

Actu-Path juridique



LOI HPST : LES MESURES QUI VOUS CONCERNENT DIRECTEMENT

Article 5 - Conférence et Commission médicale

En adoptant un amendement proposé par la CSMF, les sénateurs ont **renforcé le rôle des CME** dans les établissements de santé privé.

La CME contribue à l'élaboration de la **politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins** ainsi que des **conditions d'accueil et de prise en charge des usagers**. Elle propose au représentant légal de l'établissement un **programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi**. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Le représentant légal de l'établissement la consulte avant la signature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

La conférence médicale de l'établissement est consultée pour tout contrat ou avenant prévoyant l'exercice d'une ou plusieurs missions de service public.

La CME est consultée sur les matières la concernant dans des conditions fixées par décret.

Elle participe à l'élaboration de tous les contrats qui ont une incidence sur la pratique médicale de l'établissement.

Lorsque la consultation préalable est prévue par des dispositions légales ou réglementaires, l'avis de la CME doit être joint à toute demande d'autorisation ou d'agrément formées par un établissement de santé privé et annexé à toutes conventions conclues par ce dernier.

Article 7 - Praticiens Hospitaliers

Dans un délai de deux ans suivant leur démission, il peut être interdit aux

praticiens hospitaliers ayant exercé plus de cinq ans à titre permanent dans le même établissement d'ouvrir un cabinet privé ou d'exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif, un laboratoire privé d'analyses de biologie médicale ou une officine de pharmacie où ils puissent rentrer en concurrence directe avec l'établissement public dont ils sont démissionnaires.

Article 29 - Salarier dans les cliniques

Il est désormais permis aux établissements de santé privés de salarier certains de leurs praticiens, s'ils l'estiment nécessaire.

Article 43 - Etudes médicales - Contrat santé solidarité

Il est prévu qu'un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé détermine pour une période de 5 ans le nombre d'internes à former par spécialité, en particulier celle de médecine générale, et par subdivision territoriale. Ce nombre devra tenir compte de la situation démographique médicale dans les différentes spécialités concernées et de son évolution au regard des besoins de prise en charge spécialisée.

Le projet de loi prévoit également la rédaction d'un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé pour déterminer les modalités en fonction desquelles tout étudiant qui présente le concours d'entrée en deuxième année d'études de médecine est informé de l'objectif de la collectivité nationale de rééquilibrage de la densité médicale sur le territoire et des mesures permettant d'y concourir.

AU SOMMAIRE

LOI HPST

PLAN D'ECONOMIE DE LA CNAMTS

LE GERANT DE SELARL FACE AUX URSSAF

PREMIERE ANNEE COMMUNE AUX ETUDES DE SANTE

GESTION DU CABINET

AU FIL DU JO

Le projet de loi prévoit aussi la rédaction d'un arrêté qui déterminera le nombre de postes d'internes offerts chaque année par discipline ou spécialité et par centre hospitalier universitaire.

Des décrets en Conseil d'Etat détermineront les subdivisions territoriales, les modalités des épreuves d'accès au troisième cycle, de choix d'une spécialité par les internes, d'établissement de la liste des services formateurs, d'organisation du troisième cycle, de changement d'orientation ainsi que la durée des formations nécessaires durant ce cycle, et ultérieurement, pour obtenir selon les spécialités une qualification.

Les sénateurs ont adopté un dispositif de validation des acquis de l'expérience (VAE) pour l'obtention d'un diplôme de formation médicale spécialisé.

Les sénateurs ont voté la possibilité pour les internes d'effectuer des stages dans les centres de santé.

Ils ont également voté sans modification l'adaptation des dispositions législatives relatives à l'internat en odontologie, visant à revaloriser cette filière.

Cette mesure permet l'ouverture de filières qualifiantes par la voie de l'internat, en conformité avec les besoins en santé publique dans le secteur bucco-dentaire et avec les exigences européennes.

Le schéma régional d'organisation des soins détermine les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins médicaux est particulièrement élevé.

À l'échéance d'un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur du schéma régional d'organisation des soins, le directeur général de l'agence régionale de santé [évalue la satisfaction des besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier recours.

Cette évaluation comporte un bilan de l'application des mesures mentionnées au cinquième alinéa du même article. Elle est établie dans des conditions et suivant des critères arrêtés par les ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie.

Si cette évaluation fait apparaître que les besoins en implantations précités ne sont pas satisfaits et que, de ce fait, l'offre de soins de premier recours ne suffit pas à répondre aux besoins de santé de la population dans certains territoires de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé [] peut, après avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, de l'union régionale des professionnels de santé compétente pour les médecins et des organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes et des chefs de clinique, proposer aux médecins exerçant dans les zones sur-denses d'adhérer à un contrat santé solidarité par lequel ils s'engagent à contribuer à répondre aux besoins de santé de la population des zones sous-denses où les besoins en implantations ne sont pas satisfaits.

