du dispositif SESAM-Vitale.

8.5 Délai de paiement en cas de dispense d'avance des frais (*article 52*)

Le principe d'un délai de paiement maximal de 4 jours ouvrés à compter du jour de l'accusé de réception logique (ARL) est confirmé. Dans la mesure où l'assurance maladie est tenue d'organiser et de financer un système de collecte des ordonnances, elle se dote de ce fait d'un dispositif qui offre toute garantie en matière de réception des pièces justificatives lui permettant de respecter les procédures de contrôle, a posteriori, de l'exactitude des paiements effectués (*article 49.2 et voir en ce sens la LR-DFC-44/2005 du 12 juillet 2005*).

8.6 Modalités de transmission en cas de dysfonctionnement (*article 53*)

Les dispositions de la convention SESAM Vitale sont intégralement reprises.

8.7 Service de la télé mise à jour des cartes Vitale (annexe III-3)

L'avenant n°1 à la convention SESAM Vitale (arrêté du 14 octobre 2004) désormais abrogé et relatif à la participation des pharmaciens au service de la télé mise à jour des cartes Vitale a été repris in extenso dans cette annexe de la convention. Les circulaires ou lettres-réseau parues sur les modalités d'application de ce dispositif restent donc applicables (cf. notamment CIRC 96/2006 et LR DDRR 18/2004).

Remarque : afin de ne pas alourdir inutilement le travail des caisses et des officines, il a été ajouté la disposition suivante à l'article 2 de l'annexe III.3 : tout pharmacien ayant adhéré au service de la mise à jour des cartes Vitale antérieurement à la date d'entrée en vigueur de la convention n'a pas à renouveler son adhésion.

9. Facturation sous le système SESAM -Vitale - Dispositions nouvelles (*articles 44 à 55*)

9.1 Engagement des pharmaciens à intégrer la version 1.40 de SESAM-Vitale sous réserve de la mise en oeuvre de solutions techniques (*article 44*).

Les trois syndicats signataires de la convention se sont engagés à ce que les pharmaciens passent en version 1.40 à la condition que les solutions techniques suivantes soient mises en oeuvre :

- possibilité d'effectuer des feuilles de soins SESAM "dégradé" sur tout le territoire national (*article 56*) ;
- développement de la norme NOEMIE 580 sur les retours d'informations (*article 43*) ;
- amélioration des conditions d'application de la garantie de paiement dans le cadre de la prise en charge des accidents du travail.

Ces évolutions techniques n'ont pas pu être mises en oeuvre à ce jour compte tenu des priorités du plan de charge informatique et notamment de la mise en place de la Réforme.

L'article 44 prévoit que le planning de mise en oeuvre de ces solutions doit être arrêté lors de la première réunion de la CPN.

Cette mise en oeuvre conditionne le passage des pharmaciens en version 1.40.

En outre, les partenaires doivent convenir très rapidement des modalités de mise en place d'une expérimentation préalable permettant de vérifier le bon fonctionnement de la version 1.40 en veillant à la continuité du service existant, sans régression.

9.2 La liste d'opposition (*article 47*)

Les dispositions concernant la liste d'opposition des cartes Vitale qui figuraient dans la convention SESAM-Vitale ont été revues en raison de leur caractère désuet (liste sur support papier alors envisagée).

En fait, l'article 47 ne fait que décliner les conditions dans lesquelles la liste d'opposition a été déployée depuis 2004. Les partenaires conventionnels s'étaient alors accordés sur les modalités de diffusion de la liste auprès des pharmaciens.

Il faut rappeler ici que dans le cadre de l'article 39 de la convention, il est prévu une évolution des systèmes d'information de manière à assurer la mise à jour incrémentée et quotidienne de la liste d'opposition pour le 1er janvier 2007.

9.3 Le ramassage des ordonnances (*article 49*)

Depuis 1999, l'Assurance Maladie s'est engagée vis à vis des pharmaciens d'officines dans le cadre de la convention SESAM-Vitale à organiser et à financer le système de collecte des ordonnances. L'article 49 de la convention renouvelle cet engagement.

