

Avenant 8 du 26 octobre 2012 de la Convention Médicale 2011

Sous-titre 3 Contrat d'accès aux soins

Afin de favoriser l'accès des patients à des soins aux tarifs opposables et de réduire leur reste à charge, un contrat d'accès aux soins est proposé à l'ensemble des médecins qui sont autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires d'un droit permanent à dépassement.

Ce contrat a pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en développant l'activité à tarif opposable et en améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie. Dans cet objectif, l'assurance maladie s'engage d'une part, à aligner les tarifs de remboursement de ces médecins sur ceux exerçant en secteur à honoraires opposables et d'autre part, à faire bénéficier les médecins souscrivant au contrat d'accès aux soins des revalorisations des tarifs de remboursement applicables aux médecins exerçant en secteur à honoraires opposables.

L'objectif est de favoriser l'activité à tarifs opposables et l'attractivité du contrat d'accès aux soins.

L'UNOCAM s'engage à consacrer des ressources allant au-delà des sommes naturellement appelées par le mécanisme du ticket modérateur au financement de tarifs opposables réévalués dans le secteur à honoraires opposables et le contrat d'accès aux soins, afin de répondre aux besoins de santé des adhérents et assurés des organismes complémentaires d'assurance maladie et de réduire leurs restes à charge. Les partenaires conventionnels conviennent de définir les modalités de ce nouveau dispositif dans les meilleurs délais.

L'UNOCAM s'engage à inciter les organismes complémentaires d'assurance maladie, lorsque les garanties ou les contrats le prévoient, à prendre en charge de façon privilégiée les dépassements d'honoraires des médecins adhérent au contrat d'accès aux soins pendant la durée de celui-ci.

Article 35.3. Pratique tarifaire des médecins exerçant en secteur à honoraires différents et titulaires du droit à dépassement permanent

Les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents et les médecins titulaires d'un droit à dépassement permanent fixent et modulent le montant de leurs honoraires à des niveaux permettant l'accès aux soins des assurés sociaux et de leurs ayants droit.

En outre, dans le contexte actuel de croissance économique faible, ces médecins s'engagent à modérer leur pratique tarifaire pendant la durée de la présente convention afin de garantir l'accès aux soins.

De plus, en sus des situations déjà prévues par les textes réglementaires et la convention médicale (situations d'urgence médicale et soins délivrés aux patients bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire), les médecins susmentionnés pratiquent leurs actes aux tarifs opposables, pour les patients disposant de l'attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) définie à l'article L.863-3 du code de la sécurité sociale.

Article 35.4. Engagement de l'assurance maladie sur l'accessibilité au dispositif ACS

L'assurance maladie met en œuvre les moyens nécessaires pour :

- favoriser l'accès au dispositif de l'ACS (information sur les critères d'accessibilité, accompagnement dans les démarches, amélioration des délais de traitement des dossiers, etc.) des assurés sociaux remplissant les critères d'éligibilité ;
- apporter aux médecins libéraux l'information nécessaire sur leurs patients disposant de l'attestation de droit à l'ACS

Article 36. Mise en place du contrat d'accès aux soins

Peuvent adhérer au contrat d'accès aux soins les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents, les médecins titulaires du droit à dépassement permanent et les médecins titulaires des titres visés à l'article 35.1 permettant d'accéder au secteur à honoraires différents et qui s'installent pour la première fois en exercice libéral.

Pour les médecins visés à l'alinéa précédent et installés antérieurement au 1^{er} janvier 2013, l'adhésion au contrat d'accès aux soins est ouverte durant la période du 1^{er} janvier 2013 au 30 juin 2013.

L'objectif du présent avenant est que la grande majorité des médecins éligibles choisissent d'adhérer au contrat d'accès aux soins. Celui-ci entre en vigueur au 1^{er} juillet 2013, sous réserve qu'au moins un tiers des médecins éligibles au contrat d'accès aux soins y aient adhéré. Les partenaires conventionnels peuvent toutefois convenir, par voie d'avenant, d'un aménagement de ce seuil au vu des résultats constatés. A défaut d'avenant au 1^{er} juillet 2013, la période d'adhésion et la date d'entrée en vigueur sont repoussées jusqu'à ce que ce seuil d'un tiers soit atteint.

Les médecins visés au 1^{er} alinéa du présent article et qui s'installent postérieurement au 1^{er} janvier 2013 disposent d'un délai de six mois pour adhérer au contrat d'accès aux soins.