Les médecins qui refusent de signer un tel contrat, ou qui ne respectent pas les obligations qu'il comporte pour eux, s'acquittent d'une contribution forfaitaire annuelle, au plus

égale au plafond mensuel de la sécurité sociale.

L'application du présent article se fera dans des conditions définies par décret en Conseil d'État.

Article 46 - Contrat d'engagement du service public

Chaque année, un arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale détermine le nombre d'étudiants qui, admis à poursuivre des études médicales à l'issue de la première année du premier cycle ou ultérieurement au cours de ces études, peuvent signer avec le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière un contrat d'engagement de service public.

Ce contrat ouvre droit, en sus des rémunérations auxquelles les étudiants et internes peuvent prétendre du fait de leur formation, à une allocation mensuelle versée par le centre national de gestion jusqu'à la fin de leurs études médicales. En contrepartie de cette allocation, les étudiants s'engagent à exercer leurs fonctions à titre libéral ou salarié, à compter de la fin de leur formation, dans les lieux d'exercice sous-denses. La durée de leur engagement est égale à celle pendant laquelle l'allocation leur a été versée et ne peut être inférieure à deux ans.

Pendant la durée de cet engagement, qui n'équivaut pas à une première installation à titre libéral, ceux qui exercent leurs fonctions à titre libéral pratiquent les tarifs fixés par la convention.

À l'issue des épreuves, les étudiants ayant signé un contrat d'engagement de service public choisissent un poste d'interne sur une liste établie chaque année par arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur, en fonction de la situation de la démographie médicale dans les différentes spécialités sur les territoires sous-denses.

Au cours de la dernière année de leurs études, les internes ayant signé un contrat d'engagement de service public choisissent leur futur lieu d'exercice sur une liste, établie par le centre national de gestion sur proposition des agences régionales de santé, de lieux d'exercice où le SROSS indique que l'offre médicale est insuffisante ou la continuité de l'accès aux soins est menacée, en priorité les zones de revitalisation rurale et les zones urbaines sensibles. Le directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort duquel ils exercent leurs fonctions peut, à leur demande, à tout moment, changer le lieu de leur exercice. Le directeur général du centre national de gestion peut, à leur demande, à tout moment, et après avis du directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort duquel ils exercent leurs fonctions, leur proposer un lieu d'exercice dans une zone dépendant d'une autre ARS.

Les médecins ayant signé un contrat d'engagement de service public avec le centre national de gestion peuvent se dégager de leur obligation d'exercice prévue au deuxième alinéa du présent article, moyennant le paiement d'une indemnité dont le montant égale les sommes perçues au titre de ce contrat ainsi qu'une fraction des frais d'étude engagés. Les modalités de remboursement et de calcul de cette somme sont fixées par un arrêté.

Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article.

Article 49 - Permanence des soins - Autorisations d'absence

La mission de service public de permanence des soins est assurée, en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins, dans le cadre de leur activité libérale. Tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique a vocation à y concourir selon des modalités fixées contractuellement avec l'ARS.

L'organisation de la PDS est organisée au niveau régional par le directeur général de l'ARS qui communique ensuite au Préfet les informations permettant à celui-ci de procéder aux réquisitions éventuellement nécessaires.

Le principe d'une régulation téléphonique commune des appels téléphoniques pour la PDS et l'Aide Médicale urgente a été adopté. Cette régulation téléphonique est également accessible, pour les appels relevant de la permanence des soins, par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plates-formes d'appels interconnectées avec ce numéro national, dès lors que ces plates-formes assurent une régulation médicale des appels.

Pour l'accomplissement de la mission de service public de permanence des soins, des modalités particulières de prescription (par fax, courriel ou téléphone) seront fixées par voie réglementaire.

Les sénateurs ont adopté l'extension de la couverture assurantielle des établissements de santé aux médecins libéraux participant à la régulation des appels dans le cadre de la PDS. Cette disposition n'a pas été étendue à toute l'activité des libéraux participant à la PDS.

Les sénateurs ont voté l'obligation pour les médecins d'informer le conseil départemental de l'Ordre de leur période de congés. Le texte voté indique que "la continuité des soins aux malades est assurée quelles que soient les circonstances. Lorsque le médecin se dégage de sa mission de soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, il doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence. Le médecin doit également informer le conseil départemental de l'Ordre de ses absences programmées dans les conditions et selon les modalités définies par décret». Le conseil départemental de l'Ordre veille au respect de l'obligation de continuité des soins et en informe le directeur général de l'ARS.

