



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

**Présentation du projet de règlement arbitral
définissant les rapports entre
les organismes d'Assurance maladie
et les médecins libéraux**

**Dossier de presse
Mardi 4 mai 2010**

**Contact presse :
Ministère de la Santé et des Sports - 01 40 56 40 14**

Sommaire

- I- Fiche explicative des articles du règlement arbitral
- II- La procédure du règlement arbitral

Annexes :

- Arrêté portant approbation du règlement arbitral applicable aux médecins libéraux en l'absence de convention médicale ;
- Biographie de Bertrand Fragonard, Président délégué du Haut Conseil de la Famille

Article 4 du règlement arbitral

Dispense de l'avance des frais pour les bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)

1) Présentation de l'article

- L'objet de l'article 4 du règlement arbitral est d'éviter l'avance de frais pour les bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).
- Cette dispense concerne les dépenses de soins pris en charge par la sécurité sociale.
- Le dispositif de l'ACS, créé en 2004, est une aide à l'acquisition d'un contrat d'assurance complémentaire santé. Elle s'adresse aux personnes qui ne peuvent pas bénéficier de la CMU-c, leurs ressources étant légèrement supérieur au plafond ouvrant droit à la CMU-c.
- L'aide est égale à 100 euros par personne âgée de moins de seize ans, à 200 euros par personne âgée de seize à quarante-neuf ans, à 350 euros par personne âgée de cinquante à cinquante-neuf ans et à 500 euros par personne âgée de soixante ans et plus.

2) Cette mesure prolonge les efforts entrepris depuis deux ans pour renforcer le taux d'accès à une couverture complémentaire

- L'ACS constitue un outil important pour développer l'accès aux soins de nos concitoyens : cette aide permet de financer environ 50% du coût d'acquisition d'une complémentaire.
- Depuis 2008, des efforts sont engagés pour mieux faire connaître ce dispositif auprès des personnes qui y ont droit.
- Grâce à la loi « hôpital, patients, santé et territoires », l'aide est désormais de 500 € pour les personnes âgées de plus de 60 ans.
- Le montant de l'aide a également été doublé pour les 16-25 ans et passe à 200 euros.
- Une nouvelle augmentation de 20% du nombre des bénéficiaires est attendue en 2010. Le nombre de personnes bénéficiant de cette aide devrait s'élever à 633 000.
- Coût total du dispositif : environ 156 M€ pour 2010.

Article 6 du règlement arbitral

Reconduction des incitations à l'installation dans les zones sous denses pour les médecins généralistes

1) Présentation de l'article :

- L'article 6 du règlement arbitral reconduit l'avenant n°20 de la convention médicale de 2005 qui prévoit une majoration forfaitaire annuelle de 20% des honoraires des médecins généralistes qui se sont installés dans des zones considérées comme déficitaires en médecins.
- Cette aide est versée par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) dès lors que le médecin remplit les conditions cumulatives suivantes :
 - o le médecin s'engage à exercer son activité pendant au moins 3 ans dans une zone considérée comme déficitaire,
 - o le médecin exerce « en groupe » (avec d'autres médecins) et pratique des tarifs opposables (pas de dépassement d'honoraire),
 - o le médecin justifie d'une activité réalisée aux 2/3 auprès de patients résidant dans la zone déficitaire où il s'est installé.
- Cette prorogation de l'avenant n°20 est transitoire : à la date d'entrée en vigueur du premier schéma régional d'organisation des soins qui aura, notamment, pour objectif de définir, région par région, une nouvelle cartographie des zones sous-denses, cette option conventionnelle (ex avenant n°20) prendra fin. Elle sera remplacée par un nouveau dispositif qui devra être négocié par les partenaires sociaux.
- C'est pourquoi, pour ne pas pénaliser les médecins qui se sont engagés dans cette option conventionnelle, le règlement arbitral prévoit également le maintien pendant une période de 2 ans de leurs avantages même si la zone dans laquelle ils se sont installés n'est plus considérée comme déficitaire dans le prochain SROS.

2) Cette mesure participe au dispositif de lutte contre l'apparition de « déserts médicaux »

- L'option conventionnelle concerne environ 1600 médecins généralistes qui exercent dans un des 357 territoires identifiés par les missions régionales de santé comme déficitaires, soit près de 4% de la population française. Montant total de l'aide versée par l'assurance maladie : 17 €, soit environ 26 000 euros par an et par médecin.
- Cette aide s'inscrit dans une politique plus globale visant à aider les médecins à s'installer en milieu rural et à développer l'exercice pluridisciplinaire de la médecine afin de lutter contre l'apparition de « déserts médicaux » comme par exemple :
 - o les subventions (entre 50 000 et 100 000 €) à la création des « maisons de santé pluridisciplinaires » (MSP) qui regroupent plusieurs professionnels de santé dans des zones déficitaires en soins médicaux et dans les quartiers « prioritaires » de la ville,
 - o la mise en place d'un guichet unique des aides à l'installation par les Agences régionales de santé (ARS).

