

Rédacteurs en Chef :

- Philippe Houcke
- Jacques Corallo

LES FICHES PRATIQUES DU SYNMAD N°33

L'AVENANT N°8

SOMMAIRE

I. Introduction

II. Quelles sont les conséquences pratiques de cet avenant pour les hépato-gastroentérologues ?

A. Pour les praticiens en secteur 1

B. Pour les praticiens en secteur 2

III. Le nouveau contrat d'accès aux soins

IV. Rappel des différentes cotisations sociales secteurs 1 et 2

Vous retrouverez sur le site du Synmad dans la rubrique **publications**, plusieurs informations complémentaires comme des fiches, circulaires ministérielles, décrets ... Ceci sur indiqué dans la fiche par : (🌐)

<http://www.synmad.com>

Pour toute correspondance ou information complémentaire, vous pouvez joindre le rédacteur de la fiche par e-mail : t.helbert@wanadoo.fr

I. Introduction

Les négociations de cet avenant ont eu comme socle la volonté affichée du Président de la République et du Gouvernement de sécuriser l'accès aux soins de tous les français en encadrant les dépassements d'honoraires, et en mettant en place, pour améliorer l'accès aux soins, un nouveau contrat pour les médecins en secteur 2. Il n'a jamais été question de remettre en cause la liberté d'installation. Ces négociations ont permis d'obtenir une première vague de revalorisation notamment, pour les médecins du secteur 1, revalorisation bien sûr insuffisante, mais néanmoins tangible.

Par ailleurs, la négociation a permis aux médecins de secteur 1 et en priorité, dans un premier temps, aux anciens Chefs de clinique de les rendre éligibles au contrat de solidarité d'accès aux soins. Cet avenant n°8 protège également le secteur 2 des effets destructeurs, qu'aurait eu le recours à la loi voulu par le Gouvernement en cas d'échec des négociations, et dont on a pu mesurer l'impact sur l'encadrement du secteur privé à l'Hôpital.

II. Quelles sont les conséquences pratiques de cet avenant pour les hépato-gastroentérologues ?

A. Pour tous les praticiens en secteur 1 ou intégrant le contrat d'accès aux soins, majoration de 5 € sur les actes cliniques CS, C2, chez les patients âgés de + de 85 ans, applicable au 1^{er} Juillet 2013 et, pour ceux de + de 80 ans, applicable au 1^{er} Juillet 2014. L'augmentation de l'espérance de vie et la prise en charge des pathologies lourdes, notamment cancéreuses, dans notre patientèle âgée sont donc prises en compte.



**SYNDICAT NATIONAL DES MÉDECINS FRANÇAIS
SPÉCIALISTES DE L'APPAREIL DIGESTIF**

79, rue de Tocqueville • 75017 PARIS
Tél. : 01 44 29 01 30 ou 01 44 29 01 23 • Fax : 01 40 54 00 66
www.synmad.com • E-mail : Synmad@wanadoo.fr

La finalisation définitive de la CCAM technique à la valeur des actes permet de consolider définitivement la perte initiale de 2004 de 30% de la valeur de l'oesogastroduodénoscopie et de la coloscopie. Les autres actes thérapeutiques ou chirurgicaux atteignant leur valeur cible permettront aux Hépato-Gastroentérologues qui les pratiquent d'obtenir, à terme, une majoration significative.

Exemples :		Valeur actuelle	Valeur cible
Echoendoscopie BilioPancréatique sans biopsie	HMJQ001	245,94 €	310,03 €
Ablation de calcul de la VBP	HMGE002	330,20 €	342,30 €

Cette majoration se fera en 3 étapes plus rapprochées : 01/07/2013, 01/03/2014 et 01/01/2015.

Bien évidemment, à partir de la finalisation de cette dernière étape, il est indispensable de remettre en cause la méthodologie appliquée à notre spécialité et de mettre enfin en place une réévaluation du coût de la pratique correspondant à la réalité de nos charges de production.

Au 1^{er} Juillet 2013, le C2 consultant pourra être coté, par tous, tous les 4 mois au lieu de 6 actuellement. Cela correspond pour les Hépato-gastroentérologues à une reconnaissance du suivi de pathologies chroniques et chronophages, puisque, dans le cadre des pathologies tumorales, des maladies inflammatoires chroniques intestinales, des hépatopathies chroniques en dehors de complications, nous sommes souvent amenés à revoir ces patients dans ces délais. Nous rappelons ici que les règles qui s'appliquent au C2 restent les mêmes à savoir, que l'adressage peut être fait par n'importe quel moyen, qu'il soit écrit, téléphonique ou oral, que vous ne pouvez coter une consultation de synthèse après un C2 si vous avez réalisé vous-même des explorations endoscopiques et d'imagerie pour étayer votre diagnostic.

Nous rappelons également qu'après une endoscopie thérapeutique, vous avez un délai de carence de 15 jours, pendant lequel vous ne pouvez coter de consultation. Cette carence ne s'applique pas aux examens endoscopiques avec biopsies et qui participent à l'élaboration du diagnostic et du protocole de soin. Nous voyons actuellement trop d'interprétations erronées de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, demandant remboursement d'indus sur ce thème.

B. Pour les praticiens en secteur 2

Le secteur 2 a été sauvegardé même si l'encadrement devient beaucoup plus prégnant. Le suivi des dépassements dits abusifs sera traité de façon équitable, la référence aux titres et travaux a disparu, ainsi les hospitalo-universitaires et les libéraux seront logés à la même enseigne. Les modalités de ce suivi seront bien définies par la Commission Paritaire Nationale composée de façon égalitaire par les caisses et les syndicats médicaux signataires. Le caractère « excessif » sera apprécié non pas acte par acte mais au regard de la pratique globale du médecin.