Article 50 - Dossier Médical Personnel

Cet article supprime la disposition prévue par la loi du 13 août 2004 prévoyant un moindre remboursement pour les patients qui refuseraient à un professionnel de santé l'accès à leur dossier médical personnel, ainsi que l'obligation corollaire pour les professionnels de santé d'indiquer que le patient leur a donné un accès à son DMP. Il transfère également dans le code de la santé publique l'ensemble des articles relatifs au dossier médical personnel et au dossier pharmaceutique.

Article 53 - Télétransmission - Secteur optionnel

Cet article confie au directeur de l'UNCAM le soin de fixer le montant de la contribution forfaitaire applicable aux feuilles de soins papier à partir du 1er janvier 2010.

Avant cette date, les partenaires conventionnels peuvent définir des dérogations à l'obligation de télétransmission, en tenant compte notamment du volume de feuilles de soins papier ou autres documents papier servant à constater la délivrance aux assurés sociaux de soins, de produits ou de prestations remboursables et, le cas échéant, de l'ancienneté d'exercice des professionnels

À défaut de conclusion avant le 15 octobre 2009 d'un avenant conventionnel autorisant des médecins relevant de certaines spécialités, sous des conditions tenant notamment à leur formation, à leur expérience professionnelle, à la qualité de leur pratique et à l'information des patients sur leurs honoraires, à pratiquer de manière encadrée des dépassements d'honoraires pour une partie de leur activité, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale modifie à cet effet, pendant un délai de quatre mois, les dispositions de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes conclue le 12 janvier 2005.

Afin de faciliter l'accès à des soins à tarifs opposables, cet arrêté modifie également les tarifs et rémunérations des médecins spécialistes autorisés à pratiquer des dépassements, lorsque aucun dépassement n'est facturé, pour les rendre égaux aux tarifs applicables aux médecins qui ne sont pas autorisés à en pratiquer.

Article 54 - Accès aux soins

Les sénateurs ont rejeté l'autorisation du "testing" pour prouver le refus de soins illégitime d'un professionnel de santé et ont voté la limitation du refus de soins.

Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne pour l'un des motifs de discrimination visés au code pénal (mœurs, situation de famille, handicap ou état de santé, origine ou appartenance ou non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion) ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la CMU ou de l'AME.

L'article prévoit que "toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime" peut saisir le directeur de la caisse locale d'assurance maladie ou le président du conseil de l'Ordre professionnel concerné des faits qui permettent d'en présumer l'existence. La saisine vaudra dépôt de plainte.

Il prévoit une information réciproque (de l'Ordre si la caisse a été destinataire du signalement et inversement) et une conciliation préalable avec le professionnel de santé, sauf en cas de récidive.

Peuvent faire l'objet d'une sanction, prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, les professionnels de santé qui :

- Pratiquent une discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins ;
- Exposent les assurés à des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure ;

- Exposit les assurés à des dépassements d'honoraires non conformes à la convention dont relève le professionnel de santé ;

- Ont omis l'information écrite préalable en cas de dépassement ;

La sanction, prononcée après avis de la commission, peut consister selon les cas à une pénalité financière forfaitaire ou en cas de récidive, un retrait temporaire du droit à dépassement ou une suspension de la participation des caisses au financement des cotisations.

Les sanctions prononcées peuvent faire l'objet d'un affichage au sein des locaux de l'organisme local d'assurance maladie et peuvent être rendues publiques, en cas de récidive et après épuisement des voies de recours, par voie de presse.

Article 59 - Développement Professionnel Continu

Les sénateurs ont adopté la définition du développement professionnel continu (DPC) des professions de santé, qui regroupera la formation médicale continue (FMC) et celles des autres professions de santé ainsi que l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

L'article vise à recentrer l'obligation actuelle de FMC sur l'évaluation des pratiques et à simplifier la gestion administrative et le financement de la FMC.

Il indique que le DPC a pour objectifs l'EPP, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Le DPC concernera les médecins, les pharmaciens, les sages-femmes, les chirurgiens-dentistes, les préparateurs en pharmacie et tous les auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes, orthésistes).

Le respect de l'obligation de DPC sera contrôlé par les instances ordinales. Un décret en Conseil d'Etat sera publié par profession sur les modalités de l'obligation, l'agrément des actions et des organismes.

Un conseil national du DPC sera placé auprès du ministre de la santé pour le conseiller sur les modalités d'organisation du dispositif, sur les priorités et sur les critères d'enregistrement des organismes de formation.

Les sénateurs ont également adopté la création d'un organisme unique gestionnaire de la DPC pour l'ensemble des professions de santé. Il aura deux missions: enregistrer l'ensemble des organismes concourant à l'offre de DPC et financer les programmes et actions prioritaires.

L'enregistrement des organismes se fera après évaluation par une commission scientifique indépendante, qui sera définie par un décret.