Article 7 du règlement arbitral

Reconduction des rémunérations forfaitaires de permanence des soins

1) Présentation de l'article :

Le règlement arbitral reconduit les rémunérations forfaitaires pour la permanence des soins dans les conditions prévues par les avenants n°4 et n°27 de la précédente convention de 2005 à savoir :

- 3C de l'heure pour les médecins libéraux qui participent à la régulation avec le SAMU,
- des majorations d'honoraires de nuits pour les actes régulés :
 - 46€ pour visite ou 42,5€ au cabinet entre 20H et 0H,
 - 55€ pour la visite ou 51,5€ au cabinet entre 0H et 6H,
 - 46€ pour visite ou 42,5€ au cabinet entre 6H et 8H,
 - dimanche et jours fériés : 30€ ou 26,5€
- le versement de forfaits d'astreinte par tranche horaire :
 - o 50€ de 20H à 0H,
 - o 100€ de 0H à 8H,
 - o et 150€ de 8 H à 20H pour les dimanches, les jours fériés, les lundis qui précèdent un jour férié ou les vendredis qui suivent un jour férié,
- la prise en charge de la formation à la régulation dans le cadre de la formation médicale continue,
- la prise en charge, en cas de besoin, des frais d'assurance de responsabilité civile médicale des médecins libéraux régulateurs.

Coût total pour l'assurance maladie : 375 M€ (en 2008).

2) Avec la mise en place des agences régionales de santé (ARS) l'organisation de la permanence des soins gagnera en souplesse et pourra s'adapter aux spécificités locales.

- La loi « hôpital, patients, santé et territoires » a donné aux agences régionales de santé la possibilité, en cas de difficulté pour organiser la permanence des soins, d'augmenter les niveaux de rémunération de l'astreinte pour chaque secteur de garde.
- Les ARS élaboreront en outre un « cahier des charges régional de la permanence des soins » qui définira, par exemple, les lieux d'implantation des « maisons médicales de garde », la nature des coopérations entre la médecine de ville et l'hôpital ou encore la taille des secteurs de garde. Cette organisation s'adaptera, dans chaque territoire, aux besoins de la population et à l'activité de permanence des soins constatée. Elle sera définie à partir des propositions des acteurs de terrain : conseils de l'ordre des médecins, représentants des médecins, établissements de santé.

Article 8 du règlement arbitral

La transition entre le dispositif actuel de formation professionnelle continue des médecins (FMC) et le développement professionnel continu (DPC)

1) Présentation de l'article

- L'article 8 du règlement arbitral organise la période transitoire (2010– 2011) entre l'actuel dispositif de formation professionnelle continue des professionnels de santé et le dispositif de développement professionnel continu (DPC) prévu par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » qui sera organisé en 2011.
- Cette période de transition permettra aux organismes qui offriront des programmes de formation médicale continue de s'adapter à la mise en place du DPC. Ce délai sera également mis à profit pour que les instances chargées de gérer le DPC se mettent en place.
- Le règlement arbitral reconduit par ailleurs les conditions et le montant d'indemnisation des médecins participant à des actions de formation professionnelle conventionnelle agréées.
- Il est prévu en outre qu'à la date d'entrée en vigueur du décret relatif au futur organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC), la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie signataires (51,4 M€ en 2009), décidée par l'UNCAM, soit versée à l'OGDPC.

2) La mise en place en 2011 du développement professionnel continu :

- En 2008, 25% des médecins généralistes et 9% des médecins spécialistes ont participé à une action de formation professionnelle continue, soit 19 664 médecins représentant 18% de l'ensemble des médecins libéraux.
- La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a toutefois modernisé la formation continue en introduisant la notion de « développement professionnel continu » (DPC), qui réunit à la fois la formation professionnelle continue et l'évaluation des pratiques professionnelles des médecins.
- Le développement professionnel continu constitue une obligation que chaque médecin devra satisfaire par la participation à un programme annuel ou pluriannuel de formation et d'évaluation. Ces programmes seront validés par la Haute Autorité de santé et correspondront à des orientations en termes de formation, soit nationales préalablement définies par un arrêté ministériel, soit régionales et fixées par l'agence régionale de santé.
- Ces programmes seront proposés par des organismes de DPC enregistrés auprès de l'organisme gestionnaire du DPC, conformément aux exigences de la directive européenne sur les services.
- Pour les médecins libéraux, les organismes de DPC seront financés à l'issue d'un appel d'offre organisé par l'organisme gestionnaire du DPC. Une commission scientifique indépendante préparera le cahier des charges des appels d'offre et évaluera, sur le plan scientifique et professionnel, les réponses aux appels d'offre.