Les commissions régionales auront donc à leur disposition un ensemble de critères de sélection au sein desquels le taux de dépassement de 150 % du tarif opposable (soit 2 fois et demie le tarif SECU) pourra servir de repère et non de valeur sanction. Ce taux pourrait faire l'objet d'adaptation dans certaines zones géographiques limitées, comme par exemple certaines grandes villes.

Il n'est qu'un indicateur parmi d'autres, il n'est pas un plafond. Il n'est mentionné que dans le préambule à titre d'affichage, et n'est pas repris à l'article 3 des critères retenus pour caractériser une pratique tarifaire abusive. C'est donc aux commissions paritaires régionales de décider s'il y a « dépassement abusif » ou non, en tenant compte des spécificités locales.

Les critères d'évaluation qui correspondent à l'article 75 de la convention nationale, pour apprécier le caractère excessif de la pratique tarifaire, s'effectuent en regard de tout ou partie des critères suivants :

- le rapport entre la somme des honoraires facturés aux assurances sociales au-delà du tarif opposable et la somme des tarifs opposables des soins délivrés par le médecin (taux de dépassement),
- la croissance annuelle du rapport ci-dessus,
- la fréquence des actes avec dépassement et la variabilité des honoraires pratiqués,
- le tarif 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 peut tenir également compte des niveaux d'expertise et de compétence.

Exemples en HGE secteur 2

ACTE	TARIF SECURITE SOCIALE	DEPASSEMENT DE 150%	TOTAL HONORAIRES AVEC UN DEPASSEMENT DE 150 %
CS (*)	23,00€	34,50 €	57.50 €
C2	46,00€	69,00 €	115,00€
C3	69,00€	103,50 €	172,50€
Oesogastroduodénoscopie	96,00€	144,00€	240,00€
Coloscopie	153,60€	230,40€	384,00€
Échographie abdominale	56,70 €	85,41€	142,11€

(*) Pour les patients CMU et ACS, les majorations : CS + MCS + MPC (28,00 €) s'appliquent pour les Hépto-Gastroentérologues secteur 2.

III. Le nouveau contrat d'accès aux soins

Ce contrat d'accès aux soins est ouvert aux médecins de secteur 2 ou ayant droit au DP et à tous les anciens chefs de secteur 1 (sans distinction de date de diplôme), ce qui permet de réparer l'injustice qui leur a été faite. Le quota de 50 % de médecins adhérents exigible pour la mise en route du contrat d'accès aux soins a été abaissé à 33 % et pourrait être revu à la baisse par la Commission Paritaire Nationale si besoin. Il n'est donc pas opposable.

Ce contrat est fixé à 3 ans. Le médecin peut en sortir tous les ans, en adressant une lettre de résiliation à la caisse à la date anniversaire du contrat. Il rejoint alors son secteur d'origine qu'il soit en secteur 1 ou 2.

Quelles sont les obligations de ce contrat ?

En signant le contrat d'accès aux soins, le médecin de secteur 1 ou 2 s'engage :

- A appliquer des compléments d'honoraires limités à 100 % du tarif opposable,
- A ne pas augmenter le niveau des compléments d'honoraires qu'il pratique habituellement pendant les 3 années du contrat. Cet élément est bien sûr défavorable pour les praticiens en secteur 2 qui pratiquent un taux raisonnable et qui seront ainsi figés pour 3 ans,
- A réaliser la part de son activité au tarif Sécu par rapport à l'année 2012 en y incluant les urgences, les CMU et les bénéficiaires de l'ACS (que vous effectuez déjà pour la plus grande majorité d'entre vous).

Pour les nouveaux installés et les anciens chefs en secteur 1, la part d'activité minimale en tarif opposable est fixée à 30 %, et les compléments d'honoraires seront conformes à la moyenne régionale constatée.

ACTE	TARIF SECURITE SOCIALE	DEPASSEMENT DE 100%	TOTAL HONORAIRES DEPASSEMENT DE 100 %
CS	23,00 €	23,00 €	46,00 €
CS coordonné (CS + MCS + MPC)	28,00 €	28,00 €	56,00 €
C2	46,00 €	46,00 €	92,00 €
C3	69,00 €	69,00 €	138,00 €
Oesogastroduodénoscopie	96,00 €	96,00 €	192,00 €
Coloscopie	153,60 €	153,60 €	307,20 €
Échographie	56,70 €	56,70 €	113,40 €

En contrepartie, le praticien bénéficiera :

- de l'alignement des cotations et du remboursement sur celles du secteur 1 (28 euros par exemple pour la CS)
- du financement des cotisations sociales sur la part d'activité réalisée à tarif opposable (sans dépassement) par l'assurance maladie.
- pour ses patients, de la solvabilisation de leur reste à charge par les assurances complémentaires.

Les praticiens ont jusqu'au 30 Juin 2013 pour s'engager dans ce nouveau contrat.

IV. Rappel des différentes cotisations sociales secteurs 1 et 2

	Médecin secteur 1	Médecin secteur 2
Assurance maladie (CNAMTS)	0,11 %* Assiette : totalité des revenus non salariés * Prise en charge des Caisses maladie : 9,70 %.	9,81 % Assiette : totalité des revenus non salariés
Assurance maladie (RSI, ex CANAM)	NA	0,60 % jusqu'à 36 372 € 5,90 % du revenu au-delà de ce plafond et dans la limite de 181 860€ (5 PSS)
Allocation familiales (URSSAF)	0,40 %** jusqu'à 36 372€ 2,50 % au-delà ** Prise en charge des Caisses maladie : 5% jusqu'à 36 372 €, 2,90% au-delà	5,40% sur la totalité des revenus non salariés.

Dr Thierry HELBERT
Président du SYNMAAD