La convention arrête désormais une fréquence de ramassage : une fois par semaine. Sur ce point, les parties ont entériné la fréquence la plus courante retenue actuellement (fréquence de ramassage du régime général notamment).

Pour tenir compte du mode d'organisation de certains régimes (ex : point unique sur le territoire pour la liquidation des prestations) ou sections locales mutualistes, le texte prévoit qu'à titre dérogatoire un dispositif autre que le ramassage en officine peut être retenu. Cependant, les dispositifs envisagés doivent faire l'objet d'un examen en CPN.

Toutefois, pour éviter de bouleverser les systèmes de collecte par le biais d'enveloppes T mis en place antérieurement à l'entrée en vigueur de la convention et qui donnent satisfaction, les parties se sont accordées pour qu'ils soient maintenus en l'état.

Pour information, il est désormais juridiquement possible d'envisager un dispositif de ramassage inter-régimes en constituant un groupement d'achat et en lançant une procédure d'appel d'offres pour désigner un prestataire unique chargé du ramassage des ordonnances. Cette solution devrait permettre d'une part, d'optimiser les coûts et d'autre part, de simplifier la gestion au sein des officines. Cette procédure nouvelle actuellement à l'étude à la CNAMTS a d'ores et déjà recueilli l'accord de certains régimes.

Si cette solution aboutit, le ramassage des ordonnances inter-régimes ne pourra de toute façon pas intervenir avant avril 2007. En effet, la convention nationale de prix conclue entre la CNAMTS et la société Services de la Répartition Pharmaceutique (SRP) arrive à échéance le 31 mars 2007.

9.4 Paiement du pharmacien en cas d'incident (*article 52*)

En cas d'incident de paiement ne permettant pas à la caisse de respecter le délai de paiement sous 4 jours, cette dernière doit, sur simple demande du pharmacien, (ou des syndicats siégeant à la CPL en cas d'incident généralisé) verser sous 24 heures le montant total des FSE non traitées. Dans le cadre de la convention SESAM-Vitale, seul un acompte de 80% était susceptible d'être versé au pharmacien.

9.5 Revalorisation du montant de l'aide pérenne (*article 54*)

Les pharmaciens ont obtenu une revalorisation du montant de l'aide pérenne qui leur est versée pour chaque FSE. Ainsi l'aide passe de 0,04535 € TTC à 0,05 € TTC (code FFS).

Dans un second temps lorsque les partenaires conventionnels auront convenu en CPN que la montée en charge de la version 1.40 est satisfaisante, ils décideront de la date à laquelle cette aide passera à 0,064 € TTC pour l'ensemble des pharmaciens (*article 44*).

Les services techniques font le nécessaire pour que le prochain versement des aides qui interviendra le 1^{er} mars 2007 (pour les flux émis en 2006) intègre cette modification.

10. Facturation en feuille de soins SESAM « dégradé » (*article 56*)

10.1 Engagement de limiter le recours à cette procédure (*article 56.1*)

Comme il était déjà prévu sous l'empire de la convention SESAM -Vitale, les pharmaciens télétransmettant en SESAM -Vitale peuvent dans certains cas particuliers (absence ou défectuosité de la carte Vitale) effectuer des feuilles de soins SESAM « dégradé ».

Toutefois, les syndicats signataires se sont engagés à ce que la profession limite autant que faire se peut le recours à cette procédure. Elle ne doit être utilisée que si l'assuré n'a pas la possibilité de présenter sa carte (*cf. article 38*). Les parties ont entendu viser ici non pas les personnes qui ont oublié leur carte mais celles dont la carte ne peut être en leur possession.

Dans la mesure où ces circonstances sont mal cernables, il a été prévu d'assurer un suivi du volume de ce type de flux et d'envisager des actions de communication à l'égard des pharmaciens et des assurés sociaux si nécessaire, par les CPL.

