



AVENANT N° 8

Médecins généralistes et spécialistes libéraux (secteurs 2 et 1 avec DP)

Docteur,

Le nouvel avenant à la convention médicale vous propose de vous engager en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins de vos patients en adhérant au Contrat d'accès aux soins.

Selon l'IGAS, l'accès aux soins est rendu difficile pour des raisons financières uniquement pour les prothèses et implants dentaires et la lunetterie.

L'accès aux soins en médecine est parfois problématique, uniquement pour des problèmes de démographie et de délai d'attente. Adhérer aux contrats d'accès aux soins ne changera pas cette réalité.

Dans un contexte économique difficile, il importe en effet que les professionnels de santé et l'Assurance maladie agissent de concert pour préserver l'accès aux soins des assurés, tout particulièrement ceux dont les revenus sont les plus modestes.

Les professionnels de santé Français ont déjà accepté de prendre en charge les patients étrangers en situation irrégulière ou en attente de régularisation (patients AME) et les patients étrangers en France depuis plus de 3 mois ou les Français aux revenus modestes (revenus <661€/mois)

source : <http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Plafonds.pdf>.

Cela représente déjà 7 millions de patients. Ces patients les plus modestes sont déjà pris en charge au tarif opposable et en tiers-payant.

Le gouvernement vient de décider que les 5 millions de Français qui ont des revenus < 893 €/mois pouvant bénéficier d'une Aide à la Complémentaire Santé (Loi HPST) doivent avoir accès aux soins en tiers payant au tarif opposable.

Ils rejoignent donc les 7 millions de CMU-C-AME, soit 12 millions de patients qui seront reçus en tiers payant et au tarif opposable.



Selon la Convention de Juillet 2011, tout patient soigné en urgence quelques soient ses revenus, est pris en charge en Tiers-Payant.

L'état va donc financer 5 millions de complémentaires santé (Tarif Moyen 600 €) soit 2 à 3 milliards d'euros, pour que les médecins reçoivent ces patients en Tiers-Payant.

A quoi serviront donc ces complémentaires ???? 3 milliards d'euros représentent par exemple 8 ans de compléments d'honoraires des chirurgiens.

Dans le même temps aucune modération n'est demandée aux complémentaires, dont les tarifs augmentent chaque année de 6-8 %. Les complémentaires sont passées progressivement de 17 milliards de chiffre d'Affaires en 2001 à 40 milliards en 2012 !

Le contrat d'accès aux soins permet de réduire le reste à charge de vos patients en revalorisant les tarifs de remboursement. Dans le cadre du contrat, vous vous engagez sur la durée du contrat à stabiliser votre pratique tarifaire et à maintenir ou augmenter votre part d'activité réalisée à tarif opposable.

Le reste à charge des patients est financé uniquement par la diminution des honoraires que consentiraient les médecins qui adhèreraient au CAS.

Il n'y a aucune revalorisation du tarif opposable, tant au niveau de la consultation de spécialistes qu' au niveau des actes.

Les médecins adhérant au CAS, s'engagent à avoir des pratiques tarifaires inférieures à celles qu'ils réalisaient l'année précédente.

Ils s'engagent aussi à augmenter le nombre de patients en tiers payant au tarif opposable

Le médecin s'engage aussi à diminuer progressivement le reste à charge de toute sa patientelle (article 38). Il est précisé que les revalorisations du tarif opposable ne seront possibles que si la croissance économique du pays le permet et si l'ONDAM, voté par le parlement le permet. Rappelons que l'ONDAM n'a pas évolué depuis 2005.



La CCAM technique devrait évoluer sur 3 ans comme cela avait été promis en 2004 !!! La CCAM technique revalorisée se dérouler en 3 étapes : 1er juillet 2013, 1er mars 2014 et 1er janvier 2015. En échange, l'assurance-maladie s'engage à revaloriser les forfaits pour les médecins traitants avec une enveloppe de 150 millions d'euros récupérée sur les baisses des actes d'anesthésie, d'ophtalmologie, de radiologie et d'imagerie... Ainsi la consultation des médecins de secteur I et des médecins adhérant au contrat d'accès aux soins est revalorisée de 5 euros pour les patients de plus de 85 ans au 1er juillet 2013, et de 5 euros pour les patients de plus de 80 ans au 1er juillet 2014.

