



L'avenant 8

L'avenant 8 de la convention médicale, signée le 25 octobre 2012, constitue un des textes fondateurs des nouveaux rapports que la Sécurité Sociale souhaite établir avec les professions médicales :

1) les médecins exerçant en secteur 2 et les médecins secteur 1 DP fixent et modulent le montant de leurs honoraires à des niveaux permettant l'accès aux soins des assurés. Ils doivent respecter les tarifs opposables pour les patients (CMUC) et pour ceux disposant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

2) le Contrat d'accès aux soins a pour objectif de mieux rembourser les patients et de développer l'activité à tarif opposable. Tous les médecins de secteur 2 et 1 DP peuvent y adhérer dès lors qu'ils s'engagent à respecter un taux de dépassement recalculé inférieur ou égal à 100 %. Pour ces médecins, l'Assurance Maladie participera aux cotisations sociales sur la part de l'activité réalisée au tarif opposable.

3) une nouvelle procédure dont la finalité est d'amener les médecins qui auraient une « pratique tarifaire excessive », à modérer leurs dépassements.

Ce numéro spécial d'info PS veut donner une première approche de ce dispositif, même si d'autres actions de communication sont d'ors et déjà prévues, tant par l'intermédiaire des Délégués de l'Assurance Maladie (DAM) que par des communications téléphoniques personnalisées avec certains médecins, concernés par sa mise en œuvre.

Nous vous en souhaitons donc une bonne lecture.

Eddy BROUSSILLON

Directeur de la Santé et de l'Action Sociale
(CGSS de Guadeloupe)



La convention nationale prévoit que les pharmaciens titulaires d'officine participant à la permanence pharmaceutique perçoivent une indemnité d'astreinte qui est passée en novembre 2012 de 75 € à 150 € pour chacune des périodes suivantes : la nuit, la journée du dimanche, le jour férié."

Un contrat d'accès aux soins pour les médecins de secteur 2

1) Le médecin s'engage à :

- Maintenir ou faire progresser sa part d'activité à tarif opposable (actes pratiqués sans dépassement) constatée en 2012,
- Stabiliser son taux moyen de dépassement d'honoraires (taux constaté en 2012 recalculé en appliquant la base de remboursement du secteur 1).

A noter : le médecin peut adhérer si ce taux recalculé ne dépasse pas 100 % ou s'il s'engage à le ramener à 100 %.

- Stabiliser sa pratique tarifaire, c'est-à-dire ne pas augmenter ses tarifs constatés en 2012, pendant la durée du contrat.

2) L'assurance maladie s'engage à :

- Faire bénéficier au médecin des tarifs de remboursement et des majorations applicables aux médecins de secteur 1,
- Prendre en charge une partie des cotisations sociales pour la part d'activité réalisée à tarif opposable,
- Revaloriser certains tarifs cliniques et techniques au profit des médecins de secteur 1 et des médecins de secteur 2 adhérant au contrat,
- Inciter les organismes 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.

Avantages pour le médecin	Avantages pour le patient
<ul style="list-style-type: none"> - Allègement des cotisations - Revalorisation de la pratique clinique et technique - Application des tarifs du secteur 1, le taux de dépassement diminue 	<ul style="list-style-type: none"> - Des soins mieux remboursés - Un meilleur accès aux soins pour les patients, notamment les plus modestes

Un accès sans dépassements aux médecins de secteur 2 pour les patients bénéficiant de l'ACS

Le tarif opposable doit être respecté par tous les médecins de secteur 2, qu'ils aient adhéré au contrat d'accès aux soins ou non :

Les personnes disposant de l'attestation de droit à l'ACS, c'est-à-dire dont les revenus sont inférieurs à 35 % au-dessus du seuil de la CMUC (10 711 euros pour une personne seule, 22 494 euros pour un foyer de 4 personnes, soit un potentiel de 4,7 millions de personnes), peuvent ainsi accéder aux médecins de secteur 2 sans dépassement.

Une revalorisation des tarifs opposables

Calcul du taux d'activité réalisée à tarif opposable

→ Ce taux est le pourcentage du montant des honoraires réalisés au tarif opposable, c'est-à-dire sans dépassement.

