

CIRCULAIRE

CIR-15/2010

Document consultable dans Médi@m

Date :

09/06/2010

Domaine(s) :

dossier client prof. de santé

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

Objet :

Présentation du règlement arbitral applicable aux médecins libéraux

Liens :

Plan de classement :

P04-01

Emetteurs :

DDGOS

Pièces jointes : 0

à Mesdames et Messieurs les

- | | | | |
|--|---|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Directeurs | <input checked="" type="checkbox"/> CPAM | <input checked="" 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 | |

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

L'objet de cette circulaire est de présenter les dispositions du règlement arbitral applicable aux médecins libéraux en l'absence de convention médicale, approuvé par arrêté du 3 mai 2010. Elle présente les conditions de reconduction des dispositions de la convention médicale de 2005 définies par le règlement, les nouvelles mesures et les mesures transitoires dans l'attente de l'entrée en vigueur des dispositifs issus de la loi HPST.

Mots clés :

Règlement arbitral ; Médecins

Le Directeur Général



Frédéric van ROEKEGHEM

CIRCULAIRE : 15/2010

Date : 09/06/2010

Objet : Présentation du règlement arbitral applicable aux médecins libéraux

Affaire suivie par : Julien ALEXANDRE ☎ 01.72.60.10.28 – mail : julien.alexandre@cnamts.fr
Valia FARES-ARCIS ☎ 01.72.60.18.91 – mail : valia.fares@cnamts.fr

L'arrêté du 3 mai 2010 portant approbation du règlement arbitral applicable aux médecins libéraux en l'absence de convention médicale est paru le 5 mai 2010 au Journal Officiel.

Il est entré en vigueur le **6 mai 2010**.

En l'absence de convention nationale, ce règlement régit désormais les relations entre les caisses d'assurance maladie et les médecins libéraux. Il est arrêté pour une durée de 5 ans mais cessera de s'appliquer dès l'entrée en vigueur d'une nouvelle convention négociée par les partenaires conventionnels (article L. 162-14-2 CCS et article 1 du règlement arbitral).

Dans le cadre de ce règlement, les principales dispositions issues de la convention nationale du 11 février 2005, ainsi que ses annexes et avenants (listés en annexe 1 du règlement) sont prorogés.

Ce texte comporte quelques nouvelles mesures :

- développement du tiers payant social obligatoire au profit des bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire avec mise en place d'une procédure d'information directe des médecins, laquelle est étendue au profit des bénéficiaires de la CMUC (articles 4 et 5 du règlement),
- modification d'un titre permettant l'accès au secteur II (article 9),
- modification du dispositif d'incitation à la télétransmission et mise en place d'une incitation à l'utilisation des téléservices à compter du 1^{er} janvier 2011 (article 10),
- augmentation du tarif de la consultation porté à 23 € à compter du 1^{er} janvier 2011 (article 11)

En outre, le règlement comprend des dispositions transitoires dans l'attente de la mise en œuvre des nouvelles mesures issues 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 (HPST) :

- prorogation transitoire de l'option démographie (avenant 20) dans l'attente des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) (article 6)
- maintien transitoire des dispositions relatives à la permanence des soins ambulatoire (article 7)
- maintien transitoire des dispositions relatives à la formation professionnelle conventionnelle (FPC) dans l'attente de la mise en œuvre du nouveau dispositif de développement professionnel continu (DPC) (article 8).

La présente circulaire a donc pour objet de présenter les conditions de reconduction des dispositions de la convention médicale de 2005, les nouvelles mesures et les mesures transitoires dans l'attente de l'entrée en vigueur des dispositifs issus de la loi HPST.

Un point de situation est également présenté sur les mesures transitoires applicables à certains dispositifs annexes au champ conventionnel actuellement gérés par l'assurance maladie et qui disparaissent ou sont modifiés dans le cadre de la loi HPST.

I) Communication du règlement arbitral aux professionnels et conditions d'adhésion

- Communication

Conformément à l'article R.162-54-7 CSS, les caisses ont du modifier, par courrier, le règlement arbitral aux médecins de leur circonscription dans un délai d'un mois suivant sa publication soit avant le 5 juin 2010.

