

Analyse de l'Avenant N°8 tel qu'il est promu par certains syndicats:

Avenir ou mort annoncée de la médecine libérale ?

Préambule du texte : :

« , la progression constatée, depuis de nombreuses années, des dépassements d'honoraires de certains praticiens exerçant en secteur 2 conduit à une augmentation du reste à charge et, en conséquence, pose le problème de l'accès aux soins.

La progression des dépassements d'honoraires pose le problème d'accès aux soins.

.....les assurés sociaux aux revenus les plus modestes peuvent rencontrer des difficultés à financer leurs soins, en particulier lorsqu'ils ne disposent pas d'une couverture complémentaire ou lorsque leur couverture complémentaire ne prend pas en charge les dépassements d'honoraires.

Les dépassements excessifs, sont le fait de comportements minoritaires, ils sont atypiques et nuisibles et doivent faire l'objet d'un dispositif de régulation efficace avec des sanctions dissuasives. Dans le cadre d'une démarche visant à la disparition rapide des pratiques tarifaires excessives, les commissions paritaires régionales auront à leur disposition un ensemble de critères de sélection au sein desquels le taux de dépassement à 150% du tarif opposable pourra servir de repère. Ce taux pourra faire l'objet d'adaptations dans certaines zones géographiques limitées et aura vocation à se modérer en cours de convention.

En troisième lieu, les partenaires conventionnels constatent que la diminution des compléments d'honoraires nécessite un investissement sur les actes réalisés à tarif opposable et une maintenance

des tarifs plus régulière que par le passé.

En quatrième lieu, les partenaires conventionnels prennent acte de la volonté exprimée par le Président de la République le 20 octobre 2012 d'assurer la pleine reconnaissance du médecin traitant, qui évolue dans un cadre collectif et qui doit avoir un juste niveau de rémunération. A cette fin, une généralisation progressive du système des forfaits et sa modulation en fonction de la densité médicale des territoires permettra de répondre à

L'objectif.

Note Didier Legeais : Le problème d'accès aux soins est lié aux problèmes dentaires et de lunetterie, et à la non évolution tarifaire du tarif de remboursement, accentué par des contrats de complémentaires santé qui volontairement souhaitent se désengager des honoraires des médecins de SII.

Rappelons que les Honoraires libres des médecins de SII ont évolué de 1 à 2 point/an comme l'inflation, pendant que les complémentaires santé augmentaient de 6 à 7 %/an.

Le chiffre est donné, la consultation ne pourra dépasser la première année 150 % du TO soit : 57,5 € et diminuer progressivement à 100 % soit 46 €, sachant que les médecins de SII qui choisiront le Contrat d'Accès aux soins devront être, d'emblée, à 100% max/CS. Il y a une autre lecture, comme celle des mutuelles : 150% du TO : ferait 34,5 € !!!! Et pas 57,5 € !!!!!

Régulière promesse d'évolution tarifaire comme par le passé.. Généralisation de la rémunération au forfait Risque de disparition de la rémunération à l'acte.

Articles de 1 à 3 : Pour les médecins de Secteur II qui n'opteront pas pour le Contrat d'Accès aux soins :

Article 1

Article 35.3. Pratique tarifaire des médecins exerçant en secteur à honoraires différents et titulaires du droit à dépassement permanent (Note DL : Médecins de SII !!)

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. ».

Note DL: Ce qui veut dire que les médecins en secteur II, ne doivent plus augmenter leur tarif pendant les 3 ans restant de la convention, au risque d'être en Pratique Tarifaire Excessive . Comprendre : asservissement tarifaire pendant 3 ans.

Ce qui veut dire, aussi, que nous devons soigner au tarif de remboursement : (en plus des 7 millions de CMU, CMUC, AME), 4,7 millions de Français, soit plus de 11,7 millions de personnes !!!!!!!!!