10.2 Modalités de transmission des feuilles de soins SESAM « dégradé » et des ordonnances (*article 56.2*)

Les modalités retenues dans le cadre de la convention SESAM-Vitale sont maintenues :

- envoi du flux à la caisse d'affiliation de l'assuré,
- envoi en parallèle sous la responsabilité du pharmacien des pièces justificatives papier à l'exception des pièces concernant les assurés affiliés à la caisse dont dépend le pharmacien qui peuvent bénéficier du dispositif de ramassage des ordonnances prévu à l'article 50,
- pas de garantie de paiement.

10.3 Fin de l'indemnisation des feuilles de soins SESAM « dégradé »

Désormais les flux dégradés (code FFN) ne seront plus indemnisés. Jusqu'à présent ces flux étaient indemnisés à hauteur de 0,0092 € par flux.

Les services techniques font le nécessaire pour qu'il soit tenu compte de la suppression de cette indemnisation, lors du paiement qui aura lieu le 1er mars 2007 (même calendrier que l'aide aux FSE).

10.4 Délai de règlement

Comme auparavant les caisses doivent régler dans un délai de 4 jours à compter de la réception des pièces justificatives.

11. Facturation en feuille de soins IRIS B2 - date butoir 31 décembre 2007 (*article 57*)

Cet article reprend les dispositions de l'avenant de 1996 du protocole d'accord national sur la dispense d'avance des frais désormais abrogé.

11.1 Suppression de cette modalité de facturation le 31 décembre 2007

Les partenaires se sont engagés sur la disparition de ce type de facturation au 31 décembre 2007.

Les CPL doivent initier, si nécessaire, des mesures d'accompagnement (entretien avec les pharmaciens non équipés en SESAM -Vitale, examen des freins à leur intégration, aide logistique à l'installation, etc.) pour atteindre cet objectif et ce, au moins 6 mois avant la date butoir soit en juin 2007.

11.2 Suppression de l'aide à la télétransmission

A compter de l'entrée en vigueur de la convention, les feuilles de soins en norme IRIS B2 ne doivent plus faire l'objet de l'aide de 0,0092 €.

12. Facturation en feuille de soins sur support papier – date butoir 31 décembre 2007 (*article 58*)

Les modalités de facturation et de règlement préexistant sont reprises dans la convention.

A l'instar de ce qui est prévu pour les feuilles de soins en norme IRIS B2, les partenaires se sont engagés sur la disparition de ce seul type de facturation et donc de l'informatisation de tous les pharmaciens en SESAM Vitale, au-delà du 31 décembre 2007.

LES INSTANCES PARITAIRES

1. La Commission Paritaire Nationale (*articles 59 et 61*)

L'article 59 instaure une Commission Paritaire Nationale (CPN) chargée au niveau national du suivi de l'application de la convention et en définit la composition.

Cette CPN se substitue à la commission paritaire qui avait été créée par le protocole d'accord national du 30 septembre 1975.

De même, cette CPN va se voir conférer toutes les missions dévolues initialement à la Commission Paritaire Nationale de suivi des génériques créée par l'accord national de suivi des génériques du 6 janvier 2006 et notamment la fixation des objectifs nationaux et locaux de délivrance des génériques. Dans ce cadre, un avenant à cet accord est en cours de signature pour abroger les articles 9 et 10 relatifs aux instances paritaires.

Les missions de la CPN sont énumérées à l'article 61. Elle a d'ores et déjà été fixée au 21 juin.

2. Programme de travail de la CPN pour 2006

La 1^{ère} réunion de la CPN doit avoir lieu dans les deux mois à compter de l'entrée en vigueur de la convention (*article 60*).

Lors de cette première réunion, la CPN doit :

- fixer le nombre de CPL dans les départements comportant plusieurs caisses (a priori la décision prise par la CPN de suivi des génériques pour les CPL sera entérinée - cf PV de la CPN du 22 février 2006) ;
- arrêter le montant de l'indemnité de déplacement et de séjour des membres de la section professionnelle des commissions paritaires (CPN et CPL) ;
- élaborer la liste des accords nationaux ou locaux que les partenaires souhaitent maintenir malgré l'entrée en vigueur de la convention (*article 3*) ;
- élaborer le planning sur la mise en œuvre des solutions techniques qui conditionne le passage en version SV 1.40 des pharmaciens.

