

Actu-Path juridique



GARE AUX NOUVELLES PÉNALITÉS !

Le nouveau système de pénalités financières contre les abus, les fautes et les fraudes à l'assurance maladie, prévu dans le PLFSS 2009, vient d'entrer en vigueur et modifie donc ainsi une nouvelle fois le dispositif afin de le rendre « à la fois plus simple et plus dissuasif » pour les bénéficiaires, employeurs, professionnels de santé ou établissements.

Une procédure simplifiée au profit du Directeur de Caisse

Lorsqu'il a connaissance de faits susceptibles de faire l'objet d'une pénalité, le directeur de la Caisse d'assurance maladie adresse, par tous moyens, au médecin en cause une notification qui précise les faits reprochés et le montant de la pénalité encourue.

Il est précisé que le médecin dispose alors d'un mois, à compter de la réception de la notification, pour demander à être entendu, s'il le souhaite et pour présenter ses observations écrites. A l'issue du délai d'un mois à compter de la notification ou après audition du médecin mis en cause, le directeur a le choix entre :

- abandonner les poursuites : il en informe le médecin concerné dans les meilleurs délais.

- prononcer un avertissement dans les 15 jours (sauf en cas de fraude) en précisant les voies et délais de recours et en informant la commission des pénalités.

- saisir la commission des pénalités dans les 15 jours et lui communiquer les griefs et éventuellement les observations écrites de la personne en cause et le procès verbal d'audition. Dans ce cas, le médecin sera informé simultanément et pourra s'il le souhaite être entendu par la commission, et être assisté ou représenté par la personne de son choix.

La commission a 2 mois maximum, à compter de sa saisine par le directeur, pour rendre un avis motivé, au directeur et au médecin en cause, portant sur la matérialité et la gravité des faits reprochés, la responsabilité de la personne et le montant de la pénalité.

Il est possible, lorsque la commission estime qu'un complément d'information est nécessaire, de prolonger le délai d'1 mois. Toutefois, si la commission ne s'est pas prononcée dans les délais, l'avis sera réputé rendu.

La commission est composée de 5 membres représentant le conseil de l'organisme local d'assurance maladie et de 5 membres représentant les médecins. Une fois l'avis rendu, ou réputé rendu, le directeur peut :

- soit décider d'abandonner la procédure (dans ce cas la personne en est informée dans les meilleurs délais) ;

- soit décider de poursuivre la procédure. Il dispose alors d'un délai de 1 mois pour notifier la pénalité à la personne en cause par une décision motivée. Il en adresse une copie à la commission pour information. Cette notification de payer précise la cause, la nature, le montant des sommes réclamées ainsi que les voies et délais de recours.

A défaut de notification dans le délai d'1 mois qui suit l'avis de la commission, la procédure est réputée abandonnée.

Le médecin qui reçoit la notification de la pénalité a 1 mois pour payer. A défaut de paiement dans ce délai, il reçoit une mise en demeure.

Quels faits ? Quelles pénalités ?

Il faut savoir que les pénalités financières se cumulent entre elles. Cependant, la Caisse ne peut concurremment recourir au dispositif des pénalités et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner l'inobservation des mêmes règles.

AU SOMMAIRE

GARE AUX NOUVELLES PÉNALITÉS !

CONTENTIEUX AVEC LES CAISSES

PLFSS 2010

COMPTE MANDATAIRE DES MEDECINS EXERCANT EN CLINIQUE

MISE SOUS ENTENTE PRÉALABLE

CUMULER EMPLOI-RETRAITE : QUELLES FORMALITÉS ?

AU FIL DU JO

En cas de récidive, les taux, plafonds et montants maximaux de pénalités sont doublés pour des faits identiques ayant déjà fait l'objet d'une pénalité ou d'un avertissement notifié par un directeur de Caisse moins de 3 ans auparavant.

La Loi Hôpital, Santé, Patients et Territoires parue au Journal Officiel de cet été a étendue les sanctions financières applicables en cas de refus de soins, de dépassements d'honoraires ou de défaut d'information. Toutefois, ces dispositions ne seront effectivement applicables qu'une fois le décret d'application paru au Journal officiel.

Concernant le cas particulier de la discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins, le nouvel article L1110-3 du Code de la santé publique prévoit que ce n'est qu'en cas de carence du conseil de l'ordre et donc en l'absence de conciliation préalable que le directeur de Caisse pourra dans les 3 mois prononcer une sanction financière à l'encontre du médecin, après avoir suivi la procédure décrite plus haut.