Article 9 du règlement arbitral

Possibilité pour les assistants spécialistes dans les CHU d'accéder, comme leurs collègues, au secteur 2

1) Présentation de l'article

Jusqu'à présent, seuls les médecins titulaires d'un des titres énumérés ci-après pouvaient accéder au secteur II :

- ancien chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux,
- ancien assistant des hôpitaux généraux ou des hôpitaux régionaux n'appartenant pas à un CHU,
- ancien assistant des hôpitaux spécialisés,
- praticien chef de clinique ou assistant des hôpitaux militaires,
- praticien temps plein hospitalier.

La liste de ces titres a été élaborée avant le décret de 2009 sans tenir compte du nouveau statut des assistants de CHU.

Le règlement conventionnel répare donc cet oubli.

2) La création de postes d'assistants spécialistes de CHU répond à l'augmentation continue du numerus clausus

- Le numerus clausus a été augmenté de 100% en 15 ans, passant de 3 500 en 1996 à 7 400 médecins formés par an actuellement.
- La formation des médecins se déroule en quatre étapes :
 - o 1^{er} cycle des études médicales
 - o 2^{ème} cycle des études médicales, les étudiants en médecine sont des étudiants hospitaliers
 - o 3^{ème} cycle des études médicales, les étudiants sont des internes
 - o Post-internat, les étudiants sont soit chef de clinique quand ils sont en CHU, soit assistants spécialistes quand ils sont dans un centre hospitalier non CHU.
- Le post-internat est obligatoire pour tous les internes de chirurgie et recommandé pour les autres spécialités.
- L'augmentation du numerus clausus a donc rendu mécaniquement nécessaire la création de postes de post-internat. Pour les chirurgiens, cela correspond à 400 postes de post-internat supplémentaires.
- Or, les CHU n'avaient le droit de recruter des assistants-spécialistes (réservés uniquement aux centres hospitaliers non CHU). Ils ont toutefois été autorisés à le faire par un décret de 2009. 200 postes ont été créés en 2009 et en 2010.

Article 10 du règlement arbitral

Création d'incitations financières à la télétransmission pour les médecins

1) Présentation de l'article :

- Actuellement, les médecins bénéficient d'une aide de 0,07 centime pour chaque feuille de soins transmise par voie électronique.
- Le règlement arbitral prévoit que cette aide de 0,07 € soit conditionnée à l'équipement d'un matériel informatique par le médecin conforme à la dernière version du cahier des charges du GIE Sésam-Vitale.
- Par ailleurs, le règlement arbitral prévoit deux mesures nouvelles pour développer la télétransmission :
 - o Un forfait annuel de 250 € versé au médecin qui télétransmet au moins 75% de ses feuilles de soins,
 - o Un forfait annuel d'également 250 € pour les médecins qui établiront par voie électronique (plutôt que par papier) les nouveaux protocoles de soins pour leurs patients en affection de longue durée (ALD). Cette mesure s'appliquera aussi à l'envoi électronique des prescriptions d'arrêt de travail. Le taux de télétransmission devra être d'au moins 75%.
- Coût total pour l'assurance maladie : environ 30 M€ par an.

2) Le dispositif actuel d'incitation à la télétransmission des feuilles de soins :