Article 3

A l'article 73.3 de la convention nationale, intitulé « Missions de la Commission Paritaire Régionale », après les termes « dans les conditions à l'article 78 », est inséré un alinéa ainsi rédigé « - elle émet un avis sur les situations de pratiques tarifaires excessives que lui soumet le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'implantation d'exercice principal du médecin. Cet avis porte sur le caractère sanctionnable de la pratique tarifaire soumise puis sur la nature et le quantum de la sanction. »

A l'article 75 de la convention nationale, il est ajouté, à la suite des termes « facturation des actes et prestations. », les dispositions suivantes :

L'appréciation du caractère excessif de la pratique tarifaire s'effectue au regard de tout ou partie des critères suivants :

le rapport entre la somme des honoraires facturés aux assurés sociaux au-delà du tarif opposable et la somme des tarifs opposables des soins délivrés par le médecin (taux de dépassement),

le taux de croissance annuel du rapport ci-dessus

la fréquence des actes avec dépassements et la variabilité des honoraires pratiqués

le dépassement moyen annuel par patient.

L'appréciation tient compte de la fréquence des actes par patient, du volume global de l'activité du professionnel de santé ainsi que du lieu d'implantation du cabinet et de la spécialité. Elle tient également compte des niveaux d'expertise et de compétence. ».

Note DL : Comprendre : croissance = 0, et référentiels locaux ou nationaux sur fréquence et moyenne.

Comment évaluer le niveau d'expertise et de compétence ?

La caisse proposait, par le nombre de publications, elle a retiré cette notion dans ce texte nouveau, mais inconsciemment..Le niveau d'honoraire est régionalisé . Fin du "Tact et mesure".

A l'article 76 de la convention nationale, intitulé « Des sanctions susceptibles d'être prononcées », les termes « cette mesure ne pouvant être prononcée qu'en cas de non respect du tact et de la mesure, après décision du conseil de l'ordre ; » sont supprimés

Le sursis ne s'applique pas

Note DL : disparition de l'Ordre et sanctions directes par les caisses immédiates : déconventionnement temporaire ou total. Il n'y a plus d'avertissement ni de sursis !!

Article 4 :

Afin d'améliorer l'accès aux soins, le présent avenant instaure la possibilité pour les médecins de souscrire à un 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

Note DL : Contrat ouverts pour les médecins de secteur II, améliorer le tarif de remboursement et faire disparaître les honoraires libres.

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 adhérant au contrat d'accès aux soins pendant la durée de celui-ci

Note DL : pas d'engagement chiffré pour le moment !!! Sous-entendu en DEH du contrat d'accès aux soins, l'UNOCAM incitera les organismes complémentaires à ne plus rembourser les honoraires des médecins de secteur II (Actuellement 800 millions d'honoraires libres sur 2,4 milliards sont pris en charge par les organismes complémentaires.).

Il est certain que les contrats responsables ne rembourseront que les honoraires libres du Contrat d'Accès aux soins.)

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 1er janvier 2013, l'adhésion au contrat d'accès aux soins est ouverte durant la période du 1er janvier 2013 au 30 juin 2013.

Les médecins visés au 1er alinéa du présent article et qui s'installent postérieurement au 1er 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 1er 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.

Note DL : Pourquoi limiter l'ouverture au secteur uniquement 6 mois ? Entourloupe ?

Enfin, ouverture de ce secteur aux anciens chefs de clinique et assistants installés avant !!!!! c'était l'une des revendications forte du Bloc qui aurait aimé ouvrir ce secteur à tous les médecins de secteur I.

Puis, finalement, on peut adhérer quand on veut... Faudrait savoir

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 1er 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 1er 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.

Note D.L: il faut 33 % des médecins secteur II dans ce nouveau contrat d'accès aux soins, soit 10 000 médecins !!!!!

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

.....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

Note DL : le tarif de remboursement n'évolue pas depuis des années, c'est donc le dépassement qui va baisser

Dans le texte précédent, il était écrit que les dépassements devaient passer de 150 à 100 % .

Aujourd'hui, le taux de dépassement à l'entrée dans le contrat est inférieur à 100 %, donc il devra baisser encore ; et s'il baisse de 10 % par an cela revient à CS 1 année 46 €, puis CS 40 €, puis CS 35 €

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 %.**

Note D.L : Donc le taux de dépassement autorisé lors de l'adhésion est de 100 %, soit 23 € pour une consultation de 23 € ; donc 46 €, voir plus, si c'est une moyenne. Ce taux doit baisser durant l'adhésion au contrat.

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.