En outre, si un médecin qui a été déjà été condamné pour discrimination, abus de dépassements, ou omission de l'information écrite préalable, récidive, il pourra être condamné à un retrait temporaire du droit à dépassement ou à une suspension de la participation des caisses au financement des cotisations sociales.

Enfin, pour ces mêmes faits, les sanctions prononcées pourront faire l'objet d'un affichage au sein des locaux de la Caisse et peuvent être rendues publiques, en cas de récidive et après épuisement des voies de recours.

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

CONTENTIEUX AVEC LES CAISSES : SAVOIR PRIVILEGIER LA TRANSACTION

Lorsque la Caisse découvre des irrégularités dans la pratique professionnelle d'un médecin, elles ont à opérer un véritable choix dans la procédure contentieuse à engager, qui dépend en grande partie des faits reprochés. Il peut s'agir d'une procédure pour recouvrement d'indus, une procédure dont le but est d'infliger une sanction financière, une procédure conventionnelle ou une plainte devant la section des assurances sociales du Conseil de l'Ordre, voire même d'une plainte au pénal.

Or, la recherche d'une transaction peut être un moyen d'éviter une procédure contentieuse. Il est en effet possible de trouver une solution amiable avec la Caisse, en dehors des tribunaux, en ayant recours à la transaction. Ce moyen juridique, qui présente de nombreux avantages, tant pour la Caisse que pour le médecin est pourtant très peu utilisé.

La solution aux litiges en dehors des tribunaux est offerte par l'article 2044 du code civil qui définit la transaction comme « le contrat par lequel les parties terminent une contestation née, ou préviennent une contestation à naître. Ce contrat doit être rédigé par écrit. »

Ainsi, la transaction apparaît comme une technique de résolution des litiges, permettant d'échapper à toute voie contentieuse. La transaction a, entre les parties, la valeur d'un jugement et a pour effet d'éteindre le droit d'agir et a pour effet de dessaisir le juge.

Quels sont les critères qui vont permettre de recourir à une transaction ?

- Concernant la nature et l'importance des faits reprochés au médecin

Tout d'abord, il faut que la Caisse ait constaté des irrégularités dans la pratique du médecin contrôlé.

De manière général, il s'agit de fautes (par exemple, erreurs de cotation) ayant entraîné un préjudice pour la Caisse. Ce préjudice sera le plus souvent de faible importance, permettant ainsi de

privilégier la voie transactionnelle à la voie judiciaire.

D'autre part, l'irrégularité constatée par la Caisse doit impérativement avoir un caractère involontaire et le médecin doit être de bonne foi.

On envisage en effet assez mal un médecin ayant commis volontairement des fraudes caractérisées, et pouvant donner lieu à une plainte pénale, bénéficier de ce mécanisme.

Ainsi, l'étude de la Caisse va porter prioritairement sur l'analyse de la nature des fautes reprochées aux médecins : sont-elles volontaires ? Involontaires ? Excusables et compréhensibles ou inacceptables ?

Il faut reconnaître qu'à ce niveau, l'analyse de la Caisse des faits reprochés relève de son seul pouvoir discrétionnaire. Néanmoins, le principe de présomption d'innocence du droit pénal doit inspirer l'attitude de la Caisse à l'égard du médecin. Si la Caisse considère que le médecin est de bonne foi, une discussion peut s'engager entre le médecin et la Caisse.

En outre, la faible importance financière de la créance de la Caisse doit conduire les parties à rechercher une procédure contentieuse et à trouver un terrain d'entente.

En pratique, la transaction est un bon moyen de mettre à terme à un litige où d'en diminuer les conséquences financières, surtout quand le médecin contrôlé s'avère être de bonne foi et qu'il accepte pour l'avenir de corriger sa pratique. Ainsi, le médecin reconnaît ses erreurs et la Caisse en contrepartie accepte de ne pas le sanctionner ou de réduire l'éventuelle sanction. La transaction n'est donc pas opportune pour tous les contentieux...



Toutefois, avant toute chose, il est nécessaire d'apprécier la nature et l'objet de la transaction mais également son

enjeu. Une transaction peut être intéressante si les faits reprochés, ne sont pas contestés par le médecin et si cela permet d'éviter une procédure contentieuse lourde. Mais il ne faut pas oublier que la caisse peut vouloir imposer, par la transaction, sa propre lecture ou interprétation de la CCAM, (ce qui pourrait entraîner des conséquences importantes) alors même qu'il existe une jurisprudence contraire favorable aux médecins.