- Chaque année, **1,33 milliard de feuilles de soins sont traitées par l'Assurance maladie. 75% d'entre elles sont envoyées par voie électronique.**
- La télétransmission facilite le traitement des feuilles de soins par les caisses d'assurance maladie et permet donc un remboursement plus rapide pour les médecins et les assurés. Délai moyen de remboursement : 5 jours par voie électronique aujourd'hui, contre un délai de remboursement de plus d'1 mois il y a dix ans.
- Le taux de télétransmission est actuellement de 83% pour les médecins généralistes et de 60% pour les médecins spécialistes (données 2009).
- Le montant de l'aide perçue par un professionnel de santé est aujourd'hui de 0,07 € par feuille de soins télétransmise, soit, en moyenne, un versement de 250 € par médecin.
- Le coût de traitement pour les caisses d'assurance maladie d'une feuille de soins papier est de 1,74 €, contre 0,27 € seulement pour une feuille de soins électronique (soit 6 fois moins).
- L'article 53 de la loi de 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), donne la compétence au directeur général de l'UNCAM de fixer le montant de la « contribution forfaitaire aux frais de gestion » s'appliquant aux établissements et professionnels de santé qui ne pratiquent pas la télétransmission des feuilles de soins.
- Cette taxation devrait s'élever à 50 centimes par feuille de soins papier pour les médecins qui télétransmettent moins de 75% de feuilles de soins électroniques. Ce seuil a été défini pour prendre en compte les situations où les médecins ne peuvent pas télétransmettre (visite à domicile, oubli de la carte vitale...).
- Cette taxation entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2011, afin de laisser le temps aux médecins qui ne l'auraient pas encore fait de s'équiper.

Article 11 du règlement arbitral

L'augmentation du C à 23 euros à partir du 1^{er} janvier 2011

1) Présentation de l'article :

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

Cette revalorisation aura aussi un impact sur :

- la rémunération des médecins qui assurent la régulation des appels téléphoniques dans les centres 15,
- le tarif des avis ponctuels donnés par les spécialistes dans le cadre du parcours de soins (C2 = 46€),
- la contribution de l'Assurance maladie au financement du dispositif de retraite complémentaire des médecins (dispositif Avantage solidarité vieillesse).

Le coût complet de cette revalorisation est estimé à 290 M€ pour l'Assurance maladie.

2) Le rééquilibrage progressif du revenu des médecins généralistes par rapport aux autres professionnels de santé :

Le revenu moyen de l'activité libérale des médecins a progressé de 1,8 % en moyenne par an (en euro constant), l'évolution ayant été plus favorable pour les médecins spécialistes (+2,0 %) que pour les omnipraticiens (+1,4 %).

Montant moyen des revenus nets en milliers d'euros constants (2002-2007)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	% 2002/2007
Omnipraticien	67,2	71,8	66,7	67,6	66,7	71,1	5,8
Ensemble des spécialistes étudiés	105,6	108,9	111,2	108,9	110,9	113,7	7,7
Ensemble des médecins	84,8	89,0	87,0	86,5	86,9	91,2	7,5

Source : fichiers SNIR (CNAMTS) et déclarations BNC 2035 (DGI/INSEE), exploitation DREES

La valeur de la lettre C a été plusieurs fois revalorisée ces dernières années : elle est passée à 21 € au 1^{er} août 2006, puis à 22 € au 1^{er} juillet 2007.

Ces revalorisations s'ajoutent à d'autres majorations spécifiques et notamment :

- l'instauration d'un forfait de 40€ annuels pour les médecins généralistes assurant le suivi d'une personne en affection de longue durée (ALD), pour un coût de 300 M€ par an pour l'assurance maladie,
- la revalorisation des tarifs d'astreinte au titre de la permanence des soins,
- les majorations pour inciter les professionnels de santé à s'installer dans les zones sous dotées, à l'instar de la majoration forfaitaire annuelle de 20% des honoraires des médecins (C+V) prévue par l'avenant n°20 de la précédente convention médicale, pour un coût de 17 M€ par an.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la santé et des sports

NOR :

ARRÊTÉ du
portant approbation du règlement arbitral applicable aux médecins libéraux
en l'absence de convention médicale

La ministre de la santé et des sports et le ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes et ses annexes, conclue le 12 janvier 2005 et approuvée par l'arrêté du 3 février 2005 ;

ARRÊTENT

Article 1^{er}

Est approuvé le règlement arbitral organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie en l'absence de convention médicale transmis le 19 avril 2010 et annexé au présent arrêté.

Article 2

La ministre de la santé et des sports et le ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au *Journal Officiel* de la République française.

Fait à Paris, le

La ministre de la santé et des sports

Roselyne BACHELOT-NARQUIN

Le ministre du budget, des comptes
publics et de la réforme de l'Etat

François BAROIN

REGLEMENT ARBITRAL ORGANISANT LES RAPPORTS

ENTRE LES MEDECINS LIBERAUX ET L'ASSURANCE MALADIE

Article 1er

Le présent règlement régit les relations entre les caisses d'assurance maladie et les médecins généralistes et spécialistes autorisés à exercer en France et pratiquant leur activité à titre libéral.