A noter, que pour l'avenir, le décret n°2010-572 du 28 mai 2010 fixant les conditions de reconnaissance de la représentativité des organisations syndicales habilitées à participer aux négociations conventionnelles modifie les dispositions du code de sécurité sociale concernant l'obligation d'information des professionnels sur les textes conventionnels. Les caisses ne devront plus adresser par courrier les nouveaux textes conventionnels aux professionnels de leur circonscription. Conformément au nouvel article R-162-54-9 CSS, cette obligation d'information sera désormais remplie par la simple mise en ligne des textes sur le site de l'assurance maladie.

Conditions d'adhésion

En application des dispositions de l'article R. 162-54-7 CSS les médecins qui souhaitent ne pas être régis par le règlement arbitral doivent le faire savoir par courrier à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils exercent leur activité. A défaut, ils sont tacitement régis par le règlement arbitral.

Les médecins qui exerçaient jusqu'à présent en dehors du champ de la convention de 2005 et qui souhaitent être régis par le règlement arbitral doivent en faire la demande par courrier adressé à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils exercent leur activité.

Les honoraires des médecins non régis par le règlement arbitral donnent lieu à prise en charge sur la base des tarifs d'autorité (article L. 162-5-10 CSS).

II) Conditions de reconduction des dispositions de la convention médicale de 2005

L'article 2 du règlement reconduit dans son ensemble les dispositions contenues dans la convention de 2005, ses annexes et avenants. Les références des avenants reconduits sont listées en annexe 1 du règlement.

Quelques points à signaler.

Les avenants 14,15 et 19 ne sont pas listés dans la mesure où ils ont fait l'objet d'annulation par le Conseil d'Etat.

Pour mémoire l'article 3 (2^{ème} alinéa) de l'avenant n°1 et l'article 4 de l'avenant 24 ne sont pas reconduits car ils ont fait l'objet d'une annulation par le Conseil d'Etat.

L'avenant 18, qui abrogeait le dispositif conventionnel du médecin référent n'ayant plus lieu d'être, n'est pas reconduit. En revanche, les dispositions de cet avenant relatif **au maintien du bénéfice de la dispense d'avance des frais pour les patients ayant choisi leur médecin référent comme médecin traitant sont reconduites** par l'article 3 du règlement.

Les instances paritaires conventionnelles, commission paritaire nationale (CPN), commission paritaire régionale (CPR) et commission paritaire locale (CPL) sont reconduites dans leurs fonctions.

Les membres de ces instances siégeant à la date d'entrée en vigueur du règlement sont maintenus dans leurs fonctions. Les instances n'ont donc pas besoin d'être réinstallées.

Compte tenu de la disparition des URCAM dans le cadre de la mise en place de la loi HPST les missions dévolues à l'URCAM au sein de la CPR en application de la convention 2005 sont désormais conférées au directeur coordonnateur de la gestion du risque. Dans ce cadre, il est possible que des changements doivent intervenir au niveau de la présidence de la section sociale des CPR. Dans ce cas, il convient que la nouvelle désignation soit effectuée par le directeur général de l'UNCAM dans les conditions définies au point 5.3.4 de la convention de 2005 modifiée par son avenant 1 reconduite par le règlement.

Il faut ajouter que l'article 13 du règlement arbitral assure une continuité des actions et sanctions conventionnelles initiées avant son entrée en vigueur. Ainsi, les procédures conventionnelles menées en application du 5.4 de la convention de 2005 reconduites, qui sont en cours, peuvent être poursuivies dans le cadre du règlement arbitral.

III) Les nouvelles mesures issues du règlement arbitral

3.1 Le développement du tiers payant social obligatoire au profit des bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire (ACS) avec mise en place d'une procédure d'information directe des médecins étendue aux CMUC (articles 4 et 5 du règlement)

L'article 1^{er} de l'avenant 8 à la convention de 2005 a posé le principe de l'instauration de la dispense d'avance des frais (DAF) au profit des assurés sociaux et leurs ayants droit bénéficiaires du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire (ACS).