Il est donc important que le médecin prenne l'avis d'un conseil spécialisé avant d'accepter une transaction.

- Des concessions réciproques

Il est important de rappeler en premier lieu que pour transiger, il faut être deux.

Lors de la discussion transactionnelle, la Caisse va présenter au médecin les irrégularités constatées lors de son activité. De son côté, le médecin va pouvoir présenter ses observations.

A partir de ce stade vont pouvoir commencer des négociations entre le médecin et la Caisse qui vont éventuellement pouvoir les amener à transiger.

Une transaction implique impérativement la nécessité de concessions réciproques de la part des parties (Cass.civ.1, 3 mai 2000).

Cependant, la transaction n'implique pas l'équivalence de valeur des concessions réciproques (Soc, 17 mars 1982).

Ainsi, la Caisse va renoncer à utiliser les textes permettant d'engager des actions contentieuses visant à sanctionner par la voir contentieuse le médecin. Elle peut également accepter de réduire le montant de sa réclamation, en limitant par exemple dans le temps la période contrôlée.

Le médecin quant à lui, va reconnaître ses fautes et s'engager pour l'avenir à ne plus reproduire les mêmes erreurs.

Comment formaliser la transaction ?

La transaction, formalisée par écrit, doit décrire précisément le litige en question. Elle doit également décrire les concessions réciproques des parties. L'effet de la transaction est d'éteindre toute action en justice.

Ainsi, la solution transactionnelle présente des avantages certains, l'idée dominante étant qu'« une mauvaise transaction vaut mieux qu'un bon procès ».

Elle permet de pacifier, pour l'avenir, les relations entre le médecin et la Caisse et permet d'éviter une action judiciaire incertaine et longue parfois. Enfin, la solution amiable, d'une très grande souplesse, impose peu de contraintes de procédure.

Encore une fois, il est important que le médecin soit bien conseillé pour la rédaction de la transaction, et cela même si le conseil n'apparaît pas officiellement.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
2010

PLFSS 2010 : LES PRINCIPALES DISPOSITIONS QUI VOUS CONCERNENT !

Article 39

Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI)

Le CAPI peut faire l'objet d'avenants destinés à y intégrer les objectifs fixés chaque année en matière de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie.

Article 42

Contribution de l'assurance maladie au financement du développement professionnel continu des professionnels de santé

Cette disposition vise à corriger un vide législatif en maintenant une compétence conventionnelle pour évaluer les besoins de financement du développement professionnel continu, tout en confiant en dernier ressort au collège des directeurs de l'UNCAM la compétence d'arrêter le montant annuel des contributions de l'assurance maladie.

Article 43

Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI)

Le CAPI n'est pas soumis au conseil de l'Ordre des médecins.

Article 50

Information des assurés sociaux sur les tarifs et honoraires au moyens de sites informatiques

Les sites informatiques des établissements de santé peuvent comporter des informations sur les tarifs et honoraires des professionnels de santé qui y exercent.

Article 68

Médecins cumulant emploi et retraite

Pour les médecins déjà retraités, dont l'activité s'exerce souvent à temps partiel et génère ainsi un faible revenu, la cotisation forfaitaire, qui pour les médecins s'élève (participation de l'assurance maladie déduite) à 1 320 euros par an sera remplacée par une cotisation proportionnelle aux revenus, pour les médecins en situation de cumul emploi retraite.

LE TAUX DE COTISATION AGS EST PASSE A 0,40% AU 1ER OCTOBRE 2009

Ce taux de cotisation à la charge des employeurs - après avoir été porté de 0,30% au 1er juillet 2009 - sera de nouveau relevé au 1er octobre, pour atteindre 0,40%.



« COMPTE MANDATAIRE » DES MEDECINS EXERCANT EN CLINIQUE : COMMENT CA MARCHE ?

L'exercice en établissement ne remet pas en cause l'un des principes essentiels de la médecine libérale qui suppose que le praticien perçoive directement ses honoraires.

LA FACTURATION

Cependant, et pour des raisons de simplifications administratives, la facturation de l'ensemble des prestations médicales dispensées à un patient durant son séjour en clinique, se fait sur un bordereau de facturation S3404, qui récapitule l'ensemble des prestations tarifaires de la clinique en partie haute, et celles des médecins en partie basse.

Le praticien a l'obligation de passer par le bordereau S3404 pour facturer ses honoraires. Ce bordereau est tenu, rempli et envoyé aux organismes sociaux par les services administratifs de la clinique.