Il cesse de s'appliquer à la date d'entrée en vigueur de la ou des conventions nationales prévues à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale et, au plus tard, cinq ans à l'issue de sa date d'entrée en vigueur.

Article 2

Les dispositions conventionnelles contenues dans la convention publiée au Journal officiel du 11 février 2005, ainsi que dans ses annexes et avenants publiés au Journal officiel à la date du 21 janvier 2010 et listées dans l'annexe 1 du présent règlement, sont reconduites.

Article 3

Dans le cadre du présent règlement arbitral, les dispositions relatives au maintien du bénéfice de la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux et de leurs ayants-droits ayant choisi leur médecin référent comme médecin traitant, qui figuraient à l'avenant n°18 à la convention des médecins généralistes et des médecins spécialistes conclu le 7 février 2007 et publié le 19 avril 2007 sont reconduites.

Article 4

Les dispositions de l'article 1^{er} de l'avenant 8 sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes.

Les personnes et leurs ayants-droit exonérés ou non du ticket modérateur, pouvant prétendre au dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire (ACS) défini à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale sont dispensés de l'avance des frais pour les soins réalisés dans le cadre du parcours de soins coordonné par le médecin traitant, le ou les médecins correspondants et les médecins en accès spécifique.

Cette dispense d'avance de frais est réalisée sur la seule part des remboursements correspondant à la prise en charge des régimes d'assurance maladie obligatoire.

Les bénéficiaires de ce dispositif d'aide se voient remettre par l'organisme d'assurance maladie dont ils dépendent une attestation de droit au tiers payant social valable dix-huit mois à compter de la remise par l'organisme de l'attestation de droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé

L'organisme d'assurance maladie dont ils dépendent leur propose également, s'ils le souhaitent, d'informer directement leur médecin traitant et les autres médecins qu'ils désignent, qu'ils bénéficient du dispositif de tiers payant au titre du présent article.

Article 5

L'organisme d'assurance maladie peut également proposer le service d'information directe prévu à l'article 4 du présent règlement aux bénéficiaires de la CMUC qui ont droit à la dispense d'avance des frais en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale.

Article 6

L'option conventionnelle prévue à l'avenant n°20 est prorogée dans les conditions définies ci-dessous.

En application de l'article 128 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, la référence aux zones dites déficitaires définies par les missions régionales de santé avant l'entrée en vigueur de ladite loi est maintenue jusqu'à l'entrée en vigueur du schéma régional d'organisation des soins élaboré par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique.

A la date d'entrée en vigueur du schéma régional d'organisation des soins, il est mis fin à cette option.

Toutefois, à titre dérogatoire, les médecins généralistes bénéficiant de l'option conventionnelle au moment de l'entrée en vigueur du volet ambulatoire du schéma régional d'organisation des soins peuvent continuer à bénéficier des avantages décrits à l'article 2 de l'avenant n°20 de manière dégressive pendant une période de 2 ans à compter de la date d'entrée en vigueur dudit schéma régional d'organisation des soins. La 1^{ère} année, ils continuent de bénéficier de 2/3 de l'aide forfaitaire définie à l'avenant n°20. La 2^{ème} année, ils perçoivent un 1/3 de cette aide forfaitaire.

Article 7

Les 2.2 et 2.3 de la convention nationale de 2005 figurant en visa, et ses avenants n°4 et n°27 demeurent applicables aux professionnels concernés jusqu'à l'entrée en vigueur du décret en Conseil d'Etat prévu à l'article L. 1435-5 du code de la santé publique, à l'exception des articles 3 et 9 de l'avenant n°4 et l'article 2.1 de l'avenant n° 27 susmentionnés qui demeurent applicables aux professionnels concernés jusqu'à la date d'entrée en vigueur de la, ou des conventions nationales, définies à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale et remplaçant le présent règlement.

Article 8

Les dispositions relatives à la formation professionnelle conventionnelle (FPC) prévues par la convention nationale de 2005, figurant en visa, sont applicables jusqu'à la date d'installation des instances et organismes issus des décrets d'application mettant en œuvre le nouveau dispositif de développement professionnel continu (DPC) pour les médecins, visé à l'article 59 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.

A compter de la date d'installation des nouvelles instances et conformément à l'article L. 182-2-4 du code de la sécurité sociale, le collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) arrête le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie au développement professionnel continu qui sera versé au nouvel organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC).

Les instances assurant la gestion de la formation continue conventionnelle sont susceptibles d'être associées de manière transitoire à la mise en place du dispositif de développement professionnel continu durant la période d'installation des nouvelles instances devant assurer l'organisation dudit DPC et issues des décrets sus mentionnés.