Puis avant la fin 2006, la CPN doit :

- établir, pour le mois de septembre, le cahier des charges pour l'expérimentation d'un ou plusieurs services d'échanges d'information en application de l'article 39 (contrôle des droits au moment de la facturation) ;
- suivre l'application de l'accord national sur les génériques et fixer les objectifs de délivrance pour l'année 2007 ;
- rédiger un avenant sur la dispensation dans les établissements médico-sociaux (*article 27*) ;
- rédiger un avenant sur le dispositif de formation conventionnelle.

3. La Commission Paritaire Locale (*articles 62 à 64*)

A l'instar de la CPN, la Commission Paritaire Locale (CPL) créée par l'article 62 se substitue à toute instance paritaire préexistante y compris à la CPL de suivi des génériques dont les missions sont conférées à cette nouvelle CPL (avenant identique à celui visé supra).

La CPL, chargée de la mise en œuvre de la convention au plan local, a ses missions définies à l'article 64. A noter que les caisses doivent communiquer un relevé de décision de leur commission au secrétariat de la CPN géré désormais par le Département des Produits de Santé – à l'attention de Madame le Docteur Monique Weber.

4. Mise en place des CPL (*article 63*)

Les CPL doivent être installées dans les 3 mois suivant l'entrée en vigueur de la convention.

Les caisses ne devraient pas être confrontées aux difficultés rencontrées lors de l'installation des CPL de suivi des génériques sur la représentation syndicale.

En effet, les trois syndicats signataires sont parvenus à un accord dans la convention sur les modalités de désignation des membres de la section professionnelle (*article 62*).

Les caisses qui n'ont pas été en mesure d'installer de CPL de suivi des génériques avant l'entrée en vigueur de la convention nationale, notamment compte tenu des difficultés évoquées supra, sont invitées à procéder à l'installation de leur CPL le plus rapidement possible, afin de procéder au suivi de la réalisation de l'objectif local de délivrance des génériques (*cf. article 7 de l'accord national de suivi des génériques*).

5. Fonctionnement des commissions paritaires (*Annexe IV-1*)

L'annexe IV-1 décrit le fonctionnement de ces commissions : organisations des réunions, modes de délibérations, organisations de la carence.

6. Indemnisation des membres de la section professionnelle (*Annexe IV-1 article 5*)

Les représentants des syndicats membres de la section professionnelle au niveau de la CPN et des CPL vont désormais être indemnisés pour leur présence en commission :

- 130 euros la vacation pour une demi-journée,
- une indemnité de déplacement et le cas échéant de séjour dont les montants seront fixés lors de la 1^{ère} réunion de la CPN, sur la base des indemnités prévues pour les conseillers des caisses.

SANCTION CONVENTIONNELLE EN CAS DE MANQUEMENT IMPUTABLE A UN PHARMACIEN

1. Distinction entre manquements conventionnels et manquements relevant de l'article L. 162-1-14 CSS (*article 65*)

L'article L. 162-1-14 CSS exclut le cumul des sanctions de type pénalités financières et conventionnelles.

En outre, la convention prévoit que les anomalies d'ordre réglementaire relevant du champ d'application du décret n°2005-1016 du 23 août 2005 sur les pénalités financières (application de l'article L 162-1-14 CSS) ne doivent pas faire l'objet de la mise en œuvre de la procédure de sanction conventionnelle.

Tous les autres manquements de type réglementaire non listés par le décret et bien évidemment les manquements conventionnels peuvent conduire à une sanction conventionnelle.

