

## **LES NEGOCIATIONS CONVENTIONNELLES PAR FRANCIS FAROY**

Chirurgien vasculaire à Caen - Délégation FMF

*Séance du 10/10/2012*

Une nouvelle fois, les négociations prennent une autre direction

Leur grande confusion témoigne du point de rupture du système conventionnel.

### **PROLOGUE : DEMANDEZ LE PROGRAMME !!!!**

Présentation "Surprise" des habituels documents tordus ...

### **ACTE 1: QUE VIVE LA GRANDE INQUISITION !!!!**

Présentation d'un organigramme punitif visant à impliquer le Conseil de l'ordre dans la décision de sanctionner le médecin "abuseur" ( la définition des critères d'abus, n'étant bien évidemment pas définis, dans cet organigramme le médecin est "encadré" en rouge, la CNAM en vert ...) l'avis final étant le fait du prince: le Directeur Général de l'UNCAM.

### **ACTE 2 : CORDE AU COU et PISTOLET SUR LA TEMPE !!!!**

Présentation d'un projet de texte "Avenant n°8" à la convention médicale : longue diatribe dont les contours concernant la hauteur et le volume des dépassements ne sont bien évidemment pas précisés mais :

*-Article 3* : ça commence mal : les pratiques tarifaires excessives contreviennent au "pacte conventionnel" ( ce pacte prévoyait une revalorisation des actes en fonction de l'évolution du coût de la pratique.... il n'a jamais été honoré par l'UNCAM qui nous rappelle ainsi

sa notion de "pacte")

"L'appréciation tient compte de la fréquence des actes par patient ainsi que du volume global de l'activité du professionnel de santé. elle tient également compte des niveaux d'expertises et de compétence, attestés par les titres et travaux de recherche dont les résultats font l'objet de publication régulière dans les revues médicales nationales et internationales et/ou reconnus par la profession."

Pour traduire, les plus gros dépasseurs qui stigmatise la profession (via des médias peu critiques) et qui sont le prétexte de ces négociations pourront continuer à le faire... (Il y a bien un vice logique et le but est clairement affiché, le fond du problème n'est pas derégler le problème des DP abusifs c'est bien de rendre captif la majorité.)

Les philosophes appellent ça le sophisme...

*Pour info à lire très vite)*

*Les détracteurs du sophisme (dont le plus célèbre fut Platon) estiment que, n'ayant en vue que la persuasion d'un auditoire, que ce soit dans les assemblées politiques ou lors des procès en justice, les sophistes développent des raisonnements dont le but est uniquement l'efficacité persuasive, et non la vérité, et qui à ce titre contiennent souvent des vices logiques, bien qu'ils paraissent à première vue cohérents : des «sophismes ». Les sophistes ne s'embarrassaient pas de considérations quant à l'éthique, à la justice ou à la vérité. Les psys appelle ça la paralogique. Exp de la Ferrari sur le périphérique qui roule trop vite pour les médias... limitation pour tout le monde .... sauf pour la Ferrari parce qu'elle a une licence F1...*

*Art 4* : contrat d'accès aux soins : " ce contrat a pour objectif, d'une part, de rapprocher progressivement les tarifs pratiqués des tarifs opposables. Dans cet objectif, l'assurance maladie s'engage d'une part, à aligner les tarifs pratiqués des tarifs opposables ".  
TOUT EST DIT ...

*Art 36* : Conditions d'adhésion: S2, DP permanents et 1ère installation..... et les Secteurs 1??? : NON ! circulez y a rien à voir... De toute façon ils sont déjà pris au piège

*Art 37* : les soins réalisés par les médecins qui adhèrent au contrat d'accès aux soins bénéficient des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables.... Ouf merci Madame la Caisse comme dirait Claude. Mais pour écrire une connerie pareil cela laisse penser que les patients des S2 ont du souci à se faire sur leurs remboursements futures ?????

*Art 38* : engagement du médecin : le médecin qui souscrit .... s'engage à faire bénéficier ses patients de l'amélioration du tarif de remboursement des soins.

A cet effet, le contrat d'accès aux soins permet de diminuer progressivement, sur une durée de trois ans, le taux de dépassement au fur et à mesure de la mise en oeuvre de la revalorisation des tarifs de remboursement... ET MON CUL ... avec 140 milliards de dettes aux fesses l'assurance maladie à d'autres chats à fouetter que la revalorisation des honoraires médicaux (connerie, aveuglement, perfidie, phénomène hallucinatoire ???)

### Art 38,1

Le contrat ne peut pas comporter d'engagement de taux de dépassement supérieur à X % ????