Les financements provenant de l'Etat et de l'assurance maladie, y compris de la formation conventionnelle, seront regroupés dans ce fonds afin de garantir une allocation des ressources publiques conforme aux priorités établies par les conseils nationaux de FPC.

L'organisme de gestion des fonds assurera la gestion financière des actions de DPC et sera notamment chargé de déterminer les conditions d'indemnisation des professionnels de santé libéraux conventionnés et des centres de santé participant aux actions de DPC.

Il sera doté de la personnalité morale et sera administré par un conseil de gestion. Il comportera des sections spécifiques à chaque profession. Les règles de composition du conseil de gestion, les modalités de création de sections spécifiques et les règles d'affectation des ressources à ces sections seront fixées par voie réglementaire.

Article 65 -

Possibilité pour l'IGAS d'accéder aux cabinets des professionnels libéraux de santé, aux ostéopathes et aux chiropracteurs pour les contrôler.

Article 69 - Réforme de la biologie médicale

Le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance, dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi, toutes mesures relevant du domaine de la loi, réformant les conditions de création, d'organisation et de fonctionnement des laboratoires de biologie médicale et visant à :

- Harmoniser les dispositions applicables aux laboratoires de biologie médicale publics et privés
- Mieux garantir la qualité des examens de biologie médicale, notamment en mettant en place une procédure d'accréditation des laboratoires ;
- Définir les missions du biologiste, du laboratoire de biologie médicale et du personnel technique dans le cadre du parcours de soins du patient, en assurant l'efficacité des dépenses de santé ;
- Instituer les mesures permettant d'assurer la pérennité de l'offre de biologie médicale dans le cadre de l'organisation territoriale de l'offre de soins ;
- Éviter les conflits d'intérêts et garantir l'autorité du biologiste responsable sur l'activité du laboratoire de biologie médicale ;
- Adapter les missions et prérogatives des agents habilités à effectuer l'inspection des laboratoires de biologie médicale ;
- Adapter le régime des sanctions administratives et pénales ;
- Disposer que les laboratoires de biologie médicale privés doivent être exploités en nom propre ou sous la forme d'organismes à but non lucratif, de sociétés civiles professionnelles ou de sociétés d'exercice libéral

Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de l'ordonnance.

Article 116 à 122 - Agences Régionales de Santé

Projet régional de santé

Il est prévu la rédaction d'un "projet régional de santé" qui définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences ainsi que les mesures tendant à les atteindre.

Ce projet devra s'inscrire dans les orientations de la politique nationale de santé et se conformer aux dispositions financières prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale.

Le projet régional de santé sera constitué de plusieurs documents: un plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région; des schémas régionaux de mise en oeuvre en matière de prévention, d'organisation de soins, de plans de déplacements sanitaires et d'organisation médico-sociale; et des programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et un programme relatif au développement de la télémédecine.

Il est précisé que la programmation pourra prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé.

Le plan stratégique régional de santé devra prévoir des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

Schéma régional de prévention

Les ARS devront arrêter "un schéma régional de prévention" qui "inclut notamment des dispositions relatives à la prévention, à la promotion de la santé, à la santé environnementale et à la sécurité sanitaire.

Ce schéma organise, dans le domaine de la santé des personnes, l'observation des risques émergents et les modalités de gestion des événements porteurs d'un risque sanitaire.

Au titre de ses actions de prévention, l'ARS attribue, dans des conditions fixées par la convention d'objectifs et de gestion conclue entre l'Etat et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), des crédits provenant du Fonds national de prévention.

Schéma régional d'organisation des soins

La loi prévoit la rédaction d'un "schéma régional d'organisation des soins" ayant pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population permanente et saisonnière et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique.

Le schéma devra tenir compte de la spécificité des sites

touristiques qui sont confrontés à des afflux temporaires de population.

Le schéma précise aussi les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé, les communautés hospitalières de territoire (CHT), les établissements et services médico-sociaux, les centres de santé, les structures et professionnels de santé libéraux. Il prend en compte également les difficultés de déplacement des populations ainsi que les exigences en matière de transports sanitaires, liées en particulier aux situations d'urgence.

Le schéma devra tenir compte de l'offre de soins des régions limitrophes et de la vocation sanitaire et sociale de certains territoires. Il indique, par territoire de santé, les besoins en implantations pour l'exercice des soins notamment celles des professionnels de santé libéraux, des pôles de santé, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé.

Le schéma devra aussi organiser la coordination entre les différents services de santé.

Le gouvernement a fait adopter un amendement qui prévoit que les schémas devront aussi déterminer les zones de mise en oeuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé. Ils devront ainsi définir les zones d'application des politiques incitatives (fiscales, conventionnelles, visant la formation ou les professionnels en activité).