L'article 4 du règlement arbitral acte le caractère obligatoire de cette DAF.

En outre, il instaure une procédure simplifiée. L'article 4 du règlement arbitral acte le caractère obligatoire de cette DAF

En outre, il instaure une procédure simplifiée.

Une expertise est en cours au niveau de la caisse nationale sur les modalités de mise en œuvre de cette mesure. Des instructions seront diffusées aux caisses prochainement.

3.2 La possibilité pour les assistants spécialistes des CHU d'accéder au secteur II (article 9)

Les conditions d'accès au secteur II ouvrant droit à pratiquer des honoraires différents restent définies au point 4.3 de la convention de 2005 modifiée par l'article 3 de l'avenant 1 et reconduites par le règlement arbitral.

Une modification est cependant apportée par le règlement arbitral. Les anciens assistants des CHU peuvent désormais accéder au secteur II à l'instar des anciens assistants des hôpitaux généraux et régionaux (hors CHU).

Au d) de l'article 4.3 de la convention du 12 janvier 2005, les mots « – ancien assistant des hôpitaux généraux ou régionaux n'appartenant pas à un CHU ; » sont remplacés par les mots « – ancien assistant des hôpitaux généraux ou régionaux ».

Les fonctions d'assistant des hôpitaux sont prévues par les articles R 6152-501 et suivants du Code de santé publique.

Le titre d'ancien assistant des hôpitaux est réglementé par l'article R 6152-537. Pour porter le titre d'ancien assistant des hôpitaux, il est nécessaire de justifier de deux années de fonctions effectives.

3.3 Un nouveau dispositif d'incitation à la télétransmission et à l'utilisation des téléservices (article 10)

3.3.1 La reconduction du dispositif issu de la convention de 2005 jusqu'au 31 décembre 2010

Les conditions d'aide à la télétransmission telles que définies au 4.2 de la convention de 2005 reconduites sont maintenues jusqu'au 31 décembre 2010. Ainsi, les flux FSE pour l'année civile 2010 feront l'objet d'une aide versée en mars 2011 sur la base de 0,07 € par FSE comme auparavant.

3.3.2 Un nouveau dispositif d'incitation à la télétransmission à compter du 1er janvier 2011

Ce nouveau dispositif a vocation à inciter massivement les médecins généralistes et spécialistes à s'équiper et à télétransmettre leurs facturations à l'assurance maladie.

Il faut rapprocher ce dispositif de la décision UNCAM du 19 mars 2010 (JO du 5 mai 2010) prise en application de l'article L. 161-35 CSS, qui soumet à compter du 1^{er} janvier 2011 les professionnels de santé, et notamment les médecins, à une contribution forfaitaire à la gestion des feuilles des soins sur support papier de 0,50€

Les conditions de perception de cette contribution ont été définies de telle sorte que les médecins qui réunissent les conditions pour bénéficier du dispositif d'incitation exposé ci-dessous ne soient pas soumis à ladite contribution.

Des informations complémentaires sur la mise en œuvre de cette décision et le plan d'accompagnement mis en place vont être prochainement diffusés.

- Contenu du dispositif d'incitation :

- ↳ Versement d'un forfait annuel de 250 €
- ↳ 0,07 € par FSE

- Condition de versement :

Pour bénéficier de ce dispositif, le médecin doit atteindre un taux de télétransmission supérieur ou égal de 75% (taux calculé sur la période d'une année civile).

Sont exclus pour le calcul de ce taux :

- les actes facturés pour les bénéficiaires de l'AME (pas de carte Vitale)
- les actes facturés pour les nourrissons de moins de 3 mois (prise en compte du temps de mise à jour des cartes suite à la naissance)

- les prestations de soins effectuées dans leur totalité hors présence du patient (exemple : actes des anatomo-cytopathologistes)
- les actes facturés via la facturation électronique des établissements de santé (facturation bordereau S3404)

A noter que pour les médecins ayant atteint un taux de télétransmission entre 70 et 74,9 % pourront saisir la CPL afin que cette dernière examine, le cas échéant, les motifs susceptibles d'expliquer la non atteinte du taux de 75%. Après avis de la CPL les caisses notifieront leur décision quant à l'octroi ou non du dispositif d'incitation.