Rappelons que ces majorations avaient été promises aux médecins depuis plusieurs années étant donné que la convention de 2005 et la convention de juillet 2011 n'ont pas revalorisé le tarif opposable.

Aujourd'hui donc, valorisation du tarif opposable pour les personnes très âgées en contrepartie d'un contrôle des dépassements d'honoraires ! Majoration de 5 euros pour les pédiatres qui prennent en charge des grands prématurés. Et revalorisation pour les médecins généralistes qui prennent en charge des patients fragiles en sortie établissement, avec une majoration de cinq euros.

Vos patients pourront ainsi bénéficier des mêmes bases de remboursement que lorsqu'ils consultent un médecin de secteur 1. Quant à vous, le contrat vous permet de bénéficier des différentes revalorisations mises en place pour les activités cliniques et techniques, ainsi que d'une participation à la prise en charge de vos cotisations sociales pour la part d'activité réalisée à tarif opposable.

Les patients bénéficient déjà des mêmes bases de remboursement lorsqu'ils consultent un médecin de secteur 1 ou un médecin de secteur 2. Seuls les honoraires complémentaires seront remboursés par les complémentaires, en fonction du contrat du patient.

Il n'a jamais été précisé dans l'avenant 8 que les médecins adhérant aux CAS pourraient coter pour tous MCS et MTC en dehors des patients pris en charge en tiers payant. Pour les médecins adhérant au contrat



d'accès aux soins, ils bénéficieront d'une prise en charge de leurs cotisations sociales de 6 %, uniquement pour les actes au tarif opposable, mais pas pour les autres actes.

Votre délégué de l'assurance maladie va prendre prochainement contact avec vous pour vous proposer un rendez-vous qui sera l'occasion de vous présenter en détail les avantages du contrat d'accès aux soins.

L'assurance maladie va contacter l'ensemble des médecins de secteur 2 pour les pousser à adhérer au contrat d'accès aux soins car ce dernier ne pourra voir le jour que si 30 % des médecins de secteur 2 adhèrent, soit plus de 10 000 praticiens (sur les 30 000).

Car contrairement à ce qui est écrit sur certains sites de médecins de syndicats signataires, seuls les médecins de secteur 2 ont droit au contrat d'accès aux soins et les médecins de secteur 2 à petit dépassement, ne pourront pas les majorer.

Parallèlement à ce nouveau dispositif contractuel, l'avenant à la convention médicale met en place un dispositif de régulation des pratiques tarifaires excessives. Ces pratiques sont le fait d'un nombre très limité de praticiens mais elles impactent négativement l'image de notre système de soins.

Le dispositif contractuel de contrôle des pratiques tarifaires excessives fait disparaître le tact et mesure, sous contrôle du conseil de l'ordre des médecins.

Les commissions paritaires régionales et nationales seront composées des médecins de l'assurance-maladie en parité égale avec des médecins signataires de la convention médicale. À ce jour, les confrères ont exprimé, au niveau national, leur volonté de ne pas siéger dans ces "tribunaux d'exception", sauf qu'au cours des 2 dernières CPN statuant en appel sur le cas de médecins en secteur 1 pratiquant des dépassements TOUS les syndicats en dehors de la FMF ont voté des sanctions !



Rappelons que pendant les négociations conventionnelles, la CPAM a reconnu que sur plus de 30 000 médecins exerçant en secteur 2, seuls 160 seraient en pratiques tarifaires excessives.

Alors pourquoi déclencher une telle machine de guerre pour moins de 0,1 % de confrères ?