Ce pourcentage inclut les cas où il pratique les tarifs opposables compte tenu du cadre réglementaire : Situation d'urgence médicale, patients en CMUC ou disposant de l'attestation de droit à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

Taux d'honoraires réalisés au tarif opposable = Honoraires réalisés au tarif opposable / Honoraires remboursables x 100

A noter, ce taux est recalculé en fonction des tarifs de remboursement du secteur 1 : cas des médecins qui pratiquaient de petits dépassements avec des tarifs inférieurs à ceux du secteur 1.

Pour les patients, des soins mieux remboursés

Les patients sont remboursés sur la base des tarifs opposables du secteur 1 : l'écart de remboursement entre secteurs 1 et 2 est supprimé.

→ Différence de base de remboursement des consultations

Par exemple, la consultation d'un médecin spécialiste en secteur 2, adhérent au contrat d'accès aux soins est remboursée sur la base de 28 euros (après cotation des majorations) contre 23 euros pour un médecin de secteur 2 non adhérent.

Contrat d'accès aux soins : l'avenant 8 instaure un nouveau dispositif conventionnel de régulation

Il permet de sanctionner les médecins qui ne respecteraient pas le pacte conventionnel sur la garantie de l'accès aux soins en ayant une pratique tarifaire excessive.

Les partenaires conventionnels ont déterminé un certain nombre de critères pour permettre aux CPR d'apprécier les pratiques tarifaires.

- 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 taux de dépassement,
- la fréquence des actes avec dépassements et la variabilité des honoraires pratiqués,
- le dépassement moyen annuel par patient.

Parmi les critères définis, le préambule de l'avenant 8 identifie le taux de dépassement à 150 % du tarif opposable comme pouvant servir de repère. Ce taux peut faire l'objet d'adaptations dans certaines zones géographiques limitées.

Cinq principes de sélection des médecins susceptibles d'avoir une pratique tarifaire excessive

Principe 1 :

Sous réserve du respect des dispositions du contrat, les médecins adhérents au contrat d'accès aux soins ne sont pas susceptibles d'être sélectionnés en vue de l'application de la procédure de sanction en raison d'une pratique tarifaire excessive.

Principe 2 :

Les médecins qui ne respecteraient pas les dispositions relatives à la pratique des tarifs opposables au bénéfice des patients bénéficiaires de la CMUC ou d'une attestation de droit à l'ACS, sont susceptibles d'être sélectionnés pour engagement de la procédure sur les pratiques tarifaires excessives.

Principe 3 :

Lorsque le taux de dépassement est utilisé comme critère de sélection, le seuil de déclenchement pour engager la procédure sur les pratiques tarifaires excessives est fixé à 150 % du tarif opposable (secteur 1), ce taux étant calculé en moyenne.

La pratique tarifaire des médecins, constatée au moment de la mise en œuvre du dispositif de régulation des pratiques tarifaires excessives, pour ceux situés dans les 5 % de professionnels du département ayant les taux de dépassement moyens les plus élevés, et ne remplissant pas les conditions du contrat d'accès aux soins, sera analysée au regard des critères de la fréquence d'actes avec dépassement et de la variabilité des honoraires.

Principe 4 :

L'avenant 8 prévoit que la valeur repère de 150 % du taux de dépassement peut être adaptée dans des zones géographiques limitées. Ces zones sont les départements des Hauts de Seine, de Paris et du Rhône.

Dans ces départements, le nombre de médecins présentant un taux de dépassement moyen supérieur à 150 % étant élevé, une progressivité de la mise en œuvre des actions sera assurée.

Cette progressivité ne doit pas conduire à un effort relativement moins important des médecins dans ces départements.

Principe 5 :

Lorsque le critère du montant moyen annuel de dépassement par patient est utilisé, il est tenu compte du revenu médian départemental par unité de consommation.

Le seuil de sélection est fixé à 3 % pour le rapport entre ces deux valeurs, à l'exception des spécialités dont l'activité nécessite un examen régulier des patients au cours de l'année (notamment pour la psychiatrie). Pour celles-ci, le seuil est fixé à 5 %.

L'application de ce principe nécessite de disposer d'une année de référence complète (1ère année d'application : 2014).