

**AVENANT N°8
A LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT
LES RAPPORTS ENTRE LES MEDECINS LIBERAUX
ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNEE LE 26 JUILLET 2011**

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment l'article L. 162-5,

Vu la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011, publiée au Journal officiel du 25 septembre 2011.

Préambule

En France, 75% des médecins libéraux exercent en secteur 1. Les assurés sont pris en charge par ces praticiens au tarif de la sécurité sociale, quels que soient leur lieu de résidence et leur condition sociale.

Pour autant, l'amélioration de l'accès aux soins reste une priorité des pouvoirs publics et des partenaires conventionnels. En effet, si l'accès aux soins est aujourd'hui facilité du point de vue financier par l'existence de tarifs opposables, 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.

Au-delà de la couverture maladie universelle complémentaire, qui permet à plus de 4 millions d'assurés sociaux d'accéder aux soins sans reste à charge, 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.

En premier lieu, les dépassements excessifs sont régulièrement dénoncés par les représentants des assurés sociaux ou des patients. Si elles sont le fait d'une minorité de médecins libéraux, ces pratiques tarifaires atypiques nuisent à l'exercice libéral et doivent donc faire l'objet d'un dispositif conventionnel de régulation efficace comportant des sanctions suffisamment 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 deuxième lieu, les partenaires conventionnels souhaitent, par le présent avenant, apporter des réponses structurelles aux difficultés rencontrées par les assurés pour accéder plus généralement aux soins spécialisés, en garantissant notamment aux patients dont les revenus sont les plus modestes d'accéder à des soins aux tarifs opposables quel que soit le secteur d'exercice du médecin libéral. Dans ce contexte, un nouveau contrat d'accès aux soins est proposé aux médecins de secteur 2 dans l'objectif de mieux rembourser les patients et de développer l'activité à tarif opposable.

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. Ils souhaitent donc favoriser un rééquilibrage progressif des tarifs ou des autres modes de rémunération au profit des médecins exerçant en secteur à honoraires opposables et des médecins adhérant au contrat d'accès aux soins. Ce rééquilibrage s'inscrit dans le cadre de la diversification des modes de rémunération initiée dans la convention pour mieux valoriser la qualité des pratiques et la meilleure coordination entre professionnels de santé.

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. Les médecins qui s'installent dans les lieux les plus difficiles, les territoires les plus fragiles verront leur activité valorisée par ce système de forfait. Ces objectifs seront poursuivis dans le cadre d'une prochaine négociation conventionnelle qui s'engagera dès l'adoption de la loi de financement de la sécurité sociale pour se conclure avant la fin du premier quadrimestre 2013. Elle aura vocation à généraliser progressivement les forfaits médecins traitants et à prévoir leur valorisation selon un calendrier cohérent avec celui établi dans le présent avenant pour la CCAM.

En conséquence, les parties signataires à la convention nationale conviennent de ce qui suit.

Article 1

Est ajouté un article 35.3 de la convention nationale rédigé dans les termes suivants :

« Article 35.3. Pratique tarifaire des médecins exerçant en secteur à honoraires différents et titulaires du droit à dépassement permanent

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. ».

Article 2

Sont ajoutés les articles 35.4 et 35.5 de la convention nationale rédigés dans les termes suivants :

« Article 35.4. Engagement de l'assurance maladie sur l'accessibilité au dispositif ACS