

Date :
18/11/1999

Origine :
AC
DDRI
DSI

Réf. :
AC n° 34/1999
DDRI n 66/1999
DSI n 25/1999
 n /

MMES et MM les Directeurs et Agents Comptables

- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des caisses Générales de Sécurité Sociale
- des Centres de Traitement Informatique

MMES et MM les Médecins Conseils Régionaux
M le Médecin Chef de la REUNION
MMES et MM les Médecins Conseils Chefs de Services des
Echelons Locaux
(Pour Attribution)

MMES et MM les Directeurs

- des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie
(Pour Information)

Plan de classement :

22	220				
----	-----	--	--	--	--

Titre :

- Télétransmission - Avenant n 1 à la Convention Nationale des Médecins
Généralistes - Modification du RCM applicable aux Médecins Spécialistes.

Résumé :

- Télétransmissions.
- Avenant n 1 à la Convention Nationale des Médecins Généralistes.
- Modification du RCM applicable aux Médecins Spécialistes.

Pièces jointes :

Liens :

Date d'effet :

Dossier suivi par :
Téléphone :

Date de Réponse :

DRPL : Marie José COTE - AC : J.J DRAY

01/42/79/33/44

01/42/79/36/87

Agence Comptable
Direction Déléguée aux Risques
Direction des Systèmes d'Information

18/11/1999

Origine :
AC
DDRI
DSI

MMES et MM les Directeurs et Agents Comptables

- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale
- des Centres de Traitement Informatique

MMES et MM les Médecins Conseils Régionaux
M le Médecin Chef de la REUNION

MMES et MM les Médecins Conseils Chefs de Services des Echelons Locaux

(Pour Attribution)

MMES et MM les Directeurs

- des Unions Régionales des Caisses d'Assurances Maladie

(Pour Information)

N/Réf. : AC n° 34 – DDRI n° 66 – DSI n° 25

Objet : - Télétransmission
- Avenant n° 1 à la Convention Nationale des Médecins Généralistes
- Modification du RCM applicable aux Médecins Spécialistes

Les caisses nationales d'assurance maladie et le syndicat MG France ont signé le 20 mai 1999 un avenant n° 1 à la convention des médecins généralistes. Cet avenant concerne la mise en œuvre du chapitre n° II de la convention, relatif à la transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge. Cet avenant a fait l'objet d'un arrêté d'approbation en date du 12 août 1999 paru au JO du 14 août 1999.

De même, un arrêté ministériel de la même date a modifié le règlement conventionnel minimum applicable aux médecins spécialistes en l'absence de convention afin d'y inclure des dispositions identiques en matière de télétransmission.

La présente circulaire précise les modalités d'application de ces textes.

I - L'obligation de télétransmission

L'article 8. I de l'ordonnance n° 96-345 du 24/04/96 a instauré une obligation à la charge tant des professionnels, que des organismes ou établissements dispensant des actes ou des prestations remboursables par l'assurance maladie. En vertu de ce texte, les professionnels de santé et plus particulièrement les médecins "doivent être en mesure d'émettre et de signer des feuilles de soins électroniques".

Afin d'aider les professionnels à remplir leur obligation, ce même article de l'ordonnance autorisait les organismes d'assurance maladie à participer, jusqu'à une date butoir, à des actions d'accompagnement de l'informatisation au bénéfice de professionnels s'engageant à télétransmettre un taux significatif de feuilles de soins électroniques, dans des conditions fixées par décret (décret n°97-373 du 18 avril 1997 et décret n°98-159 du 11 mars 1998). Il s'agit des aides aux médecins dites "FORMMEL" (du nom du fonds les finançant) ayant donné lieu à conclusion de contrats individuels entre les professionnels de santé et les directeurs des caisses primaires.

Les médecins n'assurant pas de transmission électronique devront acquitter une contribution forfaitaire aux frais de gestion dont un arrêté fixera le montant par feuille de soins papier et la date d'effet.

En application de l'article L.161-34 du code de la sécurité sociale, issu de cette même ordonnance, il appartient à la convention nationale ou à défaut au règlement conventionnel minimal, de préciser "les modalités de transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge et les sanctions en cas de non respect de ces modalités".