Ce bordereau doit être normalement signé, comme une feuille de soins, par les praticiens concernés qui attestent ainsi de la réalité de l'acte et valide sa cotation, sauf accord avec les Caisses sur des modalités différentes et internes à la clinique, mais qui doivent permettre en tout état de cause de retrouver la validation du praticien (par exemple feuille de cotation suiveuse qui sera accrochée à la copie du bordereau restant en clinique en cas de contrôle et qui aura servi à son établissement...).

LE RECOUVREMENT DES HONORAIRES

Pour ce qui concerne le recouvrement des honoraires, deux possibilités s'offrent au médecin :

- Il peut décider de percevoir directement ses honoraires sur un compte qui lui est personnel. Attention dans ce cas à bien vérifier la cohérence entre les actes facturés et les bordereaux de virement. Le choix de cette option peut s'avérer être fastidieux dans la mesure où le praticien doit suivre après recouvrement par les services administratifs de la clinique, le paiement effectif de ses actes et prendre en charge toutes les difficultés et formalités contentieuses éventuelles

- Il peut décider de passer par un « compte mandataire ». Seul un médecin ou des médecins ou une société de médecins peuvent être désignés « mandataire honoraires médicaux ». On parle de compte mandataire lorsque l'ensemble ou la majorité des médecins de l'établissement choisissent de désigner des médecins ou de se réunir, la plupart du temps sous la forme d'une association Loi 1901, afin d'ouvrir un compte sur lequel seront versés par les caisses d'assurance maladie, l'ensemble de leurs honoraires.

FONCTIONNEMENT DU COMPTE MANDATAIRE

Les honoraires sont versés aux médecins par la Caisse directement sur le compte « mandataire honoraires médicaux ».

Concernant la ventilation des sommes dues aux médecins, le suivi du recouvrement et des relances, les médecins mandataires ou l'association mandataire titulaire du compte mandataire a le choix entre deux options :

- Soit confier cette tâche à un expert-comptable. Dans ce cas, la clinique a l'obligation de transmettre à ce dernier l'ensemble des éléments qui lui permettront de procéder à la ventilation.

- Soit mandater le personnel administratif de la clinique, mis à la disposition du mandataire pour procéder à l'ensemble de ces tâches.

La clinique est en droit de facturer aux médecins cette prestation de mise à la disposition du mandataire de son matériel, de ses moyens, de son personnel administratif par une « redevance », dont en pratique, le montant peut varier selon l'importance de la prestation entre 1,5 % à 2,5 % H.T de la valeur des actes encaissés si elle est calculée au coût réel comme cela est normalement la règle.....

Le mandat est révocable à tout moment (article 2004 du Code civil). Ainsi, le médecin peut à tout moment décider de sortir du compte mandataire. Il doit pour cela en informer la Caisse afin que ses honoraires ne soient plus versés sur le compte collectif, mais sur un compte propre, mais également informer les mandataires et les services administratifs de la clinique.

ATTENTION : le compte mandataire ne doit jamais être ouvert au nom ou par la clinique sous peine que les honoraires des médecins soient confondus avec l'actif de la clinique en cas de dépôt de bilan...

Le ou les mandataires recouvrent et perçoivent les honoraires des médecins sur le mandat donné par ces derniers. Les honoraires perçus par l'entremise du mandataire sont la propriété intangible du médecin et doivent lui être reversés. Le mandataire ne peut prélever et reverser tout ou partie des honoraires du médecin sans y avoir été expressément et préalablement autorisé par son mandant (par exemple pour payer les « redevances dues à la clinique ...) sous peine de commettre un abus de confiance pénalement répréhensible.....

« LIENS » ENTRE LA CME ET LE COMPTE MANDATAIRE

En 1994, le Conseil national a pris position sur le recouvrement des honoraires des médecins, en estimant que la conférence médicale n'avait pas vocation à recevoir, sur un compte mandataire, les honoraires des praticiens.

Par contre, la CME peut mettre en place la structure qui sera chargée de la gestion et du recouvrement des honoraires des médecins. En pratique, il arrive que l'association Loi 1901 qui gère le compte mandataire reverse à la CME les intérêts financiers générés par le placement des honoraires, selon des modalités qui doivent être prévues par les statuts ou votées par les médecins.