Note D.L : le pourcentage de patients CMU, ACS, ou urgence doit augmenter en 2013, sinon risque de sanctions.

Mais cela est très indépendant du médecin, selon son secteur géographique, sa spécialité, un éventuel déménagement ou arrêt de garde

ANNEXE XIX (extrait)
Contrat d'accès aux soins.

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

.....

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.

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.

Note D.L: pour les jeunes, ils peuvent augmenter en puissance sans jamais dépasser 100 % ni la moyenne régionale qui, elle, baisse sur 3 ans !!!!

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 1er 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%.

Note D.L : c'était l'une des revendications fortes du Bloc, cependant pourquoi les brimer une fois de plus en rendant obligatoire que 30 % de leur activité soit au tarif de remboursement ?

Si le taux moyen de dépassement par acte leur est appliqué, ils ne pourront l'appliquer que sur 70 % des actes.... Accord d'Août 2004 enfin respecté aurabais !!!

Attention dans l'annexe XVIII il est inscrit "et installés avant le 1er décembre 1989" !!!

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

Note D.L : Les confrères de SII qui signeront, s'engagent à l'aveugle pour 3 ans !!!!! Avec des évolutions tarifaires et des baisses de dépassement organisées par les caisses de façon statistique, et non définies à l'avance pour 3 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..... sur la part des honoraires du médecin réalisée aux tarifs opposables

Note D.Legeais : ce qui représente 6% des honoraires (cotisation RSI) soit 1€/consultation.

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 adhérant au contrat d'accès aux soins, lorsque le contrat complémentaire prévoit une prise en charge de dépassement.

Note D.L : pas d'engagement chiffré pour le moment !!! Sous-entendu en DH du contrat d'accès aux soins, l'UNOCAM incitera les organismes complémentaires à ne plus rembourser les honoraires des médecins de secteur II (Actuellement 800 millions d'honoraires libres sur 2,4 milliards sont pris en charge par les organismes complémentaires.).

Il est certain que les contrats responsables ne rembourseront que les honoraires libres du Contrat d'Accès aux soins.

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

Note D.L : ce qui est en opposition avec l'article 38.1 dans lequel l'engagement est pour 3 ans.

Article 5

Des études récentes de l'assurance maladie montrent l'existence d'importantes variations géographiques de l'offre de soins à tarif opposable pour les soins spécialisés et mettent en évidence, dans un certain nombre de territoires, de réelles difficultés d'accès à certains soins spécialisés à tarif opposable.

Article 6 : fin de l'option de coordination.

Note D.L : le contrat d'accès aux soins sera variable en fonction de la spécialité et de la région.....

Article 7 : Revalorisation

.... qu'une revalorisation régulière des tarifs opposables ou des autres modes de rémunération est nécessaire dans le cadre d'évolutions compatibles avec la croissance économique de moyen terme de notre pays et l'objectif de dépenses voté annuellement par le Parlement.

Note D.L : vu les perspectives, cela fera probablement du <1 % du tarif opposable

C'est dans cet esprit qu'avait été mise en place la nomenclature des actes techniques en 2005 afin de mieux identifier les pratiques médicales et les valoriser plus équitablement. Dans ce cadre, les actes considérés comme sous cotés ont fait l'objet d'une revalorisation en deux étapes et n'ont plus été revalorisés depuis 2008.

***Note D.L : contrairement aux engagements pris à l'époque .
Ils nous donnent ce qui nous a été promis en 2004 et 2005 !!!! Mais pas avant 2015 !!!!!!!!!!! : Ce qui représente une augmentation tarifaire de 8% en 3 ans.***

Les partenaires conventionnels conviennent de finaliser la mise en œuvre de la classification commune des actes médicaux (CCAM) en réalisant une convergence vers les tarifs cibles de la CCAM de 2005 d'ici la fin de la présente convention **en trois étapes : 1er juillet 2013, 1er mars 2014 et 1er janvier 2015.**

Les organismes complémentaires souhaitent participer à ce développement des nouveaux modes de rémunération, en complétant le financement mis en place par l'assurance maladie obligatoire à hauteur de 150 millions d'euros, notamment par le développement de forfaits pour les médecins traitants

Note D.L : l'objectif du Contrat d'Accès aux soins est de diminuer le reste à charge, mais, au final, on augmente la rémunération des médecins traitants dont 90 % sont en SI. !!!!!!!!!!!