S'agissant des médecins généralistes, ces modalités figurent dans la convention des médecins généralistes (arrêté du 4 décembre 1998, J.O. du 5 décembre 1998) ainsi que dans son avenant n°1 (arrêté du 12 août 1999, J.O. du 14 août 1999). L'entrée en vigueur du chapitre II de la convention consacré à la "transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge" était subordonnée à celle de l'avenant précité.

S'agissant des médecins spécialistes, ces modalités figurent au chapitre VI du règlement conventionnel minimal (arrêté du 13 novembre 1998, J.O. du 14 novembre 1998) tel que modifié par l'arrêté du 12 août 1999 (J.O. du 14 août 1999).

Les médecins généralistes et les médecins spécialistes régis respectivement par la convention nationale et par le règlement conventionnel minimal doivent offrir le service de la télétransmission des feuilles de soins aux assurés sociaux(1). Il s'agit donc d'une obligation conventionnelle "réglementaire" (RCM) qui peut, autant que nécessaire, leur être rappelée ; le fait que les textes précités ne définissent pas avec précision un régime de sanction(2) n'ôte rien à l'effectivité juridique de l'obligation.

¹ Article 2-1 de la convention nationale avec les généralistes. Article 1^{er} du chapitre VI du règlement conventionnel minimal.

² Le défaut de télétransmission ne figure pas au nombre des faits susceptibles de déclencher une procédure de sanction telle que prévue à l'article 9-1 de la convention. L'Article 17 du règlement conventionnel

Cette obligation est assortie d'une condition suspensive tant pour les médecins généralistes(3) que pour les médecins spécialistes : la réunion des conditions techniques de mise en œuvre de la télétransmission. L'appréciation de ces conditions appartient, pour les généralistes, aux instances conventionnelles locales (commissions conventionnelles paritaires locales). Le dépositaire de ce pouvoir d'appréciation pour les spécialistes n'est pas indiqué par le RCM. En l'absence d'instances conventionnelles, ce pouvoir est dévolu aux organismes locaux d'assurance maladie.

Il convient de respecter cette procédure mais également de souligner que l'instance conventionnelle locale ne dispose, pour les généralistes, que d'un pouvoir consultatif. En tout état de cause, que l'avis rendu soit négatif ou absent, cette disposition n'est pas susceptible de faire obstacle à l'entrée en vigueur de l'obligation, et au versement de l'aide à la télétransmission dont le fait générateur est la feuille de soins électronique.

Bien qu'il n'existe pas de lien juridique entre l'obligation de télétransmission résultant de la convention et du RCM et les engagements issus du contrat FORMMEL(4), la notification du TO (date de fin de la diffusion de la carte Vitale aux assurés sociaux dans l'aire géographique) constitue une indication pour l'appréciation des conditions techniques. Cette notification a été opérée dans la quasi-totalité des circonscriptions des CPAM.

Par ailleurs, les conditions techniques principales (telles que la diffusion de la CPS aux médecins de la circonscription, l'existence de matériels conformes aux référentiels du GIE et aux exigences de sécurisation requises par les spécifications SESAM Vitale, l'existence de revendeurs et d'installateurs, l'existence de réseaux de transmission des feuilles de soins électroniques– en premier lieu le Réseau Santé Social, etc...) sont d'ores et déjà satisfaites dans la quasi-totalité des circonscriptions des CPAM.

En outre, il s'agit d'apprécier globalement (et de porter un avis sur) les conditions techniques in abstracto au niveau de la circonscription (délivrance des CPS, déploiement des cartes Vitale, couverture par le RSS, etc...) et non pas d'apprécier in concreto l'opérationnalité du matériel de chaque médecin (examen au cas par cas de l'installation et du fonctionnement satisfaisant du poste de travail du professionnel).