1.1. Difficultés de mise en œuvre de la procédure de pénalités financières

L'article R 147-4 CSS prévoit que les représentants de chaque profession de santé devant siéger à la commission chargée d'émettre un avis sur le prononcé d'une sanction de pénalités financières sont désignés par les instances paritaires conventionnelles. Ce texte énonce

ensuite expressément les instances visées. Or, au moment de la rédaction du décret susvisé, le ministère n'avait pas souhaité mentionner la commission paritaire locale des pharmaciens à l'instar des commissions des autres professionnels de santé, dans la mesure où cette commission n'était jusqu'à présent pas instituée par une convention nationale.

Avec l'entrée en vigueur de la convention nationale, la CPL des pharmaciens a désormais une base conventionnelle de même valeur juridique que les instances paritaires des autres professionnels de santé.

Dans ce cadre, la CNAMTS devra saisir le ministère pour modifier le décret susvisé.

1.2 Principe de substitution temporaire d'une sanction financière par une sanction conventionnelle

Dans l'attente, les syndicats signataires de la convention se sont engagés à favoriser la constitution des « commissions pénalités financières » avant le 30 septembre 2006. Les syndicats doivent se répartir entre eux les 5 sièges qui leur sont alloués.

Toutefois, s'il s'avérait que l'absence de constitution de la commission « pénalités financières » s'opposait au prononcé d'une sanction, les syndicats signataires ont accepté que les manquements constatés dans l'activité d'un pharmacien relevant du champ d'application du décret « pénalités financières » puissent conduire au déclenchement d'une procédure conventionnelle.

2. Les sanctions (*article 66*)

Les sanctions susceptibles d'être prononcées à l'encontre d'un pharmacien à l'issue de la procédure conventionnelle sont les suivantes (par ordre croissant de gravité) :

- mise en demeure ;
- avertissement ;
- suspension du versement de l'aide pérenne (*article 54*) pour une période pouvant aller jusqu'à la durée de la convention ;
- déconventionnement avec ou sans sursis pour une période pouvant aller jusqu'à la durée de la convention ;
- suspension de la dispense d'avance des frais avec ou sans sursis pour une période pouvant aller jusqu'à la durée de la convention.

Dans la mesure où le conventionnement du pharmacien est désormais une condition de facturation des prestations à l'assurance, il convient de distinguer la sanction de déconventionnement de la sanction de suppression de la pratique de la dispense d'avance des frais.

Compte tenu de la portée respective des ces deux sanctions, deux procédures distinctes ont été instaurées.

3. Sanction de déconventionnement

Un pharmacien titulaire déconventionné ne peut plus facturer de produits de santé à l'assurance maladie. Toutefois pour préserver l'accès aux soins de l'ensemble des assurés sociaux, il est indispensable de prévoir que ce pharmacien soit remplacé pendant toute la durée de la sanction.

Ainsi, un pharmacien qui voit prononcer à son encontre une sanction de déconventionnement doit obligatoirement se faire remplacer par un pharmacien inscrit au tableau de la section D² de l'Ordre (L 4232-1 du code de la santé publique) en sus de son personnel salarié habituel. Ce remplaçant ne doit pas avoir d'autre activité pendant la durée du remplacement. Le pharmacien titulaire sanctionné a donc à sa charge la rémunération de ce remplaçant.

Conformément aux dispositions de l'article L 162-16-3 CCS, l'article 67 de la convention prévoit que le pharmacien remplaçant est considéré comme conventionné.

4. Sanction de suspension de la dispense des frais : décision réservée au directeur de l'UNCAM

La suspension de la possibilité de pratiquer la dispense d'avance des frais est une sanction très lourde en termes économiques et financiers pour une officine. En effet, il est évident que les assurés sociaux qui ne peuvent plus bénéficier de la dispense d'avance des frais auprès d'une officine en choisissent une autre pour se faire dispenser les produits de santé.

Dès lors, compte tenu de cet impact économique majeur, il a été décidé de mettre en place une procédure particulière aux termes de laquelle il est prévu que la décision de sanction relève de la seule compétence du directeur de l'UNCAM. Seuls des manquements graves et répétés peuvent conduire au prononcé d'une telle sanction.

5. Les étapes de la procédure (annexe IV.2)

L'annexe IV.2 de la convention décrit précisément les étapes de la procédure qui peut conduire à la notification des sanctions définies à l'article 66.

