



Les Caisses vont vous proposer de signer avec elles des contrats individuels de 3 ans.

En gros vous devrez améliorer dans votre patientèle des indicateurs de vaccination anti-grippe, dépistage de cancer du sein, iatrogénie médicamenteuse, prise en charges des DNID et des HTA, et d'actions promotrices ( ?) de prescriptions moins chères à efficacité comparable.

Pour ce faire les Caisses vous gratifieront d'une pluie de courriers et de statistiques sur votre pratique et d'après ce qu'on peut comprendre d'au moins une visite spécifique de DAM (Délégué(e) de l'Assurance Maladie) sur le sujet par trimestre.

Et bien sûr, d'une « contrepartie financière ». Qui dépend des performances réalisées pour l'amélioration des fameux indicateurs. Mais attention, rien que pour saisir le mode de calcul, il faut le niveau maths spé : chaque indicateur est affublé d'un niveau initial, d'un objectif intermédiaire et d'un objectif-cible.

A chaque anniversaire du contrat le taux de réalisation de chaque indicateur est calculé. Ici, prenez deux paracetamol 1 g (c'est trop, certes, mais il faut au moins ça !) : si le niveau atteint est inférieur à l'objectif intermédiaire, le taux est égal à 50% du rapport entre l'écart du niveau atteint au niveau de départ et l'écart du niveau intermédiaire au niveau de départ. Si le niveau atteint est supérieur à l'objectif intermédiaire, le taux est égal à 50% + 50% du rapport entre l'écart du niveau atteint au niveau intermédiaire et l'écart de l'objectif-cible au niveau intermédiaire. Et enfin si vous dépassez l'objectif-cible, le taux est de 100%.

A vrai dire il y a encore 2 exceptions prévues pour les prescriptions de vasodilatateurs et de BZD où là les rapports sont inversés, mais bon, votre DAM vous expliquera, nous on n'est que des médecins, après-tout.

Vous n'êtes toutefois pas au bout de vos peines : maintenant que les taux annuels de réalisation sont calculés pour chaque indicateur, on fait leur moyenne mais en les regroupant en 2 champs. Le champ des « dépistages et maladies chroniques » et le champ de l' « optimisation des prescriptions ».

Prenez maintenant une petite dose d'anxiolytique quelconque ( il y a des recommandations de la HAS pour des situations tout à fait analogues ). Si vos taux moyens de réalisation dans chacun des 2 champs excèdent 25 %, vous pourrez prétendre à la « contrepartie financière ». Il faut bien sûr la calculer. On détermine d'abord un taux moyen final, qui est la moyenne des 2 taux moyens des champs précédemment définis, mais avec une pondération de 60 % pour le champ « dépistages et maladies chroniques » et de 40 % pour le champ « optimisation des prescriptions ».

Petite remarque incidente : dans ce contrat la Caisse est seule à posséder les chiffres et détermine unilatéralement et sans aucune transparence les niveaux initiaux, les niveaux atteints, les objectifs intermédiaires.

Ansi, les CAPI sont censés instaurer un paiement à la performance, en fonction de critères définis par les caisses, critères choisis en fonction de leurs intérêts financiers et de leurs possibilités informatiques très limitées :

le directeur de l'Assurance-maladie imagine , en fin d'hiver, pour un médecin traitant déterminé, être en possession de la liste des patients de plus de 65

ans vaccinés contre la grippe. En réalité, il connaît la liste des patients pour lesquels un vaccin a été délivré en pharmacie.

Et le médecin traitant, dont l'Assurance Maladie a nié les compétences et la fonction de suivi global des patients en insistant sur le fait que le vaccin peut être réalisé hors du cabinet médical, n'a lui-même plus les moyens de savoir si ses patients ont été vaccinés par une infirmière.

Enfin les études scientifiques révèlent que le vaccin antigrippal fonctionne hélas moins bien chez les personnes âgées que chez les personnes plus jeunes. La stratégie médicale qui consisterait ainsi pour le médecin traitant à conseiller la vaccination des personnes dans l'entourage d'un sujet âgé fragile ne sera absolument pas prise en compte par les CAPI. Preuve supplémentaire que ce paiement à la performance tente de se substituer, sans en avoir la compétence, à la stratégie thérapeutique du médecin."

Quoi qu'il en soit, vous avez donc votre taux moyen final de réalisation (TMFR) : eh bien la Caisse vous versera par an et par dossier 7 euros x TFMR.

Par exemple si votre TFMR = 50%, 3,50 euros. Elle est pas belle la vie ?

**Faisons maintenant un dernier petit calcul, un calcul syndical, beaucoup plus simple que ceux de l'UNCAM.**

**Prenons un médecin généraliste moyen ( consultation moyenne 20 mn ), un médecin très performant.**

**Admettons que ce généraliste très performant aboutisse à un TFMR de 100%, superbe et sans doute inaccessible performance.**

**La Caisse lui versera 7 euros par dossier et par an. Mais ce sont des honoraires. 7 euros d'honoraires = 3,85 euros de revenus (il y a en moyenne 45% de charges, frais et taxes sur les honoraires, et donc 55% de revenus).**

**Ce médecin aura donc gagné 3,85 euros par dossier et par an. Si la paperasse, le suivi, les entretiens lui prennent plus de 34 minutes par dossier et par AN, il est en dessous du taux horaire du SMIC.**

**Si la paperasse, le suivi, les entretiens lui prennent plus de 12 minutes par dossier et par AN, la rémunération est il est sous le C à 22 euros à la condition que l'activité CAPI n'entraîne pas de charges de cabinet supplémentaires.**

**Capito ?**