Cette procédure permet de constater à une date identique pour tous les médecins au sein de la même circonscription la réalisation de la condition suspensive de l'engagement conventionnel de télétransmission (la réunion de conditions techniques nécessaires à la télétransmission des FSE), et évite de confier à chaque professionnel de santé le soin de déterminer la date à laquelle son engagement conventionnel de télétransmission démarre (le moment à partir duquel son poste de travail est en mesure de télétransmettre).

minimal est plus large qui prévoit que "le non respect des dispositions réglementaires ou les manquements au présent règlement visent notamment..." (suit une liste non limitative de griefs).

³ Article 2-1 de la convention nationale avec les généralistes. Article 1^{er} du chapitre VI du règlement conventionnel minimal.

⁴ En vertu de ce contrat, une aide est versée en contrepartie d'un engagement de réalisation de taux de télétransmission . Le respect de ce taux est examiné à compter de la date de notification d'un TO, dont la CCPL est informée parallèlement par la CPAM ou la CGSS. Ce contrat a fait l'objet des circulaires ACCG n°24/97 du 04/11/97 consacrée au dispositif de règlement des subventions individuelles relatives aux actions d'accompagnement à l'informatisation des médecins libéraux et DRPL n°4/99 et DSI n°119/99 du 19/02/99 consacrée à la télétransmission des feuilles de soins électroniques.

II - L'équipement

La liberté de choix du matériel du médecin a été consacrée sous réserve de sa conformité aux référentiels du GIE SESAM Vitale qui rappellent notamment les spécifications fonctionnelles et techniques ainsi que les exigences de sécurité pour le système SESAM Vitale.

L'avenant n°1 à la convention nationale avec les médecins généralistes ainsi que le règlement conventionnel minimal applicable aux médecins spécialistes contiennent le terme d'“ homologation ” appliqués à des logiciels et dispositifs.

Il s'agit plus précisément de la “ conformité aux référentiels et/ou au cahier des charges SESAM-Vitale publié(s) par le GIE SESAM Vitale ” ainsi que le précise la convention conclue avec les pharmaciens d'officine sur la base de l'article L.161-34 CSS. C'est cette conformité qui est vérifiée par le CNDA au cours de sa procédure d'agrément des logiciels ainsi que par le GIE SESAM Vitale au cours de sa procédure d'homologation des matériels.

Le site web du GIE SESAM Vitale (<http://www.sesam-vitale.fr>) permet de consulter :

- ❖ la description des référentiels,
- ❖ la description de la procédure d'homologation,
- ❖ la liste des matériels homologués (liste régulièrement mises à jour),
- ❖ les modalités de marquage permettant de s'assurer de l'homologation du matériel,
- ❖ l'état d'avancement de la procédure pour les matériels ayant fait l'objet d'une demande d'homologation,
- ❖ la liste des logiciels agréés (également disponible sur le site web du CNDA : <http://www.cnda-vitale.org> ou sur minitel : 3614 CNDA),
- ❖ la liste des revendeurs.

Les médecins disposent d'une liberté de choix de leur équipement de télétransmission des FSE au sein d'un éventail de trois solutions qui reposent toutes sur la lecture simultanée de la carte CPS et de la carte Vitale :

- ❖ “ un lecteur bi-fente homologué par le GIE SESAM Vitale et connecté au micro-ordinateur du médecin, lui-même équipé d'un logiciel homologué pour la télétransmission des FSE sécurisées ” :

Des lecteurs bi-fentes homologués et des logiciels agréés sont actuellement disponibles sur le marché soit auprès des revendeurs (référencés sur le site web du GIE SESAM Vitale), soit auprès des industriels dont le matériel est homologué.

Des lecteurs acceptant la carte bancaire sont attendus sur le marché sur la fin de l'année 1999. Il convient toutefois de signaler que cette solution, même homologuée par le GIE carte bancaire, ne sera pas nécessairement acceptée par l'établissement bancaire du médecin.

- ❖ “ un matériel homologué par le GIE SESAM Vitale, spécialement dédié à la télétransmission, capable d’élaborer et d’émettre des FSE sécurisées ” :

Des dispositifs intégrés mono-applicatifs (c’est-à-dire dédiés à la seule application Sésam Vitale d’élaboration et de télétransmission des FSE) homologués sont attendus sur le marché pour la fin de l’année 1999. Ils sont susceptibles d’intéresser plus particulièrement les professionnels ayant une activité libérale importante hors du cabinet (effectuant un grand nombre de visites) ou ne souhaitant pas investir dans l’informatisation de leur cabinet au-delà de la télétransmission.