5.1 Le respect de la procédure

Il convient d'insister sur le fait que, comme pour toute procédure conventionnelle, les dispositions de cette annexe doivent être suivies très précisément afin de se prémunir d'éventuelles actions contentieuses visant à faire annuler la procédure pour vice de forme.

Il faut notamment apporter une vigilance toute particulière :

- au contenu de la notification des griefs : elle doit être détaillée, motivée et elle doit indiquer les sanctions encourues et les délais et voies de recours ;
- au respect des délais prévus par la convention entre les différentes étapes de la procédure ;
- au respect du principe du contradictoire et des droits de la défense.

En outre, il faut préalablement au déclenchement d'une procédure conventionnelle apprécier l'opportunité de la mise en œuvre de cette dernière au regard du nombre de dossiers concernés, de la gravité et du caractère répété des faits. Enfin, le choix de la sanction prononcée doit se faire également au regard de ces critères.

5.2 Les principales étapes

Les principales étapes de la procédure sont rappelées ci-après. Des schémas retraçant la procédure sont disponibles en annexe de la présente circulaire (annexe 1).

² Le tableau de la section E correspondant aux pharmaciens exerçant dans les DOM a été omis. Un ajout fera l'objet d'un avenant ultérieurement.

- déclenchement de la procédure : un non respect manifeste des règles conventionnelles et réglementaires au sens de l'article 65 est constaté ;
- notification des griefs au pharmacien en lettre recommandée avec accusé de réception : le courrier expose les griefs, les sanctions encourues et les délais pour présenter des observations écrites ou obtenir un entretien) ;
- délai de réponse éventuel par le pharmacien : il a 30 jours pour répondre si les anomalies datent de moins d'un an, 60 jours si les faits sont plus anciens (dans la limite du délai de prescription des faits) ;
- réception le cas échéant des observations écrites et/ou organisation d'un entretien avec le pharmacien si celui-ci le souhaite : l'entretien a lieu dans les 30 jours suivant réception des observations écrites ou à défaut dans les 30 jours suivant le délai de 30 jours ou 60 jours octroyé pour présenter lesdites observations – l'entretien peut être précédé d'un entretien avec un praticien conseil à la demande du pharmacien ;
- réunion de la CPL si les manquements reprochés paraissent établis : elle se réunit dans les 60 jours suivant l'entretien ou suivant le délai octroyé pour la tenue de l'entretien ;
- convocation du pharmacien : il est convoqué à la CPL dans un délai de 30 jours au minimum avant la tenue de la CPL ;
- envoi d'un mémoire à la CPL : s'il le souhaite, le pharmacien peut adresser un mémoire à la caisse qui doit lui parvenir au plus tard 7 jours avant la tenue de la réunion ;
- tenue de la CPL : elle se tient en présence du pharmacien sauf volonté contraire de sa part ; il a la possibilité de se faire assister par la personne de son choix (notamment avocat) – si le pharmacien titulaire démontre que les manquements relèvent des agissements d'un pharmacien adjoint ou remplaçant dissociable de sa gestion, l'adjoint ou le remplaçant concerné peut être entendu en CPL ; il peut être considéré qu'il s'agit d'un facteur d'atténuation ou d'exonération de la sanction ;
- avis de la CPL : il est émis en séance ;
- rédaction de l'avis de la CPL par le secrétariat : il est rédigé et transmis aux président et vice président de la CPL dans un délai de 15 jours suivant la tenue de la réunion ; il est signé par ces derniers dans un délai de 7 jours suivant réception ;
- transmission de l'avis de la CPL : il est alors transmis au pharmacien.