Le Fonds des actions conventionnelles (FAC) visé à l'article L.221-1-2 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction à la date d'entrée en vigueur du présent règlement, peut assurer, à titre transitoire, le financement de la formation professionnelle conventionnelle et l'indemnisation des professionnels de santé y participant et contribuer au financement des actions d'évaluation des pratiques professionnelles.

Pendant cette période de transition, les membres des instances assurant la gestion de la FPC, siégeant à la date d'entrée en vigueur du présent règlement arbitral, sont maintenus dans leurs fonctions jusqu'à la date d'installation des nouvelles instances.

Article 9

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 ».

Article 10

Le présent règlement arbitral maintient jusqu'au 31 décembre 2010 le dispositif de télétransmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge, tel que défini au 4.2 de la convention nationale de 2005 précitée.

A compter du 1^{er} janvier 2011, ce 4.2 est remplacé par les dispositions suivantes.

I. Télétransmission des feuilles de soins électroniques par les médecins

Les médecins adhérant au présent règlement offrent le service de la télétransmission des feuilles de soins aux assurés sociaux (système SESAM-Vitale).

La facturation à l'assurance maladie s'effectue, par principe, en feuille de soins électronique (FSE), dans les conditions prévues par les textes réglementaires et les dispositions du présent règlement ainsi que celles du cahier des charges des spécifications des modules SESAM-Vitale en vigueur, publié par le GIE SESAM VITALE.

1.1 Participation à la télétransmission

a) Conditions nécessaires pour bénéficier du dispositif d'incitation à la télétransmission

Pour bénéficier du dispositif d'incitation à la télétransmission des feuilles de soins, les médecins doivent réunir les conditions suivantes :

- disposer d'un équipement permettant la télétransmission des feuilles de soins conforme à la dernière version du cahier des charges publiée par le GIE SESAM-Vitale. La télétransmission de feuilles de soins électroniques conformes à ce cahier des charges atteste de la conformité de l'équipement.
- atteindre un taux prédéterminé de télétransmission en FSE supérieur ou égal à 75 %.

Pour le calcul de ce taux de télétransmission sont exclus du champ, les actes facturés pour les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat, pour les nourrissons de moins de 3 mois, les prestations de soins effectuées dans leur totalité hors présence du patient, et les actes facturés via la facturation électronique des établissements de santé sur bordereau Cerfa S3404

La mesure de l'atteinte du taux de télétransmission s'effectue sur la période du 1er janvier au 31 décembre de l'année considérée.

b) Montant de l'incitation à la télétransmission des feuilles de soins électroniques

Les médecins qui répondent aux conditions précédentes perçoivent :

- un forfait annuel de 250 euros ;
- un montant de 0,07 euros par FSE reçue par la caisse conformément aux spécifications SESAM-Vitale.

Les médecins dont le taux de télétransmission se situe entre 70 et 74,9 %, peuvent saisir la commission paritaire locale (CPL) afin qu'elle examine les motifs susceptibles d'expliquer la non atteinte du taux de télétransmission ouvrant droit au bénéfice du dispositif d'incitation à la télétransmission de feuilles de soins électroniques. La CPL émet un avis concernant le bénéfice ou non du dispositif d'incitation, en dépit de la non atteinte du taux de télétransmission de 75 %.

Les caisses notifient leur décision au médecin concerné.

c) Carte Professionnel de Santé

Les cartes de professionnel de santé sont prises en charge par les caisses, pour la durée du présent règlement. Il en va de même pour les cartes dites de personnel d'établissement (CPE) attribuées aux salariés, dans la limite d'une CPE par médecin. Les délais de délivrance des cartes sont neutralisés pour le calcul du taux visé au a) supra.

1. 2 Maintenance et évolution du système SESAM-VITALE

L'assurance maladie met en œuvre les moyens nécessaires :

- pour conseiller les médecins qui s'installent ou qui veulent s'informatiser, sur les équipements nécessaires à l'utilisation du service de facturation par télétransmission électronique à travers un accompagnement individualisé (mise en place d'un conseiller informatique dédié au sein de chaque caisse assurant notamment une assistance au démarrage informatique) ;
- pour apporter aux médecins libéraux toutes les informations, l'assistance et le conseil qui leur sont nécessaires dans leur exercice quotidien, notamment sur le dispositif de facturation SESAM-Vitale ;
- pour spécifier et organiser au mieux les évolutions du système SESAM-Vitale imposées par la réglementation, par les changements techniques ;