- ❖ “ toute autre solution reposant sur un dispositif de sécurisation et d’authentification des FSE intégrée dans le micro-ordinateur du médecin, sous réserve que les conditions de sécurisation soient de même niveau que celles d’un matériel homologué par le GIE SESAM Vitale, spécialement dédié à la télétransmission, capable d’élaborer et d’émettre des FSE sécurisées ” :

A ce jour, aucun dispositif homologué de ce type (qui correspond globalement au référentiel “ dispositif intégré multiapplication ” du GIE SESAM Vitale consultable sur son site web) ne se trouve disponible sur le marché. De même, aucun dispositif de sécurité sans lecteur bi-fente (c’est à dire reposant sur l’utilisation de deux lecteurs mono-fente) ne pourra être mis sur le terrain avant la fin 2000.

Pour plus d’information sur les dates d’homologation des matériels, il vous est possible de consulter le site web du GIE SESAM Vitale (<http://www.sesam-vitale.fr>).

Il convient de souligner que la mention de trois types de solutions dans les textes conventionnels ne se traduit pas obligatoirement par une commercialisation immédiate des matériels afférents, quand bien même le GIE SESAM Vitale en aurait défini les spécifications (dénommées “ référentiels ”). Les industriels ne sont en effet soumis à aucune obligation de développer toutes les solutions.

Néanmoins, il est important de noter que le médecin ne saurait suspendre le démarrage de son obligation à la télétransmission (qu’elle résulte de la convention, du RCM ou d’un contrat FORMMEL), non plus que son assujettissement à une contribution aux frais de gestion par feuille de soins papier, à la disponibilité sur le marché des trois solutions.

La télétransmission des FSE nécessite une connexion à un réseau de transmission. Le médecin dispose du libre choix du réseau. Il peut donc se connecter :

- directement au Réseau Santé Social (RSS),
- à un réseau associé au RSS,
- à un fournisseur d’accès à Internet,
- ou recourir à un organisme professionnel concentrateur technique (cette solution se combine le plus souvent avec une connexion avec un réseau associé) ; il s’agit là d’une faculté offerte au professionnel, tout

comme les deux précédentes et nullement d'une obligation. Les rapports du professionnel et de cet organisme relèvent de la stricte responsabilité du médecin.

Le correspondant Sésam-Vitale de votre CPAM ainsi que votre correspondant du Déploiement Sésam-Vitale de la CNAMTS pourront vous apporter un soutien technique adéquat dans ce domaine.

Les plaquettes d'information concernant Sésam-Vitale déjà élaborées à destination des professionnels de santé tant par les services de la Communication, du Déploiement et du Projet Sésam-Vitale de la CNAMTS ainsi que la " Foire aux questions (FAQ)" de la rubrique " Informatisation " de l'espace Professionnel de Santé du site web de la CNAMTS (<http://www.cnamts.fr>). Cette FAQ sera également consultable sur [Médi@m](#) l'intranet de l'Assurance Maladie.

III -Le traitement des incidents

La convention et le RCM précisent les modalités de transmission des feuilles de soins en cas d'incidents prévues par le décret n°97-1321 du 30 décembre 1997 (articles R.161-39 à R.161-51 CSS). La convention et le RCM distinguent les incidents survenant tant au stade de l'élaboration des feuilles de soins électroniques que de leur télétransmission.

1) Absence ou non fonctionnement de carte lors de l'élaboration de la feuille de soins électronique.

Le médecin peut élaborer une feuille de soins papier conformément à l'article R.161-47 alinéa 2 CSS. Ce support papier peut être transmis à l'organisme seul ou accompagné d'un document électronique de facturation non sécurisé via le réseau qu'il utilise habituellement pour transmettre ses FSE. Il s'agit là du mode de fonctionnement dégradé⁵ prévu pour SESAM Vitale, permettant d'élaborer un document électronique de facturation en présence de la CPS du médecin mais en l'absence de la carte Vitale de l'assuré. En pratique, l'émission de ces flux dits " dégradés " par le médecin libéral devrait rester limitée puisqu'il doit de toute façon réaliser une feuille de soins papier et qu'il ne reçoit pas d'accusé de réception logique (ARL) pour ce type de flux : le médecin ne sera amené à l'utiliser que dans le cas d'un patient habituel en tiers payant ayant oublié sa carte.