Le schéma régional d'organisation des soins devra fixer, en fonction des besoins de la population, par territoire de santé, les objectifs de l'offre de soins par activités de soins et équipements matériels lourds, dont les modalités de quantification sont fixées par décret; les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds; les transformations et regroupements d'établissements de santé, ainsi que les coopérations entre ces établissements et les missions de service public assurées par les établissements de santé et les autres titulaires d'autorisations.

Il est précisé que, pour une activité ou un équipement relevant de leurs compétences, les ARS peuvent arrêter "un schéma interrégional d'organisation des soins".

Dans ce cas, le ministre chargé de la santé arrêtera la liste des équipements et activités pour lesquels plusieurs régions, qu'il détermine, sont tenues d'établir un schéma en commun.

Les conditions d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins seront fixées par décret en Conseil d'Etat.

Programme pluriannuel régional de gestion du risque

Les ARS définissent et mettent en oeuvre, avec les organismes d'assurance maladie et avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires. Ces actions portent sur le

contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé, en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux.

En relation avec les directions régionales des affaires culturelles mais aussi avec les collectivités territoriales qui le souhaitent, elles encouragent et favorisent, au sein des établissements, l'élaboration et la mise en œuvre d'un volet culturel.

Elles attribuent les aides régionales finançant les actions concourant à la qualité et à la coordination des soins et disposent à cet effet d'une dotation régionale.

Contractualisation avec les offreurs de services de santé

L'ARS conclut les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Elle peut proposer aux professionnels de santé conventionnés, aux centres de santé, aux pôles de santé, aux établissements de santé, aux établissements d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes, aux maisons de santé, aux services médico-sociaux, ainsi qu'aux réseaux de santé de son ressort, d'adhérer à un contrat ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins.

Ce contrat fixe les engagements des professionnels, centres, établissements, maisons, services, pôles ou réseaux concernés et la contrepartie financière qui peut leur être associée. Le versement de la contrepartie financière éventuelle est fonction de l'atteinte des objectifs par le professionnel, le centre, l'établissement, la maison, le service, le pôle ou le réseau concerné.

Le contrat est conforme au contrat-type national. Ce contrat-type est adopté, pour les professionnels de santé libéraux, les centres de santé et les maisons de santé par les parties aux conventions.

Il est adopté, en l'absence de convention, par l'UNCAM et par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie.

En l'absence de contrat type national, l'agence régionale de santé établit un contrat type régional qui est réputé approuvé quarante cinq jours après sa réception par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, par les parties aux conventions et les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie.

La contrepartie financière est financée par la dotation régionale qui est déléguée à l'agence au titre du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

L'ARS veille au suivi et au respect des engagements définis dans ces contrats.

L'agence régionale de santé organise, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, la mission de service public de permanence des soins. Ses modalités, élaborées en

association avec les représentants des professionnels de santé, dont l'ordre des médecins, sont définies après avis du Préfet.

L'agence détermine la rémunération spécifique des professionnels de santé pour leur participation à la permanence des soins, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État.

Article 123 - Représentativité des professions de santé libérales

Fonctionnement des URPS

Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une union régionale des professionnels de santé (URPS) rassemble, pour chaque profession, les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral. Ces URPS sont regroupées en une fédération régionale des professionnels de santé libéraux.

Les unions régionales des professionnels de santé et leurs fédérations sont des associations régies par la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association. Leurs statuts sont conformes à des statuts-types fixés par décret en Conseil d'État.

Les modalités de fonctionnement des unions régionales des professionnels de santé et de leurs fédérations sont définies par décret en Conseil d'État.

Les membres des unions régionales des professionnels de santé sont élus, pour une durée fixée par décret, par les professionnels de santé en activité exerçant à titre libéral dans le régime conventionnel, au scrutin de liste proportionnel à la plus forte moyenne.

Tous les électeurs sont éligibles. Les listes de candidats sont présentées par des organisations syndicales des professions de santé bénéficiant d'une ancienneté minimale de deux ans à compter du dépôt légal des statuts et présentes sur le territoire national dans au moins la moitié des départements et la moitié des régions.

Le collège d'électeurs de chaque union régionale des professionnels de santé est constitué par les membres de la profession concernée exerçant dans la région.

Les électeurs de l'union régionale rassemblant les médecins sont répartis en trois collèges qui regroupent respectivement :

- Les médecins généralistes ;
- Les chirurgiens, les anesthésistes et les obstétriciens ;
- Les autres médecins spécialistes.

Par dérogation, pour les professions dont le nombre de membres exerçant à titre libéral dans le régime conventionnel sur le territoire national ne dépasse pas un certain seuil, il peut être prévu, dans des conditions fixées par décret, que les représentants de ces professions dans les unions régionales des professionnels de santé soient désignés par les organisations syndicales reconnues représentatives.

Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent article, notamment l'organisation et le financement des élections des membres des unions régionales des professionnels de santé, sont fixées par décret en Conseil d'État.

Les URPS et leurs fédérations contribuent à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre. Elles peuvent conclure des contrats avec l'ARS et assurer des missions particulières impliquant les professionnels de santé libéraux dans les domaines de compétence de l'agence.

Elles assument les missions qui leur sont confiées par les conventions nationales.

Financement des URPS

Les URPS perçoivent une contribution versée à titre obligatoire par chaque adhérent à l'une des conventions. La contribution est assise sur le revenu tiré de l'exercice de l'activité libérale de la profession.

Le taux annuel de cette contribution est fixé par décret pour chacune des professions, après consultation, chacune pour ce qui la concerne, des organisations syndicales représentatives au niveau national. Ce taux est fixé dans la limite du montant correspondant à 0,5 % du montant annuel du plafond des cotisations de la sécurité sociale. Cette contribution est recouvrée et contrôlée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations personnelles d'allocations familiales.

Les URPS et leurs fédérations peuvent également recevoir, au titre des missions dont elles ont la charge, des subventions et des concours financiers.

Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État.

Transition URML/ URPS

Les conditions dans lesquelles s'opère, après la date d'entrée en vigueur du présent article, le transfert des biens, droits et obligations de chaque URML exerçant à titre libéral à l'URPS compétente pour les médecins du même ressort font l'objet d'une convention entre ces deux instances. À défaut d'accord, le juge judiciaire est saisi à l'initiative de la partie la plus diligente. Ces transferts sont effectués à titre gratuit et ne donnent lieu à aucune imposition.

Validité des conventions

La validité des conventions et accords est subordonnée, pour les médecins, à leur signature par une ou plusieurs organisations reconnues représentatives au niveau national et

ayant réuni, aux élections à l'union régionale des professionnels de santé regroupant les médecins, au moins 30 % des suffrages exprimés au niveau national dans chacun des trois collèges.

Pour les autres professions, la validité des conventions et accords est subordonnée à leur signature par une ou plusieurs organisations reconnues représentatives au niveau national et ayant réuni, aux élections aux unions régionales des professionnels de au moins 30 % des suffrages exprimés au niveau national. Pour les professions pour lesquelles ne sont pas organisées d'élections aux unions régionales des professionnels de santé, les conventions ou accords sont valides dès lors qu'ils sont signés par une organisation syndicale représentative au niveau national.

Opposition aux conventions

Pour les médecins, l'opposition formée à l'encontre d'une convention ou d'un accord par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national réunissant la majorité des suffrages exprimés, dans chacun des trois collèges, lors des élections à l'union régionale des professionnels de santé regroupant les médecins fait obstacle à sa mise en œuvre.

Pour les autres professions, l'opposition formée à l'encontre d'une convention ou d'un accord, de l'accord-cadre et des accords conventionnels interprofessionnels par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national réunissant la majorité des suffrages exprimés lors des élections aux unions régionales des professionnels de santé fait obstacle à sa mise en œuvre.

Pour les professions pour lesquelles ne sont pas organisées d'élections aux unions régionales des professionnels de santé, l'opposition fait obstacle à la mise en œuvre de la convention ou de l'accord si elle est formée par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national réunissant au moins le double des effectifs de professionnels représentés par les organisations syndicales signataires.

Enquête de représentativité

Par dérogation à l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la publication de la présente loi, les enquêtes de représentativité qui doivent être organisées compte tenu des échéances conventionnelles sont reportées jusqu'à la mise en place des unions régionales des professionnels de santé. Les organisations syndicales reconnues représentatives, à la date d'entrée en vigueur de la présente loi, le restent jusqu'à l'organisation des enquêtes de représentativité suivantes.



PLAN D'ÉCONOMIES DE LA CNAMTS : LA CSMF DÉNONCE L'ATTEINTE PORTÉE AU SECTEUR 1 ET AU CONTRAT CONVENTIONNEL

Malgré des dépenses contenues en 2009, la progression tendancielle des dépenses est de 4,3%. Dans la perspective d'un ONDAM pour 2010 à 3%, le déficit de l'Assurance-maladie est évalué à 14,9 milliards d'Euros fin 2010, justifiant la mise en œuvre d'un nouveau plan d'économies de la CNAM à hauteur de 2 milliards d'euros.

Une nouvelle fois, la CSMF constate que l'on s'attaque aux dépenses sans vouloir traiter la question du financement dont la réforme est systématiquement repoussée depuis 2004 alors qu'il y a manifestement urgence.

Le nouveau plan de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie porte essentiellement, et une nouvelle fois, sur la médecine de ville.