MISE SOUS ENTENTE PREALABLE : COMMENT BIEN SE DEFENDRE

Vous êtes un certain nombre à avoir reçu un courrier du directeur, vous indiquant que vous avez un taux de prescription d'arrêts de travail, de transport, ou d'actes significativement supérieur à la moyenne régionale, et qu'il a l'intention de mettre vos prescriptions sous accord préalable pour une période maximale de 6 mois.

QUE DIT LA LOI ?

Le texte de Loi (article L162-1-15 CSS) indique que le directeur de la Caisse peut décider, après que le médecin ait été mis en mesure de présenter ses observations et après avis de la commission « des pénalités », de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical, pour une durée ne pouvant excéder six mois les prescriptions d'arrêts de travail notamment, lorsque ses services constatent un nombre de réalisations ou de prescriptions significativement supérieur à la moyenne des réalisations ou des prescriptions constatée, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même union régionale de caisses d'assurance maladie.

Il faut savoir que la mesure administrative peut être prise sur simple constat statistique.

COMMENT SE DEFENDRE ?

Dès lors, et dans un premier temps, il vous faut demander à rencontrer le directeur de la Caisse, afin de lui expliquer de vive voix la spécificité de votre exercice par rapport aux médecins du reste du département, liée à une patientèle particulière (âgée, défavorisée...), à la densité médicale dans votre secteur (peu de médecins pour beaucoup d'habitants), à

la localisation géographique...Il faut ainsi le convaincre, au travers d'éléments détaillés liés à la particularité de votre exercice.

Vous seul pouvez trouver l'argumentation capable de convaincre le directeur que votre activité est différente et qu'ainsi, elle ne peut être comparée à celle de vos confrères.

Il est vivement conseillé de formaliser par écrit cet entretien.

QUID D'UN RECOURS ?

D'un point de vue juridique, les pénalités prévues à l'article L 162-1-14 du Code de la Sécurité Sociale ne peuvent être confondues avec la procédure d'entente préalable (L162-1-15) puisque celles-ci n'interviennent que dans un second temps, c'est-à-dire en cas de non respect par un professionnel de santé de la décision d'entente préalable prise par le service du contrôle médical.

Ainsi, la procédure de « mise sous entente préalable » ne peut être considérée comme une sanction ou une pénalité.

Les textes ne prévoient aucun moyen de recours. Toutefois, les médecins pourraient bénéficier des mêmes voies de recours que les patients auxquels on refuse l'entente préalable, à savoir recours gracieux auprès du Directeur de la Caisse, saisine de la Commission de Recours Amiable en cas d'échec du recours gracieux puis recours devant le TASS.



INDUS : C'EST AU MEDECIN DE PAYER !

Vous êtes nombreux à nous demander si les Caisses peuvent vous réclamer le remboursement de sommes induit remboursés aux patients, notamment lorsqu'un problème informatique a eu pour conséquence une double facturation.

La réponse est donnée par l'article L133-4 du Code de la sécurité sociale qui dispose qu'en cas d'inobservation des règles de tarification ou de facturation des actes, prestations, produits, ou frais de transports, « l'organisme de prise en charge recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel ou de l'établissement à l'origine du non-respect de ces règles et ce, que le paiement ait été effectué à l'assuré, à un autre professionnel de santé ou à un établissement.

Il en est de même en cas de facturation en vue du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés. »

La Caisse est donc légalement tout à fait autorisée à vous réclamer le remboursement de ces sommes.

CUMULER EMPLOI-RETRAITE : QUELLES FORMALITES ?

Vous souhaitez faire valoir vos droits à la retraite et en même temps continuer à exercer en libéral :

Vous devez :

- informer la CARMF, par lettre recommandée avec avis de réception de votre souhait de bénéficier du dispositif du cumul.

- prévenir le Conseil Départemental de l'Ordre du maintien de votre activité libérale.

Etant donné qu'il n'y a pas d'arrêt de votre activité et donc de reprise, vous n'avez pas à effectuer toutes les démarches habituelles inhérentes à une reprise d'activité auprès des organismes concernés (URSSAF, Caisses maladie).

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009 prévoit que les médecins retraités, sous réserve qu'ils aient liquidé l'ensemble de leurs pensions personnelles auprès des régimes de retraite obligatoires (de base et complémentaires, français et étrangers) dont ils ont relevé, pourront désormais cumuler entièrement leur retraite et le revenu d'une activité professionnelle à partir de 60 ans s'ils ont la durée d'assurance nécessaire pour

bénéficier d'une retraite à taux plein ou, à défaut, à partir de 65 ans.