Sous réserve de l'entrée en vigueur du contrat d'accès aux soins dans les conditions mentionnées ci-dessus, les médecins titulaires des titres visés à

l'article 35.1 et installés antérieurement au 1^{er} janvier 2013 peuvent adhérer au contrat d'accès aux soins.

Après l'entrée en vigueur du dispositif du contrat d'accès aux soins, le médecin éligible peut adhérer à tout moment au contrat.

Article 37. Tarifs de remboursement applicables aux soins réalisés par les praticiens adhérant au contrat d'accès aux soins

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.

Article 38. Adhésion au contrat d'accès aux soins et engagements du médecin

Le médecin qui souscrit le contrat d'accès aux soins 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 reste à charge des patients au fur et à mesure de la mise en œuvre de la revalorisation des tarifs de remboursement et de la baisse des dépassements.

Article 38.1. Engagements et modalités d'adhésion au contrat d'accès aux soins

Engagements du médecin

Les caisses mettent à disposition de chaque médecin éligible au contrat d'accès aux soins un état de sa pratique tarifaire de l'année 2012. Cet état comporte les tarifs pratiqués par le médecin pour les principaux actes qu'il réalise, la part des actes réalisés aux tarifs opposables ainsi que le taux de dépassement constaté en 2012. Par ailleurs, le médecin est informé du taux de dépassement qui aurait été le sien si les actes avaient été réalisés par un médecin exerçant en secteur à honoraires opposables (taux de dépassement recalculé).

Les modalités de calcul du taux de dépassement sont définies en annexe XIX.

En adhérant au contrat d'accès aux soins, le médecin s'engage à ne pas augmenter sa pratique tarifaire et à respecter le taux de dépassement moyen recalculé tels que définis au 1^{er} alinéa du présent article. Le contrat ne peut pas comporter d'engagement de taux de dépassement recalculé, tel que défini à l'article 2 de l'annexe XIX, supérieur à 100 %.

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

Avenant conventionnel N°8 du 26 octobre 2012 : ACS

fonction des nouveaux tarifs de remboursement modifié conformément aux dispositions de l'annexe XIX.

Le contrat comporte, par ailleurs, dans un souci d'amélioration d'accès aux soins, le pourcentage d'activité aux tarifs opposables que le praticien s'engage à respecter. Ce pourcentage qui inclut les cas visés l'article 35.3 de la présente convention (situations d'urgence médicale, patients en CMUC ou disposant de l'attestation de droit à l'ACS) doit être supérieur ou égal à celui constaté pour l'année 2012.

Cas particulier des médecins nouvellement installés depuis moins d'un an

Les médecins nouvellement installés depuis moins d'un an peuvent adhérer au contrat d'accès aux soins. Dans ce cas, le taux de dépassement applicable ne peut être supérieur à la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement constatée pour les médecins éligibles au contrat d'accès aux soins de la même spécialité et de la même région, à l'exception des spécialités d'anatomo-cytopathologie, de gériatrie, de médecine interne et de néphrologie pour lesquelles le taux national est retenu. Les médecins s'engagent la première année sur une part minimale d'actes à tarif opposable incluant les cas visés à l'article 35.3 de la convention et progressent régulièrement pour atteindre, à l'issue du contrat, le taux d'activité à tarif opposable correspondant à la moyenne des taux constatée définie selon les mêmes règles que le taux de dépassement.

Cas particulier des médecins titulaires des titres visés à l'article 35.1 n'exerçant pas dans le secteur à honoraires différents ou non titulaire du droit permanent à dépassement et installés avant le 1^{er} janvier 2013 :

Le taux de dépassement applicable à ces médecins ne peut être supérieur à la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement constatée pour les médecins éligibles au contrat d'accès aux soins de la même spécialité et de la même région, à l'exception des spécialités d'anatomo-cytopathologie, de gériatrie, de médecine interne et de néphrologie pour lesquelles le taux national est retenu. La part d'activité à tarif opposable est fixée selon les mêmes règles sans pouvoir être inférieure à 30%.

Modalités d'adhésion et durée du contrat d'accès aux soins

Le médecin déclare son souhait d'adhérer au contrat d'accès aux soins auprès de la CPAM ou CGSS de son lieu d'installation, dans les conditions définies à l'article 36, par le biais d'un formulaire type dont le modèle figure à l'annexe XVIII qu'il adresse à la caisse du lieu d'implantation de son cabinet principal par lettre recommandée avec accusé de réception. Est joint au formulaire un état de la pratique tarifaire du médecin sur l'année 2012 établi conformément aux dispositions du 1^{er} alinéa du présent article.

