

Un médecin ça se respecte !
Faisons respecter les engagements conventionnels sur nos honoraires !

Protestation tarifaire mode d'emploi

Vous appliquez le C à 23 € et la visite à 33 €



Le 31 mars 2010



A compter du 12 avril, la CSMF appelle tous les médecins généralistes à appliquer la consultation au cabinet 23 €, la visite à domicile 33 € (sauf pour les CMU et AME), et appelle également tous les médecins spécialistes à appliquer l'avis ponctuel de consultant C2 à 46 €, tels que prévus dans l'avenant n°23 signé le 29 mars 2007.

Trop, c'est trop ! Il est insupportable de voir le gouvernement sans cesse repousser la mise en œuvre des accords conventionnels !

Prenons d'autorité ce qui nous est dû !

Un médecin ça se respecte ! Les engagements conventionnels aussi !



LES TEXTES

Avenant n°23 à la Convention médicale du 12 janvier 2005, signé le 29 mars 2007 et paru au Journal officiel du 3 mai 2007

L'article 5 précise que « **Les parties conviennent de porter en 2008 à 23 € la valeur de la lettre clé C.** »

En signant cet avenant, la Caisse s'est engagée à appliquer la revalorisation du C à 23 € **au 1^{er} juin 2008.**

Article 5.4.1.1 de la Convention pour les mesures de sanctions conventionnelles

Article L162-1-14-1 (article 54 de la Loi HPST) pour les sanctions financières



COMMENT L'APPLIQUER ?

Pour la consultation au **cabinet**, vous remplissez la feuille de soins comme à l'habitude, en indiquant :

- la lettre clé C,
- 23 € dans la colonne « montant des honoraires facturés »,
- un montant total de 23 €, dans la partie « paiement ».

Pour la consultation en **visite**, vous indiquez :

- la lettre clé V,
- 23 € dans la colonne « montant des honoraires facturés »,
- 10 € dans la colonne « frais de déplacement » MD,
- un montant total de 33 €, dans la partie « paiement ».

Pour l'**avis ponctuel de consultant**, vous indiquez :

- la lettre clé C2,
- 46 € dans la colonne « montant des honoraires facturés »,
- un montant total de 46 €, dans la partie « paiement ».



SANCTIONS POSSIBLES

→ SANCTIONS CONVENTIONNELLES

La procédure engagée par la Caisse contre le médecin qui applique une consultation à 23 € est de l'ordre conventionnel. Le médecin qui applique, de façon répétée, des tarifs supérieurs aux tarifs opposables en dehors des cas autorisés peut être sanctionné par la Caisse par la **suspension de la participation des Caisses à la prise en charge des avantages sociaux ou par la mise hors convention, pour une durée variable.**

Etape 1 : La Caisse envoie au médecin **un avertissement** par lettre recommandée AR. Le médecin a **1 mois** pour **modifier sa pratique**. A défaut, la CPAM communique pour le compte de l'ensemble des caisses, le relevé des constatations au médecin concerné par lettre recommandée avec AR.

Etape 2 : A compter de la date de communication du relevé des constatations, le médecin dispose **d'1 mois** pour **présenter ses observations** éventuelles **ou être entendu** à sa demande par le directeur de la caisse ou son représentant. Le médecin peut se faire assister par un avocat ou un confrère de son choix.

Etape 3 : Ce même relevé de constatations va être communiqué à la **commission paritaire locale (CPL)**, qui a **1 mois** pour rendre son avis, à défaut il est réputé rendu.

Etape 4 : Le directeur de la Caisse prend une décision qui doit être motivée, et doit être notifiée au médecin par lettre recommandée AR, avec copie à la CPL. Il doit y être mentionné la date d'effet de la décision et les voies de recours.

BON A SAVOIR, IL Y A 2 VOIES DE RECOURS POSSIBLES :

→ **Une voie de recours de droit commun :** Le médecin peut contester la décision de la Caisse et faire un recours (suspensif) **devant le TASS dans les 2 mois** qui suivent la notification initiale.

→ **Une voie de recours particulière :** Lorsque le médecin fait l'objet d'une mise hors convention d'une durée inférieure ou égale à 1 mois ou d'une décision de suspension de la prise en charge des cotisations sociales d'une durée inférieure ou égale à 6 mois, il peut saisir, dans le délai d'1 mois, la **commission paritaire régionale (CPR)**, « à titre de commission d'appel ». De même, lorsque le médecin fait l'objet d'une mise hors convention d'une durée supérieure à 1 mois ou d'une décision de suspension de la prise en charge des cotisations sociales d'une durée supérieure à 6 mois, il peut saisir, dans le délai d'1 mois, la **commission paritaire nationale (CPN)** à titre de « commission d'appel ». Le Directeur de la Caisse, sur la base de l'avis de la CPR ou de la CPN, pourra éventuellement décider de modifier sa décision.