Dans cette hypothèse, le seuil de ressources à respecter n'est donc plus applicable de même, sous réserve d'instructions ministérielles à venir, que celui de l'assiette de calcul de cotisations particulier au cumul activité/retraite.

Si vous siégiez dans une commission conventionnelle (CPL, CPR), rien ne vous empêche de continuer.

En effet, les textes concernant ces instances précisent que « seuls les médecins conventionnés n'ayant pas fait l'objet d'une mise hors convention définitive peuvent siéger dans cette instance » (point 5.3.2 et 5.3.3 de la Convention médicale de 2005).

De même, et concernant les Unions régionales de médecins libéraux, l'ancien article L4134-2 du Code de la santé publique, précisait que « les membres des unions sont élus (...) par les médecins exerçant à titre libéral en activité dans le régime conventionnel ». De même, et concernant les membres élus des Unions, l'ancien article R4134-5 disposait que « cessent d'office d'exercer leur mandat de membre de l'assemblée, les médecins qui cessent d'exercer une activité libérale dans le

cadre du régime conventionnel, pour quelque raison que ce soit... ».

Dès lors, si vous faites valoir vos droits à la retraite et continuez votre activité libérale, vous pouvez tout à fait voter lors des élections aux URML où même être élu.

Les règles relatives aux futures Unions régionales des professionnels de santé seront sensiblement identiques.



REPLACEMENTS : ATTENTION A LA TVA !

D'après les instructions fiscales du 15 mars 1977 et du 1er mars 1988, les membres des professions médicales sont autorisés à ne pas soumettre à TVA les sommes perçues dès lors que le remplacement revêt un caractère occasionnel. Cette mesure s'applique quels que soient les motifs pour lesquels le titulaire du cabinet fait appel à un remplaçant (maladie, congé, formation post-universitaire, exercice d'un mandat électif...) dès lors que le remplacement revêt un caractère occasionnel.

L'administration fiscale ne définit pas le "caractère occasionnel". Mais il semblerait en pratique que lorsque les honoraires rétrocedés dépassent 20% à 25% des recettes encaissées, le remplacement ne soit pas considéré comme occasionnel...et qu'il y ait donc la TVA à payer.

ESPACE ADHERENT

Création d'un Espace Adhérent sur le site du SMPF.

Validez votre fiche pour continuer d'être informé.

PREVOYANCE DANS LES CABINETS MEDICAUX

L'avenant n°52 relatif au régime de prévoyance du personnel des cabinets médicaux a été étendu à tous les cabinets par un arrêté du 23 décembre 2009, paru au Journal officiel du 1er janvier 2010.

Pour les salariés non-cadres, le taux de cotisation reste identique au 1er janvier 2010, à celui fixé au 1 juillet 2009, à savoir un taux de 1.8% (1,08 % à la charge de l'employeur et 0.72% à la charge du salarié). Toutefois, sachez qu'il s'agit d'un taux provisoire (le taux conventionnel étant de 2%) lié au fait qu'en 2008, les comptes du régime étaient excédentaires.

Pour les salariés cadres, à compter du 1er janvier 2010, le taux de cotisation est fixé à 2.50% de la base des cotisations.

La cotisation est répartie de la façon suivante :

- 1,70 % à la charge de l'employeur dont :
 - 0.77% affecté à la couverture du risque décès dont 0,39 % affectée à la couverture des garanties rente éducation rente de conjoint et rente handicap assurées par l'OCIRP ;
 - 0.68% affecté à la couverture du risque incapacité temporaire ;
 - 0.25% affecté à la couverture du risque invalidité.
 -
- 0,80 % à la charge du salarié dont :
 - 0.59% affecté à la couverture du risque incapacité temporaire ;
 - 0.21% affecté à la couverture du risque invalidité.



AU FIL DU JO

Journal officiel du 19 septembre 2009

Décision du 9 juillet 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**

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021049679&dateTexte=&categorieLien=id>

Journal officiel du 2 septembre 2009

Arrêté du 18 août 2009 relatif aux **émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé**

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021012051&dateTexte=&categorieLien=id>

Arrêté du 8 octobre 2009 portant extension d'un **avenant à la convention collective nationale du personnel des cabinets médicaux** (n° 1147)

JO 19/10/09

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021163442&dateTexte=&categorieLien=id>

Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale

JO 15/01/10

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021683276&dateTexte=&categorieLien=id>

Ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale

JO 15/01/10

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021683301&dateTexte=&categorieLien=id>