5.3 Procédure relative aux sanctions autres que la suspension de la dispense d'avance de frais

Dans le cas où le directeur de la CPAM décide d'une des sanctions visées à l'article 65 à l'exception de la sanction de suspension de la dispense d'avance des frais, il la notifie au pharmacien par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de 30 jours à compter de la date de signature de l'avis de la CPL (notification mentionnant voies et délais de recours). La notification précise également la date d'application de la sanction qui ne peut intervenir qu'à l'issue du délai de 60 jours laissé pour le recours devant la CPN ou devant la juridiction administrative ;

- 1^{er} cas : recours consultatif possible du pharmacien devant CPN
Ce recours n'est possible :
=> qu'en cas de déconventionnement d'au moins 15 jours ferme ou d'au moins 3 mois avec sursis

=> qu'en cas de suspension de l'aide pérenne pendant une durée d'au moins 30 jours

- Délai de recours

Ce recours doit être formé dans un délai de 60 jours suivant la date de notification de la sanction. Ce recours est suspensif.

- Délai de réunion de la CPN

La CPN se réunit dans un délai de 60 jours suivant la réception du recours (audition du pharmacien qui peut se faire assister). Le pharmacien doit être convoqué dans un délai de 30 jours au minimum avant la tenue de la CPN (possibilité d'adresser un mémoire qui doit parvenir au moins 7 jours avant la réunion à la CPN).

- Délai de rédaction et de transmission de l'avis

L'avis de la CPN est émis et rédigé en séance. Il est transmis aux président et vice président de la CPL dans un délai 15 jours suivant la tenue de la réunion.

- Délai de signature de l'avis

Il est signé par ces derniers dans un délai de 7 jours suivant réception.

- Délai de transmission de l'avis à la CPAM et au pharmacien

Il est transmis dans un délai de 30 jours suivant la date de réunion.

- Délai de notification de la décision de la CPAM au pharmacien

Elle est notifiée au pharmacien dans un délai de 30 jours à compter de la réception par la caisse de l'avis de la CPN (mention des voies et délais de recours - recours devant le tribunal administratif non suspensif) et transmise à la CPN. La notification précise également la date d'application de la sanction. Elle intervient à l'issue du délai de 2 mois laissé au pharmacien pour exercer un recours devant la juridiction administrative. En effet, dans le cas d'un déconventionnement notamment, il est nécessaire de laisser un peu de temps au pharmacien pour s'organiser et trouver un remplaçant (remplacement obligatoire).

- 2ème cas : pas de recours exercé par le pharmacien devant la CPN (choix du pharmacien ou hors cas de recours possible)

La sanction notifiée par le directeur de la CPAM entre en vigueur, en l'absence de recours devant la CPN, à l'issue du délai de 60 jours (à compter de la réception de la notification par lettre recommandée avec accusé de réception) laissé au pharmacien pour exercer son recours devant la CPN ou devant la juridiction administrative. La saisine du tribunal administratif ne fait obstacle à la mise en œuvre de la sanction (caractère non suspensif du recours).

5.4 Procédure réservée à la sanction de suspension de la dispense d'avance des frais (*article 4*)

Cette procédure s'établit dans les conditions suivantes :

- saisine de la CPN : le directeur de la CPAM doit la saisir dans le délai 30 jours à compter de la date de signature de l'avis de la CPL ;
- réunion de la CPN : elle se réunit dans le délai de 60 jours à compter de la réception de la saisine du directeur de la CPAM ;
- avis de la CPN sur la décision de sanction proposée par le directeur de la CPAM : il est émis et rédigé en séance ;

- transmission de l'avis aux président et vice président de la CPL : il est transmis dans un délai de 15 jours suivant la tenue de la réunion et signé par ces derniers dans un délai de 7 jours suivant réception ;
- transmission de l'avis de la CPN au directeur de l' UNCAM : il est transmis dans un délai 30 jours suivant la tenue de la réunion de la CPN ;
- décision du directeur de l' UNCAM : il se prononce sur une sanction ou non de suspension de la dispense d'avance des frais et sur le délai de la sanction ;
- notification au pharmacien par le directeur de l'UNCAM de sa décision : elle est notifiée dans un délai 30 jours à compter de la réception de l'avis de la CPN avec mention des voies et délai de recours (2 mois pour faire recours devant la juridiction administrative) et date d'application ;
- transmission au directeur de la CPAM d'une copie de la décision du directeur de l'UNCAM: elle est transmise dans un délai 30 jours à compter de la notification de la décision au pharmacien.

