

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

#### Arrêté du 3 mai 2010 portant approbation du règlement arbitral applicable aux médecins libéraux en l'absence de convention médicale

NOR : SASS1011757A

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 :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – 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.

**Art. 2.** – Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 3 mai 2010.

*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

## A N N E X E

### RÈGLEMENT ARBITRAL ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX ET L'ASSURANCE MALADIE

#### *Article 1<sup>er</sup>*

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 droit 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<sup>er</sup> 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 deux ans à compter de la date d'entrée en vigueur dudit schéma régional d'organisation des soins. La première année, ils continuent de bénéficier de deux tiers de l'aide forfaitaire définie à l'avenant n° 20. La deuxième année, ils perçoivent un tiers 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 susmentionnés.

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<sup>er</sup> 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 trois 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 1<sup>er</sup> 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 euro 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 charges SESAM-Vitale qui constitue le socle technique de référence, et ce dans les dix-huit 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 mis 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 correspondant 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 soumis 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, compatible avec leur organisation. »

*Article 11*

Les tarifs suivants sont portés au 1<sup>er</sup> janvier 2011 à :

ACTE	MÉTROPOLE	ANTILLES	GUYANE-RÉUNION	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 €
Antiagrégants 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
<b>Total médicaments</b>	<b>289</b>
Indemnités journalières	88
Transports	95
Meilleure utilisation de l'ordonnancier bizona pour les patients en affection de longue durée	59
Prescriptions d'actes	12
<b>TOTAL</b>	<b>543</b>

*Article 13*

Les faits contrevenant 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<sup>os</sup> 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<sup>o</sup> 2 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, approuvé par arrêté du 21 mars 2005 ;

Les avenants n<sup>os</sup> 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<sup>o</sup> 7 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, approuvé par arrêté du 16 août 2005 ;

L'avenant n<sup>o</sup> 9 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, approuvé par arrêté du 17 janvier 2006 ;

Les avenants n<sup>os</sup> 10 et 11 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, approuvés par arrêté du 24 janvier 2006 ;

L'avenant n<sup>o</sup> 12 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, approuvé par arrêté du 23 mars 2006 ;

L'avenant n<sup>o</sup> 13 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, approuvé par arrêté du 12 juin 2006 ;

L'avenant n<sup>o</sup> 16 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, approuvé par arrêté du 22 décembre 2006 ;

Les avenants n<sup>os</sup> 17 *bis*, 21 et 22 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, conclus le 7 février 2007 et publiés au *Journal officiel* de la République française le 19 avril 2007 ;

L'avenant n<sup>o</sup> 20 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, approuvé par arrêté du 23 mars 2007 ;

L'avenant n<sup>o</sup> 23 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, approuvé par arrêté du 2 mai 2007 ;

L'avenant n<sup>o</sup> 24 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, approuvé par arrêté du 10 septembre 2007 ;

L'avenant n<sup>o</sup> 25 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, approuvé par arrêté du 21 décembre 2007 ;

L'avenant n<sup>o</sup> 26 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, approuvé par arrêté du 21 décembre 2007 ;

L'avenant n<sup>o</sup> 27 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, approuvé par arrêté du 21 décembre 2007 ;

L'avenant n<sup>o</sup> 28 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, conclu le 1<sup>er</sup> octobre 2008 et publié au *Journal officiel* de la République française le 30 décembre 2008 ;

L'avenant n<sup>o</sup> 29 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, conclu le 10 avril 2009 et publié au *Journal officiel* le 17 juillet 2009 ;

L'avenant n<sup>o</sup> 30 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, conclu le 10 avril 2009 et publié au *Journal officiel* le 17 juillet 2009 ;

L'avenant n<sup>o</sup> 31 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, conclu le 7 mai 2009 et publié au *Journal officiel* le 8 septembre 2009.