Avenant conventionnel N°8 du 26 octobre 2012 : ACS

La caisse enregistre l'adhésion à la date de réception de cette lettre et adresse au médecin un courrier attestant cet enregistrement.

L'adhésion au contrat d'accès aux soins est valable pour une durée de trois ans.

Article 38.2. Prise en compte de l'activité à tarif opposable

Les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations sociales dues par le médecin adhérent au contrat d'accès aux soins au titre de ses honoraires en application des articles L. 242-11, L. 612-1, L. 645-2 et L. 722-4 du code de la Sécurité sociale.

Cette prise en charge s'effectue dans les conditions définies aux articles 60 et suivants et à l'annexe XX sur la part des honoraires du médecin réalisée aux tarifs opposables.

Article 38.3. Prise en charge par les organismes complémentaires

L'UNOCAM s'engage à inciter les organismes d'assurance maladie complémentaires à prendre en charge de manière privilégiée les dépassements d'honoraires des médecins adhérent au contrat d'accès aux soins, lorsque le contrat complémentaire prévoit une prise en charge de dépassement.

Article 39. Modalités de suivi des engagements

A compter de la date d'adhésion au contrat d'accès aux soins, le médecin reçoit, chaque trimestre, des documents de suivi de sa pratique tarifaire : suivi du respect de son taux d'activité réalisé à tarifs opposables, de la non augmentation de sa pratique tarifaire et son 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'autre part, le fait que si le non respect des engagements est constaté à l'issue d'une année civile, une procédure de résiliation de l'adhésion est susceptible d'être mise en œuvre dans les conditions définies à l'article 40.

Article 40. Modalités de résiliation

Article 40.1. Modalités de résiliation par le médecin

Le médecin ayant adhéré au contrat d'accès aux soins peut revenir sur ce choix à la date anniversaire du contrat ou, si un avenant a été conclu en application de l'article 38.1, à la date anniversaire de celui-ci. Dans ce cas,

Avenant conventionnel N°8 du 26 octobre 2012 : ACS

il informe la CPAM ou la CGSS de son lieu d'installation, par lettre recommandée avec avis de réception. Cette résiliation est effective un mois après la réception du courrier par la caisse et à compter de cette date le médecin perd les avantages conférés par le contrat.

Article 40.2. Modalités de résiliation par la caisse

La caisse qui, dans les conditions définies précédemment, constate à l'issue de chaque année civile telle que définie à l'article 38, le non-respect par un médecin de ses engagements adresse un courrier par lettre recommandée avec accusé de réception notifiant les anomalies constatées et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

La procédure prévue au présent article s'applique également en cas de constatation par la caisse, dans un délai de deux mois après l'envoi par la caisse de la proposition de l'avenant prévu à l'article 38.1, de l'absence de signature du médecin. La caisse adresse à l'issue de ce délai un courrier par lettre recommandée constatant l'absence de signature de l'avenant au contrat.

Le médecin dispose d'un délai de deux mois à compter de la réception des courriers définis aux paragraphes précédents pour faire connaître ses observations écrites à la caisse. Il peut dans ce même délai être entendu par le directeur de la caisse ou l'un de ses représentants ou par la commission paritaire locale définie à l'article 74, avec une possibilité d'appel en CPN. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion au contrat d'accès aux soins par lettre recommandée avec accusé de réception.

A compter de la date de réception de ce courrier, il est mis fin à la participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales. La caisse peut également engager une récupération des sommes versées au titre de l'adhésion au contrat d'accès aux soins.

Article 41. Suivi des pratiques tarifaires

Chaque trimestre, les partenaires conventionnels suivent la mise en œuvre du contrat d'accès aux soins et plus généralement l'évolution des pratiques tarifaires au regard des dispositions de l'article 35.3 de la convention dans le cadre d'un observatoire instauré par le présent avenant dont la composition et les missions sont définies en annexe XXIII. Au regard des résultats constatés, ils prennent, le cas échéant, toute mesure nécessaire à l'atteinte des objectifs fixés.