LA PROCEDURE CONVENTIONNELLE EN CAS DE NON RESPECT DE LA CONVENTION PAR UN ORGANISME DE PRISE EN CHARGE (articles 74 et 75)

Comme tout contrat, la convention est un engagement réciproque des parties signataires à respecter un certain nombre de droits et d'obligations.

Dans ce cadre, les syndicats professionnels ont demandé qu'à l'instar de la procédure prévue à l'encontre d'un pharmacien ne respectant pas ses obligations, le texte conventionnel prévoit qu'un organisme de prise en charge puisse être sanctionné en cas de manquements à ses obligations conventionnelles.

1. Les manquements visés (article 74)

Les trois manquements aux obligations conventionnelles émanant d'un organisme de prise en charge pouvant conduire au déclenchement d'une procédure sont les suivants :

- absence de réponse dans un délai de 30 jours à une réclamation concernant un paiement ;
- refus de règlement du montant des FSE non traités en cas d'incident de traitement rencontré par un organisme (*non respect de l'article 52*) ;
- non respect du principe de la garantie de paiement par rapport aux données de la carte prévu à l'article 50.

2. Les sanctions (article 75)

A l'issue du déroulement de la procédure définie à l'annexe IV-3, un organisme de prise en charge peut voir prononcer à son encontre une sanction consistant au versement d'intérêts moratoires au taux de l'intérêt légal à compter du jour où le paiement aurait dû conventionnellement intervenir et ce, jusqu'à complet paiement du principal.

3. Les étapes de la procédure (annexe IV-3)

Les grandes étapes de cette procédure sont rappelées ci-après (cf. également schéma en annexe 2).

- ⇒ Instruction de la saisine du pharmacien par une des organisations syndicales signataires (*article 1^{er}*)
- déclenchement de la procédure : un pharmacien constate qu'un organisme de prise en charge commet un des manquements visés à l'article 74 ;
 - saisine par le pharmacien d'une des organisations syndicales signataires ;
 - analyse par l'organisation signataire saisie du bien fondé de la réclamation ;
 - saisine, le cas échéant, de la CPN par l'organisation syndicale ;
 - recueil des informations nécessaires auprès du pharmacien par l'organisation syndicale et transmission au secrétariat de la CPN et recueil en parallèle par le secrétariat de la CPN des informations auprès de l'organisme de prise en charge visé ;
- ⇒ Décision du directeur de l'UNCAM après avis de la CPN (*article 2*)
- réunion de la CPN une fois par trimestre (si nécessaire) pour l'examen de ce type de réclamation – transmission par le secrétariat de la CPN des informations recueillies sur le dossier aux membres de la CPN , 15 jours au plus tard avant la réunion ;
 - tenue de la réunion de la CPN - présentation par le président de la section professionnelle d'un rapport - possibilité pour un représentant de l'organisme de prise en charge mis en cause d'être entendu ;
 - avis émis en séance par la CPN sur le prononcé ou non de la sanction prévue à l'article 75 – rédaction de l'avis et transmission aux président et vice président de la CPL dans un délai de 15 jours suivant la tenue de la réunion ; signature par ces derniers dans un délai de 7 jours suivant réception ;
 - décision prise par le directeur de l'UNCAM et notification à l'organisme de prise en charge dans un délai de 30 jours à compter de la réception, par l'UNCAM, de l'avis de la CPN ;
- ⇒ Information de la CPN sur la suite réservée à la sanction (*article 3*)
- information de la CPN par l'organisme de prise en charge sanctionné de la suite réservée à la décision qui lui a été notifiée dans un délai de 2 mois à compter de la réception de la décision.

Un tableau récapitulatif des nouvelles mesures issues de la convention a été élaboré (annexe 3).

Les services de la caisse nationale sont à la disposition des caisses et des échelons du Service médical pour leur apporter toute précision relative aux conditions d'application de cette nouvelle convention.