Parallèlement, les parties signataires souhaitent valoriser l'activité de consultant dans le cadre du parcours de soins coordonnés, à hauteur de leur part dans l'activité clinique

Note D.L : pour les médecins traitants.....

Par ailleurs, les parties signataires conviennent de la nécessité d'adapter la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale pour étendre le champ d'application de la majoration forfaits modulables (modificateur K) **aux actes d'accouchement** pour les médecins de secteur 1 et pour les médecins adhérant au contrats d'accès aux soins

Note D.L : petit clin d'œil à l'obstétrique, mais c'est insuffisant !!!!

Les partenaires conventionnels proposent d'inscrire sur la liste des

actes et prestations l'acte d'échographie permettant le guidage dans le cadre d'une anesthésie loco-régionale périphérique. Enfin, ils souhaitent que soient mises en œuvre d'ici fin 2012, les évolutions de nomenclature relatives aux actes d'anatomo-cytopathologiques (ACP).

Note D.L : petit coup de pouce pour les anesthésistes , mais là aussi c'est insuffisant.

Pour les autres spécialités, les partenaires conventionnels conviennent d'ajuster de façon progressive les honoraires de certains actes compte tenu de l'évolution des techniques et des coûts :

- d'ores et déjà, ils décident de mettre en œuvre des mesures tarifaires concernant l'imagerie réalisée par les radiologues, les médecins nucléaires et les autres spécialités pratiquant ces actes selon le calendrier prévu aux articles 3.1 et 3.2 de l'annexe I et à l'annexe XXIV,

- s'agissant de l'anesthésie-réanimation, la néphrologie et de l'ophtalmologie, ils s'accordent sur la nécessité de réexaminer, avant fin 2013, leur situation particulière au regard de la CCAM et de l'évolution des techniques et pratiques médicales.

Note D.L : Nouvelle attaque inacceptable contre les radiologues, la médecine nucléaire, les anesthésistes, la néphrologie et l'ophtalmologie pour financer le coup de pouce aux médecins traitants et la CCAM technique.

Article 27.3. Améliorer la prise en charge de patients nécessitant un suivi particulier dans le cadre du parcours de soins

Afin d'améliorer le parcours de soins coordonnés, tout particulièrement pour la prise en charge des patients âgés ou atteints de certaines pathologies nécessitant un suivi particulier, les parties signataires conviennent d'étudier les conditions de la mise en place de consultations longues et de rémunérations forfaitaires, valorisant le rôle des médecins

Les parties conventionnelles proposent la création d'une consultation de suivi de sortie d'hospitalisation en court séjour des patients à forte comorbidité, Cette consultation s'adressera à des patients ayant subi une intervention chirurgicale avec altération de l'autonomie

nécessitant un suivi rapproché et coordonné ou chez lesquels a été diagnostiquée, au décours de cette hospitalisation, une pathologie chronique grave ou une décompensation d'une pathologie chronique préexistante. : C2.

Afin de favoriser le suivi des patients insuffisants cardiaques, ayant été hospitalisés pour un épisode de décompensation de leur affection et nécessitant un suivi et une évaluation de leur état à court terme, les parties signataires proposent également la création d'une consultation longue et complexe. Cette consultation longue réalisée à domicile ou au cabinet par le médecin traitant : 2C

Par ailleurs, les partenaires conventionnels souhaitent améliorer la prise en charge des patients âgés de 80 ans et plus, pour tenir compte de leurs comorbidités et de la complexité du suivi des traitements en veillant notamment à la prévention de la iatrogénie médicamenteuse. A cet effet, les médecins de secteur 1 et les médecins de secteur 2 adhérant au contrat d'accès aux soins bénéficient d'une rémunération forfaitaire (MPA), versée trimestriellement, calculée sur la base de **5 euros** par consultation réalisée pour leurs patients âgés de plus de 85 ans au 1er juillet 2013 puis pour leurs patients âgés de plus de 80 ans au 1er juillet 2014.