- Actions mises en œuvre par les parties :

Dans le cadre du 1.2 de l'article 10 du règlement, l'assurance maladie et les médecins mettent en œuvre un certain nombre d'actions.

On peut citer pour l'assurance maladie : la mise en place de conseillers informatiques dédiés dans chaque caisse chargés de l'aide à l'informatisation, de l'assistance et du conseil.

Les médecins mettent en œuvre les moyens permettant une mise à jour de leur poste de travail de manière à être en mesure de toujours facturer conformément à la réglementation en vigueur. Ils doivent également faire le nécessaire pour que la dernière version du cahier des charges SESAM-Vitale soit implanté sur leur poste dans les 18 mois suivant la publication de ce dernier.

Le paiement du forfait et du montant à la FSE évoqués supra interviendra à compter du mois de mars 2012 pour les flux émis sur l'année 2011.

Le comité technique paritaire permanent placé près de la CPN qui étudiait auparavant le suivi du dispositif de télétransmission voit ses missions reprises par le comité technique paritaire permanent national chargé des simplifications administratives issu de l'avenant 29 à la convention de 2005 reconduit.

3.3.3 Un nouveau dispositif d'incitation à l'utilisation des téléservices

L'assurance maladie développe actuellement les téléservices de manière à faciliter et à simplifier les échanges avec les assurés sociaux et les professionnels de santé.

Dans ce cadre, un dispositif d'incitation au recours aux téléservices sera proposé aux médecins pour faciliter leur pratique quotidienne..

Les conditions pour bénéficier du dispositif d'incitation sont (*conditions cumulatives*) :

- atteindre un taux de 75% de protocoles de soins électroniques (PSE)
- atteindre un taux de 75% d'arrêts de travaux dématérialisés (arrêts prescrits au cabinet)
- bénéficier du dispositif d'incitation à la télétransmission (cf 3.3.2)
- émettre un minimum de 300 feuilles de soins par an

Contenu du dispositif d'incitation

- forfait annuel de 250 €

Ce forfait sera versé annuellement à compter du mois de mars 2012 en même temps que l'incitation à la télétransmission au regard de l'activité sur l'année civile 2011.

Des informations complémentaires sur la mise en œuvre de ce dispositif vont être prochainement diffusées.

3.4 La revalorisation du tarif de la consultation

Le règlement arbitral prévoit une revalorisation de 1€ du tarif de la consultation au cabinet (C) et du tarif de la visite (V) à compter du 1^{er} janvier 2011.

Impact sur les autres rémunérations :

- La rémunération des médecins qui assurent la régulation des appels téléphoniques (3C de l'heure)
- Le tarif des avis ponctuels donnés par les spécialistes dans le cadre du parcours de soins (C2)
- La participation de l'Assurance Maladie à la cotisation due par les médecins au régime des avantages complémentaires de vieillesse prévu à l'article 645-2 CSS (cotisation annuelle fixée à 60C pour 2010).

En conséquence, la valeur de la consultation de médecine générale reste fixée à 22 € jusqu'au 1^{er} janvier 2011. Dans cette attente les caisses sont invitées à faire respecter les tarifs opposables aux médecins généralistes.

Le cas échéant, les procédures de sanctions conventionnelles pour non respect des tarifs opposables et abus du droit à dépassement prévues au 5.4 de la convention de 2005 reconduit par le règlement doivent être mises en œuvre.

Concernant les médecins généralistes qualifiés en tant que spécialistes de médecine générale ils ne peuvent se prévaloir pour l'instant de la cotation CS en l'absence de modification de la nomenclature des actes.