Nous sommes pourtant en négos mais la valeur de l'inconnue X a du mal à sortir... ça sent le gravier dans la godasse....

"pendant la durée du contrat, les évolutions des tarifs de remboursement donnent lieu à un avenant au contrat d'accès aux soins soumis au médecin. Cet avenant comporte le taux de dépassement recalculé en fonction des nouveaux tarifs de remboursement modifié conformément aux dispositions de l'annexe XIX " ??????? A l'évidence il y a encore un loup, et quand il y a un loup...c'est flou, où plutôt cela devient très clair.

Tout ça empeste la géométrie variable et à plus ou moins long terme ce secteur deviendra un secteur 1 Bis

### Art 39 :

*A compter de son adhésion au contrat d'accès aux soins, le médecin reçoit chaque trimestre des documents de sa pratique tarifaire : suivi du respect du taux d'activité réalisé à tarifs opposables, de la non augmentation de la pratique tarifaire et du taux de dépassement tels que définis à l'article 38.*

*Si à l'issue de deux trimestres consécutifs, la caisse constate le non respect par le médecin de l'un ou l'autre des engagements souscrits dans le cadre du contrat d'accès aux soins, elle lui adresse un courrier d'avertissement signalant d'une part, les anomalies constatées et d'autres part, le fait que si le non respect des engagements est constaté à l'issue des années civile une procédure de résiliation de l'adhésion est*

*susceptible d'être mise en oeuvre dans les conditions de l'article 40.*

*Avant même de savoir si son contrat est attractif, la caisse ne peut calmer son ardeur de contrôle et de sanction.... Atterrant à défaut d'être Attirant...*

#### *Article 40*

Le médecin ayant adhéré au contrat d'accès aux soins peut à tout moment revenir sur ce choix... Ben voyons beaucoup de S1 Anciens Chefs de clinique - assistants ont le souvenir d'avoir jadis signé un truc qui ressemblait à s'y méprendre à cette phrase empoisonnée. Il sont plus de 20 ans après toujours captifs...

Ensuite jusqu'à la fin du texte, ce sont les conditions suspensives et vexatoires du présent contrat qui sont exposées afin d'attirer n'en doutons pas plein de Secteur 2 suicidaires...

### **ACTE 3 : Entrée du cavalier blanc (enfin gris clair...) : l'UNOCAM (unions des assurances complémentaires)**

**" A nous deux infâme !!! "**

Après un long monologue Shakespearien digne de Richard III qui a permis à bon nombre d'aller pisser ou de boire un café.

Sauf Chassang qui faisait une rotation cervicale appuyée de 180 ° en direction d'Henry avec un bassin parfaitement dans l'axe (demain je vais chez l'ostéo... thésé off course).

Henry lâche un :

"Je vous ai compris", aussi ambigu que tranchant comme une lame dans le thorax d'un Rocky sidéré.

"l'UNOCAM accepte de couvrir le reste à charge des assurés sociaux dans des limites fixées **y compris pour les médecins en S1 +++++** ça , ça brille dans le gris de cette journée d'octobre.

" On va voir on va voir, ça n'était pas prévu" répond le grand inquisiteur en personne Van Roekhegem, plus que surpris par cette tentative de old-up ( old-up je trouve ça pas mal, ça me rappelle notre système de retraite....) de son cher pré-carré de médecins S1 prisonniers... Lui qui comptait augmenter le Cheptel ....ce coup de théâtre l'UNOCAM ( innocence, marre de jouer les second rôle ???, vengeance du milliard annuel confisqué par "l'état de droit"?) est en fait le principal coup de théâtre de la journée....

## **EPILOGUE :**

Ce que chacun souhaite

**Rocky et les politiques...** casser le S2 et le transformer en un S1 bis, cela ira assez vite. Ne pas toucher au S1, "les médecins gagnent bien leur vie" dicit MST (MariSole Tourraine) il est vrai qu'actuellement les généralistes français sont au niveau de leur collègue tchèques (OCDE 2012), le but à atteindre étant probablement le niveau Roumain ... .

Le rêve du système national de santé prend forme petit à petit avec une médecine low-cost totalement administrée

Il y avait tellement longtemps que la fine fleur administrative en rêvait.

La dégringolade démographique n'est absolument pas leur problématique, au contraire... que d'économies en perspectives... Leur unique soucis demeure l'ardoise de 100 Milliards de dette de l'assurance maladie.

C'est pour cela que le S1 doit coûte que coûte perdurer, c'est le meilleur moyen de brûler la "verrue" médecine libérale.