Les partenaires conventionnels souhaitent que l'article 18 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) relatif à l'avis ponctuel de consultant soit adapté en ramenant le délai de consultation autour de l'avis ponctuel de consultant de 6 mois à 4 mois

Note D.L : pour les médecins traitants, pas pour le contrat de soin ! Les plus gros efforts d'amélioration du tarif opposable sont pour les médecins traitants (90-95 % en SI) et non pour les spécialités à forte proportion de médecins de SII !!!!

Enfin, les partenaires conventionnels conviennent de la nécessité de reconnaître le rôle des pédiatres dans la prise en charge des nouveaux-nés grands prématurés (moins de 32 semaines) et des jeunes enfants atteints de maladie congénitale grave. A cet effet, les médecins de secteur 1 et les médecins adhérant au contrat d'accès aux soins bénéficient d'une majoration de 5 euros sur les consultations à tarif opposable

Note D.L : petit coup de pouce pour la pédiatrie sinistrée, mais qui

n'a rien à voir avec la volonté de diminuer le reste à charge du préambule !!!!!

Article 27.4. Valoriser la prise en charge par le médecin traitant

Le médecin traitant assurant la prise en charge de patients ne bénéficiant pas d'une exonération du ticket modérateur reçoit une rémunération forfaitaire annuelle pour contribuer à l'amélioration de la prévention et du suivi de ces patients, en lien avec l'élaboration du volet médical de synthèse. Cette rémunération ne peut être perçue que par les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables et par les praticiens ayant adhéré au contrat d'accès aux soins. Cette rémunération est mise en place pour les patients ne bénéficiant pas d'une exonération du ticket modérateur, compte tenu de l'engagement financier de l'UNOCAM.».

A compter du 1er juillet 2013, le médecin traitant reçoit une rémunération spécifique (RMA) pour le suivi de ses patients ne bénéficiant pas d'une exonération du ticket modérateur conformément aux dispositions de l'article 12.4.5. Le montant de cette rémunération spécifique forfaitaire annuelle par patient est de 5 euros

Note D.L : je pense que les médecins spécialistes, non médecins généralistes, en secteur I, apprécieront les évolutions nombreuses tarifaires pour les médecins traitants !!!!!

Enfin, cet Avenant 8 sert surtout à valoriser la rémunération des médecins traitants.

Ce qui est une bonne chose mais ce n'était pas l'objet de la négociation.

Article 11 :

En application de l'article 3 du présent avenant, il est inséré à l'annexe XXII de la convention un article 3 intitulé « Procédure de sanction applicable en cas de pratique tarifaire excessive » rédigé comme suit
Procédure de sanction applicable en cas de pratique tarifaire excessive

Mise en place d'une Procédure préalable d'avertissement, puis attente 2 mois.

Si, à l'issue d'un délai de deux mois à compter de la réception du courrier d'avertissement, il est constaté que le médecin n'a pas

modifié sa pratique tarifaire, la CPAM de rattachement du médecin, pour le compte de l'ensemble des régimes, communique le relevé des constatations au médecin concerné par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception, avec copie adressée aux présidents des deux sections de la CPR et de la CPL.

Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de la date de réception du relevé des constatations pour présenter ses observations écrites éventuelles par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception et/ou être entendu à sa demande par le directeur de la caisse ou son représentant. A cette occasion, le médecin peut se faire assister par un avocat ou un membre de la profession de son choix inscrit au conseil de l'ordre.

4 . Définitions de la *procédure de sanction* pour ce délit statistique
La CPAM saisit la Commission Paritaire Régionale et en informe l'ordre.

Si la Commission Paritaire Régionale conclut à une faute, le directeur de la CCAM décide de la sanction.

En cas d'appel à la CNP, in fine c'est le directeur de l'UNOCAM qui décide sanction.

Les CROM et CNOM sont informés aux différents niveaux, mais sans action possible.

Comprendre : Absence de pouvoir de l'Ordre, tout pouvoir CPAM et UNOCAM.

Les CPR et CPN, sont composés de:

- ¡ **12 médecins : 6 généralistes et 6 spécialistes : 12 voix**
- ¡ **4 médecins conseils : 12 voix (8 +4) représentants UNOCAM**
- ¡ **Un membre du COM avec voix consultative.**

Comprendre :il y a une majorité absolue de médecins qui ne sont pas en faveur des secteurs II dans cette commission.