3.5 Les thèmes de maîtrise médicalisée pour 2010 (article 12)

Le règlement reconduit les programmes et thèmes d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins déclinés dans l'avenant 23 de la convention de 2005 et ajoute le thème de l'amélioration de la prescription des médicaments à visée antalgique et des médicaments anti-diabétiques.

Il n'y a pas eu d'avenant signé avec les partenaires conventionnels pour les thèmes 2009 mais ceux-ci ont été informés des propositions puis du bilan. 2 thèmes médicaments ont été ajoutés les anti-dépresseurs et les anti-ostéoporotiques.

Par ailleurs, le thème anti-agrégants plaquettaires a été repris en tant que thème à part entière suite à la disparition des AcBUS.

Le règlement acte les objectifs d'économies attendues pour 2010 pour chaque thème.

IV) Les dispositions transitoires dans l'attente de la mise en œuvre des nouvelles mesures issues de la loi HPST

Le règlement proroge de manière transitoire certains dispositifs issus de la convention de 2005 qui vont être remplacés à terme par des mesures issues de la loi HPST non encore mises en place. Le règlement organise la continuité.

4.1 La reconduction des aides forfaitaires à l'installation et au maintien des médecins généralistes en zone déficitaire dans l'attente des SROS (article 6)

L'option conventionnelle prévue dans le cadre de l'avenant 20 à la convention de 2005 est prorogée selon les mêmes modalités. Le zonage de référence reste le zonage MRS (mission régionale de santé) de 2005, dans l'attente de la publication du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) qui sera élaboré par l'ARS (article L. 1434-7 issu de l'article 118 de la loi HPST).

Dès l'entrée en vigueur du SROS dans une région, il est mis fin à l'option.

Conséquences pratiques :

Dans l'attente du SROS, le dispositif perdure, les CPAM peuvent donc continuer à enregistrer des adhésions à l'option conventionnelle, dès lors que conditions d'adhésion sont remplies.

Dès l'entrée en vigueur du SROS, l'option est caduque et aucune adhésion ne peut plus être enregistrée.

Disposition transitoire et dérogatoire :

A titre dérogatoire et transitoire, l'article 8 du règlement prévoit que les médecins généralistes bénéficiaires de l'option à la date de l'entrée en vigueur du SROS peuvent continuer à bénéficier pendant 2 ans des avantages qui lui sont attachés.

Par conséquent, les médecins installés dans une zone qui, du fait de la parution du nouveau schéma ne serait plus « déficitaire en offre de soins », pourront bénéficier du versement du forfait, sous réserve bien entendu de respecter les autres critères énoncés dans le texte.

Toutefois le forfait sera dégressif :

- la 1^{ère} année : 2/3 de l'aide forfaitaire sera versé
- la 2^e année : 1/3 de l'aide forfaitaire sera versé

4.2 La reconduction du dispositif de permanence des soins ambulatoire dans l'attente de la nouvelle organisation issue de la loi HPST (article 7)

La loi HPST confie aux ARS l'organisation de la mission de service public de permanence des soins (PDS) ambulatoire. Un décret à paraître doit définir les modalités relatives aux périodes de PDS, à l'organisation de la sectorisation, aux médecins concernés par la participation à la PDS, à l'établissement du tableau de garde et à la régulation. Il doit également arrêter les modalités de détermination de la rémunération des médecins qui participent à la PDS, concernant les astreintes (indemnité d'astreinte) et la participation à la régulation.

Dans l'attente de l'entrée en vigueur de ce décret, les dispositions relatives à l'organisation et au paiement de la PDS issues de la convention de 2005 et notamment ses avenants 4 et 27 continuent de s'appliquer.

Après la mise en place de la nouvelle organisation de la PDS ambulatoire, les majorations spécifiques applicables aux tarifs des actes, définies aux articles 3 et 9 de l'avenant 4 à la convention de 2005 et à l'article 2.1 de l'avenant 27 à la convention de 2005, demeureront applicables aux professionnels concernés jusqu'à la prochaine convention nationale.