La procédure retenue a été définie de façon à ce que la faculté de sanctionner ne soit utilisée qu'en dernier recours, les praticiens concernés, dûment informés au préalable, ayant l'opportunité de modérer leurs tarifs au cours des échanges prévus dans l'avenant. Celui-ci garantit aux médecins que la Caisse recueillera leurs observations, soit écrites, soit exposées au cours d'un entretien avec le Directeur.

Une nouvelle fois, l'assurance maladie promet de ne sanctionner qu'en dernier recours comme par le passé. Cependant, la sanction n'est pas levée par l'appel, la sanction immédiate correspond au déconventionnement.

Médecins du secteur 2, ne croyez pas que le 150 % est une valeur de référence pour tous !! Le 150 % est la valeur maximale autorisée pour ceux pratiquant déjà des dépassements au delà des 150 %. Tous les autres en dessous ont interdiction, comprendre "sans adhérer au CAS", de dépasser cette valeur seuil.

L'avenant 8 prévoit de décliner la pratique tarifaire, territoire de santé par territoire de santé, spécialité par spécialité ; ainsi donc, la pratique tarifaire excessive n'est pas le niveau maximum de 150 % mais il est le niveau pratiqué par la moyenne des praticiens de votre spécialité dans votre secteur sans dépasser 150 %

Il garantit également l'examen de leur situation personnelle par la Commission Paritaire Régionale conventionnelle, dont l'avis détermine les limites maximales de la sanction prononçable par le directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie.



Vous pouvez vous procurer le texte exhaustif de l'avenant n°8 à la convention médicale sur le site www.ameli.fr. Vous y trouverez des précisions sur le contrat d'accès aux soins et le dispositif de régulation des pratiques tarifaires excessives, notamment le préambule qui indique un taux de dépassement de 150% comme valeur repère. L'article 3 définit les critères permettant d'apprécier la pratique tarifaire et l'article 11 précise la procédure applicable. Vous pourrez par ailleurs consulter prochainement sur Espace Pro votre fiche profil tarifaire, qui comporte notamment le détail de votre taux moyen de dépassement et une simulation des avantages financiers qu'induirait votre adhésion au Contrat d'accès aux soins.

En 1960 , signature de la première convention : la caisse d'assurance-maladie s'était engagée à revaloriser deux à trois fois par an les tarifs médicaux en fonction de l'inflation : parole jamais respectée !

En 1980 à la création du secteur 2 pour compenser l'incapacité de l'assurance-maladie à valoriser les tarifs opposables, au minimum comme l'inflation, avec un choix toujours ouvert : parole jamais respectée !

En 2001 avec l'avènement de la CCAM technique qui devaient valoriser nos actes : parole jamais respectée !

En 2004 le syndicat des chirurgiens Français a signé un accord historique permettant aux chirurgiens bloqués en secteur 1 de pouvoir choisir à nouveau le secteur 2 et valorisation de 12 % de plus des actes : parole jamais respectée !

En 2005 et en 2011 l'assurance maladie, lors des négociations conventionnelles, s'est engagée à revaloriser les tarifs opposables : parole jamais respectée !

Les principes de sélection des pratiques tarifaires susceptibles d'être examinées, déterminés par le Directeur général de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) après avis de la Commission



Paritaire Nationale du 31/01/2013, sont présentés en annexe du présent courrier.

Afin de tenir compte des efforts de modération réalisés par les médecins concernés à la suite de la publication de l'avenant, les services de l'Assurance Maladie étudieront, dans un premier temps, les informations recueillies à compter des mois de mars et avril 2013 .

Je vous invite à porter dès à présent une attention particulière aux dispositifs conventionnels introduits par l'avenant n°8, et particulièrement au Contrat d'accès aux soins. Mes services se tiennent à votre entière disposition pour vous apporter tout renseignement complémentaire relatif à ce contrat et aux modalités d'adhésion.

Vous remerciant d'avance pour votre implication, je vous prie d'agréer, Docteur, *l'expression* de ma considération distinguée.

Le Directeur,