Le médecin met en œuvre les moyens nécessaires :

- pour intégrer en temps utile les évolutions de son équipement lui permettant de rester conforme à la réglementation et à la version en vigueur du système SESAM-Vitale ;
- pour se doter de la dernière version du cahier des charge SESAM-Vitale qui constitue le socle technique de référence et ce, dans les 18 mois suivant la publication de ce dernier. Dans ce cadre, il vérifie que les services proposés par son fournisseur de logiciel permettent cette mise à jour.
- pour disposer sur son poste de travail des données nécessaires à la tarification et à la facturation conformes aux dispositions réglementaires en vigueur.
- pour assurer au mieux la continuité du service de la télétransmission au bénéfice des assurés sociaux, notamment pour respecter les délais réglementaires de transmission des feuilles de soins électroniques.

II. Option pour l'utilisation des services en ligne par les médecins

La modernisation des conditions d'exercice des praticiens adhérant au présent règlement arbitral suppose de développer l'utilisation des services en ligne dans la pratique médicale quotidienne.

Dès à présent, le médecin peut mettre en œuvre les moyens nécessaires pour offrir à ses patients les services en ligne suivants :

- le protocole de soins électronique ;
- l'arrêt de travail dématérialisé.

Il est créé une option incitative au développement de ces téléservices, à laquelle peuvent adhérer les médecins dans les conditions ci-dessous.

2.1 Conditions nécessaires pour bénéficier du dispositif d'incitation à l'utilisation des téléservices

Le médecin doit :

- être adhérent aux téléservices et téléprocédures mises à disposition par l'assurance maladie, et accessibles à ce jour par *mon espace pro*, et *mon compte PS ameli* ;
- atteindre un taux annuel de 75 % de protocole de soins électroniques, d'arrêt de travail dématérialisés (calcul portant sur les arrêts de travail prescrits au cabinet.) ;
- percevoir le forfait annuel d'incitation à la télétransmission ;
- émettre un minimum de 300 feuilles de soins par an.

2.2 Dispositif d'incitation à l'utilisation des téléservices

Le médecin qui remplit les conditions définies ci-dessus perçoit un forfait annuel de 250 euros pour l'utilisation des téléservices mis en place progressivement par la CNAMTS.

III. Modalités de versement

Les sommes correspondantes aux différents dispositifs d'incitation sont versées annuellement par la CPAM du lieu d'installation du médecin pour le compte de l'ensemble des caisses d'assurance maladie au mois de mars de chaque année civile au titre de l'année précédente.

IV. Suivi du dispositif

Le suivi du dispositif et les difficultés d'application éventuelles seront soumises au Comité technique paritaire permanent national chargé des simplifications administratives issu de l'avenant 29 à la convention nationale de 2005 prorogé par le présent règlement.

Le présent règlement ajoute les compétences suivantes au comité visé supra :

- être saisi de tout dysfonctionnement du système SESAM-Vitale et examiner les réponses appropriées dans les meilleurs délais afin de garantir la continuité et l'adaptabilité du service de la télétransmission des feuilles de soins électroniques,
- formuler des observations sur le cahier des charges SESAM-Vitale et des propositions tendant à l'amélioration du système,
- suivre les procédures informatiques de gestion de la dispense d'avance de frais ou de tout autre dispositif issu de la réglementation,
- suivre les échanges de données dématérialisées entre l'assurance maladie et les médecins conventionnés,
- définir les modalités de mise en ligne par les médecins d'informations notamment sur le portail de l'assurance maladie,
- étudier les modalités de mise en œuvre d'un système d'opposition des cartes Vitale sur le poste de travail des médecins, compatibles avec leur organisation.

Article 11

Les tarifs suivants sont portés au 1^{er} janvier 2011 à :

ACTE	METROPOLE	ANTILLES	GUYANE-REUNION	MAYOTTE
Consultation au cabinet : C.....	23,00	25,20	27,40	27,40
Visite au domicile du malade : V.	23,00	25,20	27,40	27,40

Article 12

Les programmes et thèmes d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins mis en œuvre par l'assurance maladie et les médecins sont les suivants :

- a) Les programmes et thèmes d'amélioration inscrits dans l'avenant n° 23 listé dans l'annexe 1 du présent règlement ;
- b) L'amélioration de la prescription des médicaments à visée antalgique et des médicaments anti-diabétiques, dans le cadre de programmes qui seront définis par l'UNCAM après concertation avec les syndicats représentatifs des médecins.