D'autre part, parmi de cortège des 25 mesures proposées par la CNAM au gouvernement, la CSMF dénonce les dangers de celle qui consisterait à ne plus prendre en charge les cotisations sociales des médecins conventionnés de secteur 1, dès lors que leur revenu dépasserait un certain seuil.

La CSMF rappelle que la prise en charge des cotisations sociales pour les médecins de secteur 1 est la base du contrat conventionnel et conditionne le respect des tarifs du secteur 1. En se désengageant de cette prise en charge, la CNAM décide de favoriser le secteur 2 qui deviendrait, dès lors, le seul secteur attractif. Cette mesure constituerait, en outre, un encouragement pour les jeunes à ne s'installer qu'en secteur 2 lequel deviendrait dès lors incontournable.

LE GÉRANT DE SELARL FACE AUX URSSAF

Nous vous avons déjà alertés sur le fait que certaines URSSAF refusent que le médecin conventionné secteur 1 bénéficie de la prise en charge des cotisations par les CPAM, à partir du moment où il est associé et cogérant de SELARL, considérant qu'il relève de la branche maladie du RSI et ne peut bénéficier du régime conventionné.

La difficulté réside dans le fait que l'on se trouve en présence de deux régimes distincts :

- D'une part, le régime de Praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC), régime spécifique s'appliquant aux praticiens et auxiliaires médicaux exerçant leur activité médicale sous convention, en contrepartie des contraintes liées au conventionnement.

- D'autre part, le régime social des indépendants (RSI) qui s'applique, en principe, aux gérants majoritaires de SELARL.

Se pose nécessairement la question savoir quel est celui de ces deux régimes dont doit relever le médecin

conventionné gérant majoritaire de SELARL.

Le raisonnement de l'URSSAF tendant à démontrer que le médecin conventionné associé gérant majoritaire d'une SELARL devrait être affilié au RSI et ne pourrait bénéficier du régime des PAMC est erroné.

Il repose sur le fait que l'URSSAF considère que le « médecin exerce son activité à la fois à titre indépendant et au sein d'une SEL ».

Or, cette affirmation n'est juridiquement pas valable puisque, par définition, la règle de l'exclusivité de l'exercice professionnel au sein d'une seule structure (SEL ou autre) interdit un tel cumul, ainsi le médecin conventionné ou non, associé d'une SEL, exerce exclusivement son Art par l'intermédiaire de la SEL.

L'URSSAF ne peut non plus affirmer que le médecin conventionné gérant d'une SEL aurait plusieurs activités, alors que sa seule activité est celle de médecin recevant et soignant des patients, pour laquelle il cote des actes en tant que médecin conventionné même si, en tant que gérant, il effectue nécessairement quelques tâches administratives de gestion tout comme d'ailleurs les médecins exerçant à titre

individuel ou au sein du SCP. De plus, 100 % du chiffre d'affaires de la SELARL est généré par l'exercice de la médecine.

Ainsi, les SEL de médecins ne touchent, elles-mêmes, que des honoraires tenant à l'activité professionnelle des associés, qu'ils soient gérants ou seulement associés.

A partir du moment où la convention est strictement appliquée par la société d'exercice libéral, il n'existe pas de texte permettant, pour un motif de qualification de rémunération (salaire, dividendes, rémunération de gérant majoritaire...), de remettre en cause l'un des avantages du conventionnement et le bénéfice du régime spécifique des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés.

De nouveau, nous vous recommandons de bien spécifier dans les procès-verbaux des assemblées de leur SEL que vous ne percevez pas de rémunération en votre qualité de gérants, ce qui, sur le plan formel, peut ainsi être opposé à l'URSSAF.

Dès lors, si vous êtes confrontés à ce problème avec l'URSSAF, n'hésitez pas à prendre contact avec nous.

PREMIÈRE ANNÉE COMMUNE AUX ÉTUDES DE SANTÉ

Initialement prévue pour entrer en vigueur à la rentrée prochaine, la réforme de la première année d'études médicales - qui deviendra une première année de "Licence Santé" commune aux étudiants en médecine, en pharmacie, en odontologie et aux futures sages-femmes - ne sera applicable qu'à compter de la rentrée universitaire 2010-2011. La loi (n°2009-833) du 7 juillet 2009 portant création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants, vient d'être publiée à cet effet.

Les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé détermineront en commun, par voie réglementaire :

- l'organisation de la première année commune des études de santé ;
- le nombre des étudiants admis dans chacune des filières à l'issue de la première année des études de santé (numerus clausus). Ce nombre devra tenir compte des besoins de la population, de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques et des capacités de formation des établissements concernés.

- les modalités d'admission des étudiants dans chacune des filières à l'issue de la première année

- les conditions dans lesquelles les étudiants peuvent être réorientés à l'issue du premier semestre de la première année des études de santé ou au terme de celle-ci ainsi que les modalités de leur réinscription ultérieure éventuelle dans cette année d'études.