La mise en œuvre des mesures prévues au présent sous-titre est conditionnée par la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

ANNEXE XIX
Contrat d'accès aux soins

Article 1 : Modalités de calcul du taux de dépassement et de la part d'activité à tarif opposable

Quelle que soit la date d'adhésion du médecin, l'année de référence pour le calcul du taux de dépassement et de la part d'activité à tarif opposable est l'année 2012. Si le médecin n'a pas d'activité au titre de 2012, il est fait application des taux constatés l'année précédent l'entrée dans le contrat d'accès aux soins ou, à défaut, des dispositions relatives aux médecins nouvellement installés depuis moins d'un an définies à l'article 38.1 de la convention.

Le taux de dépassement constaté sur l'année 2012 est défini comme le rapport du total des dépassements annuels aux honoraires remboursables annuels. L'ensemble des rémunérations forfaitaires sont exclues des honoraires remboursables (rémunération médecin traitant, rémunération sur objectif de santé publique, rémunération forfaitaire pour les astreintes et la régulation, etc.).

Article 2 : Taux de dépassement recalculé

Ce taux de dépassement constaté sur l'année 2012 est recalculé sur la base des tarifs de remboursement applicables aux médecins exerçant en secteur à honoraires opposables. En adhérant au contrat d'accès de soins, le médecin s'engage à respecter ce taux recalculé. Pendant la durée du contrat, ce taux est recalculé en fonction des évolutions des tarifs de remboursement. Compte tenu de l'objectif d'amélioration de l'accès aux soins, les hausses tarifaires applicables au tarif opposable bénéficient intégralement au patient par l'amélioration de sa base de remboursement, le patient bénéficiant alors d'une diminution équivalente du dépassement. Dans ce cas, un avenant au contrat d'accès aux soins est soumis au médecin adhérent dans lequel figure le taux de dépassement recalculé avec les nouveaux tarifs de remboursement.

Article 3 : Suivi des engagements du contrat d'accès aux soins

En adhérant au contrat d'accès aux soins, le médecin s'engage à maintenir sa pratique tarifaire et à respecter le taux de dépassement moyen recalculé dans les conditions définies à l'article 2 de la présente annexe. Le suivi du respect de ces engagements est effectué par année civile (en date de remboursement des soins) quelle que soit la date d'adhésion au contrat d'accès aux soins.

ANNEXE XX

**PARTICIPATION AUX COTISATIONS SOCIALES DES MEDECINS
ADHERANT AU CONTRAT D'ACCES AUX SOINS**

Article 1^{er}

*Taux de participation des caisses aux cotisations sociales
pour les médecins affiliés au régime des PAM*

Avenant conventionnel N°8 du 26 octobre 2012 : ACS

	Taux de participation
Assurance maladie, maternité, décès	9,7%
Allocations familiales	5% dans la limite du plafond de sécurité sociale puis 2,9%
Avantages complémentaires vieillesse	Pour la cotisation annuelle obligatoire : 2/3 de la cotisation forfaitaire du médecin Pour la cotisation d'ajustement : 2/3 de la cotisation fixée par décret dans la limite de 5 fois le plafond annuel de la sécurité sociale

Le montant final de la participation versée au médecin est calculé proportionnellement à la part d'activité réalisée à tarif opposable dans le total des honoraires et proportionnellement à la part de la durée de souscription du contrat d'accès aux soins dans l'année civile.

Article 2

Taux de participation des caisses aux cotisations sociales pour les médecins affiliés au régime du RSI

	Taux de participation
Assurance maladie, maternité, décès	0,6% dans la limite du plafond de sécurité sociale et de 5,9% dans la limite de cinq fois le plafond de sécurité sociale
Allocations familiales	5% dans la limite du plafond de sécurité sociale puis 2,9%
Avantages complémentaires vieillesse	Pour la cotisation annuelle obligatoire : 2/3 de la cotisation forfaitaire du médecin Pour la cotisation d'ajustement : 2/3 de la cotisation fixée par décret dans la limite de 5 fois le plafond annuel de la sécurité sociale

Le montant final de la participation versée au médecin est calculé proportionnellement à la part d'activité réalisée à tarif opposable dans le total des honoraires et proportionnellement à la part de la durée de souscription du contrat d'accès aux soins dans l'année civile.

Le versement de cette participation est subordonné au respect par le praticien ayant adhéré au contrat d'accès aux soins des obligations découlant de cette adhésion.

La CPAM, après avoir vérifié que le professionnel est adhérent au contrat d'accès aux soins et a respecté ses engagements, verse la participation pour le compte de tous les régimes.

La CNAMTS effectue une répartition inter-régimes du montant annuel de la participation des caisses selon la part de chacun des régimes d'assurance maladie dans les dépenses (ONDAM).