Pour l'année 2010, les objectifs d'économies des programmes et thèmes d'amélioration de l'efficacité des prescriptions sont fixés dans le tableau suivant :

Thèmes de Maîtrise	Montant en M€
Antiagregants plaquettaires	38
Antibiotiques	17
Statines	75
Anxiolytiques et hypnotiques	7
Inhibiteurs de la pompe à protons	35
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion et sartans	51
Ostéoporotiques	11
Antidépresseurs	2
Antalgiques	26
Anti-diabétiques	27
TOTAL MEDICAMENTS	289
Indemnités journalières	88
Transports	95
Meilleure utilisation de l'ordonnancier bizonne pour les patients en affection de longue durée	59
Prescriptions d'actes	12
TOTAL	543

Article 13

Les faits contrevenants aux dispositions conventionnelles faisant l'objet d'une procédure en cours sur la base du 5.4 de la convention nationale susvisée sont sanctionnés en vertu des dispositions du présent règlement.

ANNEXE 1

Les dispositions conventionnelles prorogées par l'article 2 du présent règlement arbitral sont les suivantes :

- La convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes et signée le 15 janvier 2005 et approuvée par arrêté du 3 février 2005, ainsi que ses annexes ;
- Les avenants n°1, 3 et 4 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes approuvés par arrêté du 26 mai 2005 ;
- L'avenant n°2 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes approuvé par arrêté du 21 mars 2005 ;
- Les avenants n°5, 6 et 8 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes approuvés par arrêté du 28 juillet 2005 ;
- L'avenant n°7 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes approuvé par arrêté du 16 août 2005 ;
- L'avenant n°9 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes approuvé par arrêté du 17 janvier 2006 ;
- Les avenants n°10 et 11 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes approuvés par arrêté du 24 janvier 2006 ;
- L'avenant n°12 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes approuvé par arrêté du 23 mars 2006 ;
- L'avenant n°13 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes approuvé par arrêté du 12 juin 2006 ;
- L'avenant n°16 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes approuvé par arrêté du 22 décembre 2006 ;
- Les avenants n°17bis, 21 et 22 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes conclus le 7 février 2007 et publiés au JO de la République française le 19 avril 2007 ;
- L'avenant n°20 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes approuvé par arrêté du 23 mars 2007 ;
- L'avenant n°23 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes approuvé par arrêté du 2 mai 2007 ;
- L'avenant n°24 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes approuvé par arrêté du 10 septembre 2007 ;
- L'avenant n°25 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes approuvé par arrêté du 21 décembre 2007 ;
- L'avenant n°26 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes approuvé par arrêté du 21 décembre 2007 ;
- L'avenant n°27 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes approuvé par arrêté du 21 décembre 2007 ;
- L'avenant n°28 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes conclu le 1^{er} octobre 2008 et publié au JO de la République française le 30 décembre 2008 ;
- L'avenant n°29 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes conclu le 10 avril 2009 et publié au JO le 17 juillet 2009 ;
- L'avenant n°30 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes conclu le 10 avril 2009 et publié au JO le 17 juillet 2009 ;
- L'avenant n°31 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes conclu le 7 mai 2009 et publié au JO le 8 septembre 2009.



Bertrand FRAGONARD

Président du Haut Conseil de la Famille, magistrat à la Cour des comptes

Bertrand FRAGONARD, magistrat à la Cour des Comptes, né le 26 avril 1940 à Arcachon (Gironde), a commencé sa carrière comme auditeur à la Cour des comptes à sa sortie de l'ENA (promotion Blaise Pascal, 1962-64).

Il devient chargé de mission au cabinet de René Lenoir (secrétaire d'État auprès du ministre de la santé) en 1974, puis directeur-adjoint du cabinet de Simone Veil (ministre de la santé) en 1978, avant de prendre la direction de la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) de 1980 à 1987.

Commissaire au Plan (1987-88), puis délégué interministériel au revenu minimum d'insertion (RMI) (1988-96), il occupe ensuite les fonctions de vice-président du Haut Conseil de la population et de la famille (1992-1995) avant de retourner auprès de Simone Veil (ministre d'état, ministre des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville) comme chargé de mission de 1993 à 1995.

Directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) de 1997 à 1998, Secrétaire général du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (1993-2002), Bertrand Fragonard préside à la fois la 2^e chambre de la Cour des comptes entre 2002 et 2007 et l'observatoire de lutte contre l'exclusion (2002-2005).

Il occupait les fonctions de président du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (de 2003 à 2009), avant de prendre depuis 2009 la présidence du Haut Conseil de la Famille.