La saisine de la CPR ou de la CPL, même si elle est qualifiée de « commission d'appel » ne modifie en rien les modalités de saisine et surtout les délais de voies de recours devant le TASS. Le médecin doit donc veiller, à titre conservatoire, à saisir le TASS avant que le délai de 2 mois suivant la notification initiale de la sanction n'expire.

→ PENALITES FINANCIERES (en attente de décret)

La Loi HPST a introduit une nouvelle modalité de sanction, sous la forme de pénalités financières, qui rentrera en vigueur dès parution au journal officiel du décret d'application.

Le Directeur de la Caisse peut décider de poursuivre le médecin qui applique le C à 23 €, et qui ainsi expose les patients à des dépassements d'honoraires non conformes à la convention.

Etape 1 : Lorsqu'il a connaissance de ces faits, le directeur de la Caisse adresse, par tous moyens, au médecin en cause une **notification** qui précise les faits reprochés et le montant de la pénalité encourue. Il est précisé que le médecin dispose alors d'**1 mois**, à compter de la réception de la notification, **pour demander à être entendu**, s'il le souhaite et pour présenter ses observations écrites.



Etape 2 : A l'issue du délai d'**1 mois à compter de la notification** ou après audition du médecin mis en cause, le directeur peut **abandonner les poursuites, prononcer un avertissement dans les 15 jours** (sauf en cas de fraude) ou **saisir la commission des pénalités dans les 15 jours**.

Cette dernière a alors **2 mois** pour rendre un avis motivé, au directeur et au médecin en cause, portant sur la matérialité et la gravité des faits reprochés, la responsabilité de la personne et le montant de la pénalité.

Etape 3 : Une fois l'avis rendu, ou réputé rendu, le directeur peut **décider soit d'abandonner, soit de poursuivre la procédure** et la pénalité est alors notifiée au médecin dans le délai d'un mois

Le médecin a 1 mois pour payer au risque d'être mis en demeure et a 2 mois pour saisir le Tribunal administratif.

Selon le projet de décret soumis à ce jour, et sous réserve de sa parution, le montant des pénalités peut être compris entre 100 % et 200 % du montant des dépassements (soit entre 1€ et 2€ par acte avec dépassement). En cas de récidive, dans un délai de 3 ans, en plus des pénalités, pourra être prononcée une suspension de participation au financement des cotisations sociales pour une durée maximale de 5 ans.

BON A SAVOIR : le directeur ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalités décrit ci-dessus et à la procédure conventionnelle.



ARGUMENTS POUR DEFENDRE LE MEDECIN

- 1) La revalorisation de la lettre clé C à 23 euros, telle que prévue dans l'avenant n°23 à la Convention, a été signé par l'Union des Caisses d'assurances maladie le 29 mars 2007. Ce texte est paru au Journal officiel du 3 mai 2007. L'article 5 précisait en effet que « ***Les parties conviennent de porter en 2008 à 23 euros la valeur de la lettre clé C. Ils prévoient de mettre en œuvre cette revalorisation au 1er juin 2008, en vue de la mise en place de la CCAM clinique, en fonction des marges de manœuvres prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et compte tenu de l'engagement des médecins dans la maîtrise médicalisée et dans la prévention en 2007 et 2008.*** »

Dès lors, plus rien ne s'oppose à l'application de l'avenant n° 23. En effet, les 3 conditions mises par la Ministre à l'application de cet avenant sont remplies :

- La réalisation des objectifs de maîtrise médicalisée, réalisés en 2009 à 71 % avec 2,2 milliards d'économie sur les 4 dernières années, situation inédite
- La démographie médicale par les Contrats Santé Solidarité imposés aux médecins par la Loi
- Enfin, le problème des dépassements d'honoraires avec la signature du protocole sur le Secteur Optionnel

- 2) S'agissant d'une revalorisation conventionnelle, le médecin ne peut pas être poursuivi pour non application des honoraires prévus par la Convention.

- 3) L'application de ce montant de 23 € se fait en accord avec le patient, qui a été au préalable informé du tarif, par voie d'affichage dans la salle d'attente, et qui a ainsi donné son consentement. Le patient doit également avoir été informé de sa possibilité de refuser de payer le montant de 23 €.

Le service juridique de la CSMF se tient à votre disposition pour vous défendre et vous conseiller dans vos démarches.