4.3 La transition entre le dispositif de formation professionnelle conventionnelle (FPC) et le nouveau dispositif de développement professionnel continu (DPC) (article 8)

L'article 59 de la loi HPST pose le principe du développement professionnel continu (DPC).

Les objectifs du DPC sont fixés : évaluation des pratiques professionnelles, perfectionnement des connaissances, amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en tenant compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée.

Ce dispositif, dont la vocation est de couvrir les besoins en formation de l'ensemble des professionnels de santé (salariés et libéraux), va se substituer notamment au dispositif de FPC organisé par la convention de 2005.

Les décrets d'application permettant de mettre en place les nouvelles instances chargées de la mise en œuvre et de la gestion du DPC ne sont pas parus. Dans l'attente, le dispositif de FPC tel que défini dans la convention de 2005 reconduite est maintenu. Ces instances et notamment le CPN FCC et l'OGC (organisme gestionnaire conventionnel) vont être associées à la mise en place du DPC afin d'assurer une transition entre les deux dispositifs.

V) Le devenir de certains dispositifs annexes au champ conventionnel

5.1 Les contrats relatifs à l'exercice libéral des chefs de clinique de médecine générale

Il convient de se référer aux instructions de la lettre réseau LR DDGOS 21/2010 du 23/03/2010.

5.2 Les contrats pour l'organisation des pratiques professionnelles (CPP) relatifs à la PDS en établissements de santé privés

L'article 128 de la Loi HPST prévoit l'abrogation de la base légale (L.183-1-1 du CSS) permettant la conclusion des CPP entre les URCAM et les réseaux de médecins au plus tard au 1^{er} juillet 2010.

La disparition des URCAM et la création des ARS ne permettent plus la conclusion de nouveaux CPP depuis le 1^{er} avril 2010.

Chaque contrat comporte en principe une clause permettant une résiliation à tout moment par chacun des signataires, en raison notamment d'une modification du cadre législatif, réglementaire, administratif ou conventionnel.

Néanmoins, il paraît difficile de rompre brutalement la prise en charge des gardes et astreintes.

Instruction : Les CPP tacitement renouvelés avant l'entrée en vigueur du règlement arbitral doivent être soldés selon leurs modalités initiales de souscription, et donc honorés, au plus tard, jusqu'à leur terme. A leur échéance, qui peut être imminente, aucune prise en charge des gardes et astreintes ne sera plus assurée.

Bien entendu, il ne peut y avoir de tacite reconduction à compter du 1^{er} avril 2010 (date de mise en place des ARS).

5.3 Les contrats de bonne pratique (CBP), les contrats de santé publique (CSP) et les accords de bon usage des soins régionaux (ACBUS régionaux)

L'article 22 de l'ordonnance de coordination de la loi HPST (ordonnance n°2010-177 du 23/02/2010) abroge les articles L.162-12-18 à L. 162-12-20 du CSS fondant la base juridique des CBP et CSP à la date de création des ARS et modifie l'article L. 162-12-17 du CSS en supprimant la possibilité de conclure des ACBUS régionaux.

Cette abrogation fait suite aux dispositions de la loi HPST (article 118) dans la partie « contractualisation avec les offreurs de services de santé » qui pose le principe de contrats, conclus entre les professionnels de santé (et établissements, centres de santé, etc.) et les ARS, ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins. Ces contrats, qui doivent être conformes à des contrats types nationaux, fixent des engagements avec des contreparties financières associées.

L'article 22 précité de l'ordonnance de coordination organise une transition entre l'ancien dispositif et le nouveau dispositif en prévoyant que les contrats (ACBUS régionaux, CBP, CSP) conclus individuellement sous l'empire de l'ancienne réglementation, demeurent en vigueur jusqu'à leur terme. Ainsi les CSP et CBP en cours d'exécution perdurent jusqu'à leur terme. En revanche, ils ne peuvent plus faire l'objet d'une reconduction tacite.

En outre, depuis le 1^{er} avril 2010, il n'est plus possible de conclure des CBP, CSP ou ACBUS régionaux.