La réforme instaure des passerelles d'accès en deuxième année pour les



candidats qui justifient de certains titres ou diplômes (notamment aux titulaires d'un diplôme de master, aux diplômés des écoles de commerce délivrant le grade de master et aux diplômés des instituts d'études politiques), mais aussi facilite le changement de filière au sein des études de santé.

En effet, peuvent également "être admis en deuxième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou en première année d'école de sages-femmes des étudiants engagés dans les études médicales,

odontologiques, pharmaceutiques ou de sages-femmes et souhaitant se réorienter dans une filière différente de leur filière d'origine ; cette possibilité de réorientation est ouverte aux étudiants ayant validé au moins deux années d'études dans la filière choisie à l'issue de la première année".

Ce sont les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé qui arrêtent le nombre, les conditions et les modalités d'admission des étudiants.

La réforme entre en vigueur en septembre 2010, à l'exception des dispositions relatives à la réorientation des étudiants à l'issue du premier semestre ou au terme de la première année d'étude au plus tard à compter de la rentrée universitaire 2012-2013, afin de faciliter la mise en place progressive du dispositif dans les établissements.

LOI n° 2009-833 du 7 juillet 2009 portant création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020828203&dateTexte=&categorieLien=id>

GESTION DU CABINET

PREVOYANCE

Un avenant n°52 à la Convention collective du personnel des cabinets médicaux vient d'être signé et est en cours d'extension. Celui-ci prévoit que, dès le 1er juillet 2009, les taux de cotisations afférents au régime de prévoyance conventionnel feront l'objet d'un taux d'appel à hauteur de 1,80% du salaire de référence au lieu de 2% actuellement (toujours 60% employeur / 40% salarié.)

Cet avenant modifie également le régime de prévoyance conventionnel en créant notamment un régime propre aux salariés cadres, afin de respecter les obligations de la convention collective nationale de 1947, et en créant une garantie « rente handicap » destinée à couvrir les salariés ayant un enfant handicapé. Ces modifications entreront en vigueur le 1er janvier 2010, nous reviendrons vers vous en

fin d'année afin de vous communiquer le descriptif de ce nouveau régime.

http://www.csmf.org/upload/File/Conv_Coll/Avenant_n52_Prevoyance.pdf

SALAIRES

L'avenant n°51, qui prévoit deux augmentations salariales, a été étendu par un arrêté du 23 juillet 2009 (JO du 31 juillet 2009).

- Au 1er JANVIER 2009 : Augmentation de 1,25% de la grille des salaires, avec rétroactivité au 1er janvier 2009. La nouvelle valeur du point a été fixée à 6,80 € pour la période entre janvier et juillet.

- Au 1ER JUILLET 2009 : Augmentation de 1,25% de la grille et une valeur du point fixée à 6,88 €.

http://www.csmf.org/upload/File/Conv_Coll/avenant_51.pdf

COTISATIONS SOCIALES

- La cotisation AGS est de nouveau augmentée : appelée à 0,20 % depuis le 1er avril 2009, la cotisation AGS est portée à 0,30 % à compter du 1er juillet 2009. Elle passera à 0,40 % au 1er octobre 2009.
- Tarif des transports parisiens : + 2 %.
- Cotisations salariales en cas de cumul emploi-retraite : à partir du 1er juillet 2009, les rémunérations supportent, outre la cotisation patronale, la cotisation salariale de retraite complémentaire Agirc-Arrco. La part salariale des cotisations AGFF, Apec et de la CET est aussi due.



**SYNDICAT
DES MÉDECINS
PATHOLOGISTES
FRANÇAIS**

Toute l'actualité du Syndicat
sur www.smpf.info

.....



AU FIL DU JO

JO 21/08/09

Décret n° 2009-982 du 20 août 2009 relatif aux pénalités financières prévues à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale et à diverses mesures intéressant la lutte contre la fraude

Objet : modification de la procédure des pénalités financières

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020985563&dateTexte=&categorieLien=id>

Décision du 24 juin 2009 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie

Objet : RECTIFICATIF actes de radiologie conventionnelle, en cas d'association mammographie/échographie

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020983247&dateTexte=&categorieLien=id>

JO 12/08/09

Arrêté du 28 juillet 2009 pris en application de l'article L. 4132-1 du code de la santé publique et relatif à la composition du Conseil national de l'ordre des médecins

Objet : modalités de répartition des membres du CNOM selon les départements et les régions

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020969274&dateTexte=&categorieLien=id>

Décret n° 2009-959 du 29 juillet 2009 relatif à certaines conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer

Objet : conditions de fonctionnement de la radiothérapie externe et des centres de radiothérapie.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020935250&dateTexte=&categorieLien=id>