

Commission Exercice Libéral

MAUD CHARUEL, MARIE-PAULE LE NINAN, CÉCILE ROIRON, ANNE ROST

Ils nous ont interrogés...

Question : octobre 2015

J'exerce actuellement une activité d'orthophonie en libéral en collaboration. Avant la signature du contrat, je souhaiterais savoir s'il est justifié, légal et fréquent que des titulaires demandent à leur(s) collaborateur(s) la totale rétrocession de l'aide à la télétransmission attribuée par la CPAM pour chaque collaborateur.



Réponse :

Concernant le montant des aides à la télétransmission, l'Assurance Maladie verse plusieurs types d'aides :

- **Une aide à la maintenance : 100 € par an**
→ Condition de versement : avoir télétransmis au moins 1 FSE entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'année civile de référence.
- **Une aide pérenne à la télétransmission : 300 € par an**
→ Condition de versement : l'orthophoniste devra atteindre un taux de télétransmission en SESAM-Vitale supérieur ou égal à 70 % (taux calculé sur la période d'une année civile).
- **Une aide pour l'utilisation du SCOR : 90 € par an**
→ Condition de versement : l'orthophoniste doit adresser des pièces justificatives conformes c'est-à-dire d'une qualité de numérisation permettant l'atteinte d'un taux d'exploitabilité des pièces de 99 % à l'issue d'une période de 90 jours.

Le versement des aides à la télétransmission a lieu en mars de chaque année, au titre des FSE réalisées l'année précédente.

Vous n'avez aucune démarche à effectuer. La somme vous est versée automatiquement sur votre compte bancaire professionnel par la caisse d'Assurance Maladie de votre lieu d'exercice, pour le compte de l'ensemble des caisses d'Assurance Maladie obligatoire des différents régimes.

Dans le cas d'une collaboration, il faut effectivement discuter de la situation particulière et prendre en compte plusieurs paramètres : est-ce votre propre matériel informatique ? Votre propre logiciel de gestion ? Ou non..? C'est sans doute la titulaire qui paie la maintenance du logiciel ? À quel pourcentage se monte la rétrocession ? L'ensemble du contrat, etc...

Question : Mars 2016

Une question que nous nous posons entre collègues : une antenne d'un Centre Ressource Autisme demande à plusieurs orthophonistes du département de pratiquer des bilans (suite au départ de leur orthophoniste). Dans ce cas, ces actes hors nomenclature doivent-ils être déclarés séparément (je crois que ce n'est plus le cas pour les soins) mais là, c'est peut-être différent.

Réponse :

Les actes pratiqués dans le cas indiqué ne sont pas " hors nomenclature " puisqu'ils rentrent tout à fait dans notre champ de compétences.

Cependant, en ce qui concerne la facturation, la chose est effectivement à préciser car, suivant le mode de fonctionnement du centre ressources, c'est celui-ci qui rémunèrera les orthophonistes sur la base d'une facture (tarifs nomenclature). Le mieux serait d'ailleurs qu'il y ait une convention entre le centre et les libéraux pour poser le cadre de ces interventions...

En fait une collègue proposait un tarif forfaitaire de 150 € comprenant au moins 2 rencontres avec l'enfant et les parents + la réunion de synthèse au centre ressources. C'est l'établissement qui paie effectivement. On est dans ce cas hors convention sécurité sociale plutôt que hors nomenclature, mais en convention avec l'établissement.

Cette collègue devant arrêter son activité, l'établissement négocie avec les autres personnes du département. Ces actes peuvent-ils être déclarés comme nos rémunérations habituelles alors ?

Réponse : *Il nous paraît important de nous baser sur les tarifs de la nomenclature, c'est-à-dire le tarif du bilan, ou des séances ; la rémunération de la réunion de synthèse doit faire l'objet d'un accord avec l'établissement, et peut être évaluée au coût d'une séance ou d'un bilan.*

L'avenant 14 permet de comptabiliser ces rémunérations en tant qu'" actes conventionnés " et donc de régler des cotisations sociales s'élevant à 0,11% au lieu de 9,81% pour les actes non conventionnés. Il est donc très important de rester dans le cadre du conventionnement, tant pour le principe que pour l'aspect financier.

Se référer à nos tarifs conventionnels permet d'éviter de nous situer dans une sorte de concurrence commerciale que les établissements auraient, peut-être, envie de mettre en place.

Attention : nous ne sommes pas dans le cadre hors convention sécurité sociale, simplement c'est l'établissement qui reçoit, dans le cadre de sa dotation globale, un budget permettant de prendre en charge des soins en libéral qu'il ne peut pas assurer.

Vers un DPC

(Développement Professionnel Continu) triennal

Résultats des concertations de 2015, l'article 114 de la Loi de Modernisation de notre Système de Santé a été publié au Journal Officiel le 27 janvier 2016. Il constitue la première étape de la mise en place d'un DPC triennal et pose d'ores et déjà le cadre du dispositif de formation dédié aux professionnels de santé.

Les prochains textes réglementaires (décret, arrêtés, etc.) définiront **l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu**, pilote de ce parcours de formation, à partir des ressources et moyens de l'OGDPC.

L'Avenant n°15

L'Avenant n°15 a été signé le 30 mai 2016 ; il vient prolonger de deux ans le dispositif expérimental démographique d'installation mis en place par l'Avenant 13 du 29 mars 2012. Ce dispositif vise une meilleure répartition de l'offre de soins en proposant des aides à l'installation et au maintien de professionnels en zones sous dotées sous forme de contrats incitatifs avec aides financières.

Plus de précisions quand ce nouvel amendement sera en vigueur