Dans l'immédiat, le recours à cette procédure " dégradée " suppose que le médecin émetteur figure dans la table option tiers de l'organisme destinataire de la FSE (comme actuellement dans le cadre de la télétransmission IRIS B2) et elle n'est donc utilisable que pour des télétransmissions limitées à la circonscription du CTI. A ce jour, du fait des contrôles figurant dans les applications centrales, faute de cette inscription du médecin dans la table option tiers, le flux " dégradé " de FSE risque d'être rejeté et le retour Noémie risque d'être impossible. La levée des blocages pour ce type de flux est à l'étude. Des instructions ultérieures sur ce point seront adressées aux CTI.

⁵ Cette procédure dégradée est également utilisée en cas de dysfonctionnement du lecteur.

Il est à noter d'ores et déjà que de nouveaux logiciels agréés conformes au nouveau cahier des charges 1.30 du GIE SESAM Vitale (incluant la CMU, les accidents du travail et la maternité) seront disponibles début 2000. Ils permettront aux médecins d'enregistrer dans leur fichier les données de la carte Vitale, afin de réaliser des flux dégradés ultérieurement s'il n'a pas été possible de réaliser une FSE (patient venu sans carte, visite à domicile sans dispositif portable).

L'article 2-5 §3 de la convention tel que modifié par l'avenant permet aux médecins référents de recourir à cette procédure dégradée de traitement des incidents pour les visites à domicile auprès de patients bénéficiant de la dispense d'avance des frais. Cette faculté leur est offerte jusqu'à ce qu'ils puissent disposer d'un matériel homologué par le GIE SESAM-Vitale nécessaire à la réalisation de FSE en situation de visite.

Il convient de distinguer le document issu de cette procédure de la véritable FSE que l'article R.161-43 alinéa 3 CSS permet de réaliser sans la signature de l'assuré " lorsque le bénéficiaire des soins n'est pas en état d'exprimer sa volonté ". L'appréciation de cette incapacité appartient à l'échelon du service médical. A priori, cette procédure doit être rarissime en cabinet médical⁶.

En cas de transmission à la même caisse de plusieurs feuilles, la convention et le RCM précisent que le médecin peut remplacer les feuilles papier par un bordereau récapitulatif conforme aux articles R 161-40 et 41 du Code de la Sécurité Sociale. Cette procédure n'est pas applicable en l'état. En effet, ce bordereau récapitulatif doit faire l'objet d'un arrêté d'homologation, lequel n'est pas publié à ce jour. En tout état de cause, les articles du code prévoient la double signature (médecin et assuré), ce qui limite l'intérêt du bordereau.

1) Duplicata (dysfonctionnement lors de la télétransmission des feuilles de soins électroniques).

L'article R.161-47 CSS permet de délivrer un duplicata dans les cas suivants :

- ❖ en cas d'échec de la réémission de la FSE (réémission obligatoire en cas d'ARL négatif ou si, dans un délai de 2 jours ouvrés après la première télétransmission, aucun ARL n'a été reçu par le professionnel⁷),
- ❖ si le professionnel n'est pas en mesure pour une raison indépendante de sa volonté de transmettre une FSE (par exemple : l'ordinateur tombe en panne ou est volé entre le moment où la FSE a été réalisée et celui où elle devrait être télétransmise).

Le médecin utilise pour ce faire une feuille de soins papier conforme au modèle cerfatisé sur laquelle il appose très lisiblement la mention "duplicata" ainsi que le motif

⁶ Des FSE sans carte Vitale sont également prévues dans le cas des laboratoires de biologie **et des médecins anatomo-cyto-pathologistes**, car ces professionnels ne voient pas toujours le patient lors des soins (article R.161-46 CSS).