Rocky à chaque séance s'assoit sur son abcès de fesse : les accords chirurgicaux d'août 2004 ( jamais appliqués) sur lequel nous appuyons à chaque réunion.

Sa sophistication prend du plomb dans l'aile, car pour persuader, la première des vertus est la crédibilité, et là ..... et puis il n'y a aussi remember, C=Cs, le C à 23, la convention de 90, l'amendement Vasselle etc.... Que de rustines nécessaires pour maintenir à flot ce vieux rafiot qu'est devenu l'assurance maladie

**L'UNOCAM** : quant à elle a compris que nous avons compris....

L'assurance complémentaire dans ce pays s'est du flan pour les assurés et le Jack-pot pour les assureurs qui n'assurent en fait rien du tout. Il en va désormais de leur crédibilité et de la justification de leur existence

C'est pour cette raison qu'il était nécessaire de leur rappeler :

"Si vous solvabilisez la réévaluation des honoraires de secteur1 c'est très bien car , comme vous ne prenez pas en charge les dépassements d'honoraires, on va enfin pouvoir expliquer à nos patients à quoi vous servez....."

**Les S1** : une bouffée d'air dans ce système sclérosé ad "vitale" , sans aucune possibilité économique de réévaluation en respect avec le "pacte conventionnel"

C'est là que se situe le noeud du problème car pour la prochaine séance car Rocky ne lâchera pas. Ces intentions vont devenir cette fois très claires.

Cette éclaircie pour les S1 est du hors sujet pour lui. Il veut d'ailleurs

négozier à huis-clos avant le 17 avec l'UNOCAM.... les gros bras de la CFDT/CGT se chargeront ils d'expliquer à l'UNOCAM que de toucher à leur robinet d'oseille conventionnelle n'est pas sans risque... Surtout qu'on les retrouve aussi dans le gestion des plus grosses mutuelles, je te tiens, tu me tiens....

Le milliard confiscatoire, les complémentaires l'ont encore en travers de la gorge et la donne a changé.

Rocky a lâché, "c'est à cause du milliard, vous voulez qu'on essaie de faire quelque chose?" et Henry de répondre "Non, non ce n'est pas ça..."

**Les S2** : dernier rempart de l'exercice libéral voient toute tentative de prise de contrôle de l'assurance maladie comme une guerre d'agression en phase 1 et d'extermination ensuite. La confiance est au niveau - 12.

La charge des médias du siècle passé ( une presse qui n'est plus crue, n'est plus lue, les médias aujourd'hui sont blogosphériques, Facebook, Twitter, TF1 c'est pour Pappy après la soupe en buvant la camomille) est un bien modeste chiffon rouge, car **jamais** durant ces négociations le fameux problème de l'accès aux soins pour des raisons de tarifs n'a été clairement prouvé jamais le problème du coût réel de l'acte n'a été réellement abordé.

Pour vérifier leur bonne foi , il faut donc demander.

- 1) L'application des accords d'août 2004 avec comme priorité le points 9
- 2) La valorisation du Secteur 1 par les complémentaires.
- 3) Pas touche au S2, son attaque est un leurre



il peut-être très facilement solvabilisé à 4 fois le tarif opposable (grâce à une éducation assurantielle de la population.) avec garantie hospitalisation (Cf : ma facture [santé.com](http://santé.com))

exp:- [hospiassur.com](http://hospiassur.com) : 80 euros/an à 40 ans, 117 à 60 ans Hospi et DP à 150 %

- [hospiassur.com](http://hospiassur.com) : 252 €/an à 40 ans, et 264 €/ an à 60 ans DP 400 %

## **L'ORIGINE DE CES NEGOCIATIONS EST UN FAUX, UNE INTOXICATION POLITIQUE.**

Parce que les députés sont confrontés à des patients qui découvrent l'effondrement de notre système de protection sociale et le reste à charge,

Les patients veulent aujourd'hui les explications du mensonge d'une santé gratuite en échange de leur obligation à "cotiser" très chèrement sur toute une vie pour une garantie qui n'existe plus. Cette garantie s'est transformée en une dette colossale de 100 milliards d'euros grâce à l'expertise économique des gestionnaires qui en avaient la charge et au manque de courage politique.

Plutôt que de le résoudre de façon réaliste le problème de fond on en invente un autre, ridicule comparé au déficit à relever.....

Tatcher aurait dit "rendez-moi mon argent....." les français sont dans la même situation...

On leur répond : c'est la faute aux S2

Le S2 n'est qu'un symptôme visible de la maladie

Leur traitement sera donc symptomatique.