

# L'AVENANT N° 8 POUR LES DERMATOLOGUES

## A. LE CONTRAT D'ACCES AUX SOINS

L'adhésion (facultative) au contrat d'accès aux soins (CAS) est réservée aux médecins du secteur 1 anciens chefs de clinique ou aux médecins de secteur 2. Il permet d'obtenir les « avantages » du secteur 1 (remboursement pour les patients, prise en charge de sécurité sociale) combinés à un dépassement d'honoraires modéré.

Sa durée est identique à celle de l'avenant n° 8 soit 3 ans

Il est résiliable 1 fois/an. Rien n'est prévu clairement au bout des 3 ans. Nasse pour les secteurs 2 ?

En cas de non respect du contrat, possibilité de dénonciation par la caisse et réclamation des avantages « indûment » accordés

OK pour anciens chefs de secteur 1.

Pour les autres : rester en secteur 2

## B. LES CONDITIONS DE TRAVAIL

### 1. AVIS DE CONSULTANT

Le délai de consultation autour de l'avis ponctuel de consultant passe de 6 mois à 4 mois.

### 2. CMU et ACS (AIDE À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ)

**Obligation de donner des soins au tarif opposable sur présentation de l'attestation ACS quelque soit le secteur d'exercice. (Article 35.3.)**

L'ACS est créée pour les gens à revenus modestes situés au-dessus du plafond d'attribution de la CMU (actuellement 763 000 bénéficiaires pour un potentiel de 2 millions de personnes contre 4,4 millions de personnes en CMU-C)

Plafond d'attribution : + 35 % du montant du plafond de la CMU-C, soit 10 491 € par an pour une personne seule et 16000€ et pour un couple.

Après demande de l'ACS une attestation est obtenue. Celle-ci donne droit à une réduction de cotisation à une complémentaire santé. Ce bonus est variable selon l'âge (de 100 euros à 16 ans à 500 euros au delà de 60 ans)

#### Tarifification d'actes en ACS

Majorations applicables identiques en CMU-C et ACS (soit 28 euros la Cs)

### 3. LES CONDITIONS DE TRAVAIL EN SECTEUR 1

Peu de changement en secteur 1 sauf pour les anciens chefs éligibles au secteur optionnel

#### MPA (uniquement pour secteur 1 et CAS) :

Prime forfaitaire trimestrielle pour prise en charge des personnes de plus de 85 ans (à partir du 01/07/2012)

**Évolution prévue du C ou du Cs : aucune indication de date ou de montant**

### 4. LES CONDITIONS DE TRAVAIL EN CONTRAT D'ACCES AUX SOINS :

Les mêmes qu'en secteur 1 à part l'autorisation de dépassement jusqu'à 100% du tarif secu avec prise en charge équivalente des cotisations sociales etc...

sur Cs = 28 > 56 euros

sur Cs = 23 > 46 euros

#### Évolution prévue de la rémunération en CAS : aucune

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

« Le médecin qui souscrit le contrat d'accès aux soins s'engage à faire bénéficier ses patients de l'amélioration du tarif de remboursement des soins.

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 oeuvre de la revalorisation des tarifs de remboursement et de la **baisse des dépassements**. »*

***Article 2 de l'annexe XIX** : « les hausses tarifaires applicables au tarif opposable bénéficient intégralement au patient par l'amélioration de sa base de remboursement, le patient bénéficiant alors d'une diminution équivalente du dépassement. »*

## **5. LES CONDITIONS DE TRAVAIL EN SECTEUR 2 :**

**Restent inchangées en dehors de la limitation du dépassement à 150% du tarif de base.**

Les dépassements seront vraisemblablement moins bien voire plus du tout remboursés en secteur 2 (Sous-Titre 3. Contrat d'accès aux soins : « 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. »)

*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. ».*

## **C. JURIDICTION DES ABUS**

**En cas de non respect des tarifs vertueux, les caisses seront juges et parties,**

**Le repérage des déviants est statistique.**

- Avertissement (valable 3 ans)
- Envoi du relevé de constatations en cas de déviance persistante ou renouvelée
- observations écrites du médecin
- Entretien avec le directeur de la CPAM et compte rendu d'entretien
- examen du cas par la CPR (commission paritaire régionale)
  - > sanction avec possibilité de faire appel en CPN
- avis de la CPN après avis devenu purement consultatif de l'ordre

**Composition des commissions paritaires vue par les spécialistes : vous avez dit « à charge ? »**

La CPR comme la CPN est constituée de 24 membres :

- 12 représentants de l'assurance maladie
- 6 généralistes et 6 spécialistes (de préférence issus des syndicats signataires ?)

## **D. LA REVALORISATION DES ACTES**

**C et Cs** : aléatoire car l'avenant conformément aux souhaits de la ministre privilégie la mise en place de forfaits différents d'une spécialité à l'autre et bénéficiant principalement aux généralistes.

**Orientation évidente de la rémunération des généralistes vers une pyramide de forfaits**

Aucune échéance n'est fixée

**CCAM** : Aucun chiffre n'est avancé, seulement trois dates (juillet 2013, mars 2014, janvier 2015) avec des formule de revalorisation dont on ne connaît pas le taux. Donc sans valeur car le président van Roekeghem est un spécialiste des promesses non tenues.

Aucun tableau de revalorisation d'actes CCAM n'est publiés excepté pour les actes en baisse (imagerie)

Tarif CCAM revalorisé = tarif année n + taux de revalorisation × (tarif cible- tarif de référence)