⁷ Le délai de réémission est prolongé, en cas de congé du professionnel de santé, jusqu'à la date de sa première télétransmission à son retour de congé.

de sa délivrance (cf. paragraphe précédent). Ces mentions permettront donc de distinguer le duplicata délivré dans les deux cas précités de la feuille de soins papier ordinaire.

- ❖ En cas de paiement direct, ce duplicata est remis à l'assuré conformément aux dispositions de l'article R.161-47 CSS.
- ❖ En cas de tiers payant total ou partiel, le médecin adresse à la caisse le document dûment signé. Si l'assuré n'a pas été dans la possibilité de le signer, la caisse peut éventuellement demander au dit assuré d'attester la réalité des informations.

Tous contrôles a posteriori restent bien évidemment possibles.

IV - L'aide pérenne à la télétransmission

1) Le montant :

→ Le principe :

L'assurance maladie rémunère le service rendu, sur la base de 40 centimes la feuille de soins électronique.

Il s'agit de feuilles de soins électroniques élaborées, télétransmises et reçues par la caisse, conformément aux spécifications de Sésam-Vitale, et donc sécurisées. Ce qui signifie que la feuille de soins électronique est élaborée en la présence simultanée de la Carte de Professionnel de santé et de la carte Vitale. L'absence de cette dernière n'est admise, rappelons le, que dans les cas prévus par l'article R.161-43 alinéa 3 CSS "lorsque le bénéficiaire des soins n'est pas en état d'exprimer sa volonté" ou par l'article R.161-46 CSS "pour les actes et prestations effectués ou servis par les laboratoires d'anatomo-cyto-pathologistes".

Les documents électroniques de facturation élaborés selon la procédure dite dégradée ne donnent pas droit au versement de l'aide.

Le montant est calculé annuellement et plafonné à 7500 feuilles de soins électroniques.

Le montant maximal de l'aide annuelle est donc de 3000 Frs pour un médecin généraliste.

→ En 1999 :

Le montant est porté à 1 Fr. (40 centimes + 60 centimes) pour les feuilles de soins électroniques reçues entre le 1^{er} juillet 1999 et le 31 décembre 1999.

2) Comptage et modalités de versement :

Un point de collecte national sera chargé de la consolidation inter-régimes, après traitement des dernières journées comptables concernant l'exercice 1999, des données issues du SAT et des frontaux des autres régimes.

Ce point de consolidation central adressera aux CPAM un état récapitulatif du nombre de FSE télétransmises par les médecins généralistes et spécialistes de leur circonscription.

Des instructions complémentaires vous parviendront ultérieurement sur les modalités de versement de cette aide. D'ores et déjà, il convient de relever les éléments suivants.

L'aide est versée par la CPAM du lieu d'installation du médecin pour le compte de la CPAM, de la section mutualiste et de l'ensemble des régimes.

Elle est versée avant le 1^{er} mars de l'année n pour les feuilles de soins électroniques transmises aux cours de l'année n-1.

La CPAM indique dans sa notification au médecin :

- a) le nombre de feuilles de soins électroniques retenu – nombre réel ou nombre plafonné,
- b) le montant financier correspondant,
- c) les voies de recours qui, en l'espèce, sont les voies de recours de droit commun (CRA-TASS).

3) Modalités comptables et budgétaires

S'agissant de la télétransmission des feuilles de soins gérées par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie et les sections locales mutualistes, la dépense devra être prise en charge par le budget de gestion administrative de chaque organisme (Compte 626331 Frais de télétransmission médecins).

Concernant la télétransmission des feuilles de soins gérées par les autres régimes, il conviendra d'imputer la dépense dans des comptes de classe 4.

La répartition inter-régimes résultera de l'exploitation des fichiers au niveau national, en fonction du régime d'affiliation du bénéficiaire de la FSE. La facturation sera adressée par l'Agence Comptable de la CNAMTS aux régimes concernés.

Le Directeur Délégué aux Risques

Le Directeur des Systèmes d'Information

Denis PIVETEAU

Alain BOUREZ

**P/ L'Agent Comptable
L'Adjointe**

Simone RESTOUT