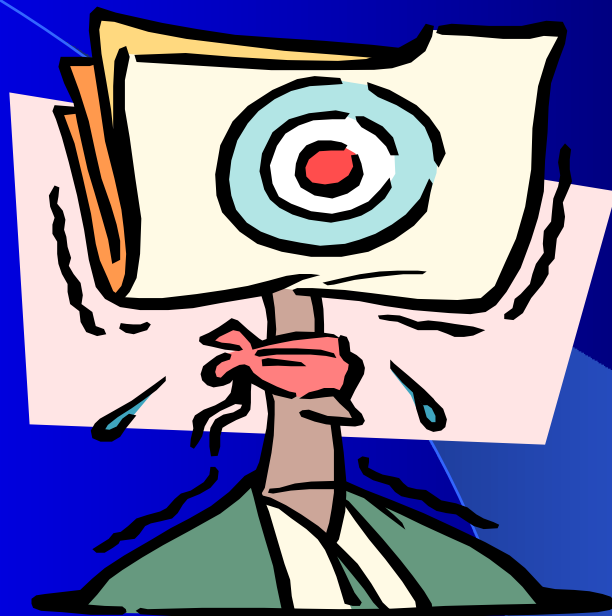


# LES EFFETS DE LA NOUVELLE CONVENTION

- Effets sur le patient
- Effets sur le soignant
- Effets sur le système de santé

# EFFETS SUR LE PATIENT



## ❖ **L'obligation de choisir un « Médecin Traitant »**

doit conditionner le taux de remboursement de l'Assurance Maladie : plus moyen d' « essayer » le médecin de sa belle sœur, ou d'aller tester le jeune installé du coin...

Le discours politique accuse le nomadisme médical quand la Caisse d'Assurance maladie est parfaitement capable de repérer les fraudeurs sans chercher à contraindre tout un chacun.

Sur quoi s'appuie notre ministre ?

# ❖ **Le Dossier Médical (Partagé puis)**

## **Personnel :**

Si chacun s'accorde à reconnaître l'intérêt d'un dossier commun réunissant les informations, d'autres se posent plusieurs questions :

- **Le contrôle de l'identité** : est-ce l'intérêt majeur ?
- **Le secret** : droit à l'oubli que doit pouvoir opposer le patient ; secret vis à vis des Médecins Conseils ne permettant de divulguer que les informations « strictement indispensables » (art50 du Code de Déontologie) ; secret vis à vis des assureurs (dossier accessible au patient : pressions ?)
- **La coordination** : est ce qu'un empilement de données suffit à créer un outil de coordination ?

## ❖ **Création d'un super ticket modérateur de 5% le « forfait un euro »,**

**non remboursable** par les mutuelles et assurances complémentaires, qui pourra coûter pour les personnes malades bénéficiaires de l'ALD ainsi que pour les accidentés du travail jusqu'à 50 unités par an pour l'instant l'unité étant de 1 € : *petit euro deviendra grand...*

Rappel : forfait hospitalier à sa création : 3.05 €  
prévisions 16 € en 2007

## ❖ **Le « forfait 18 euros »**

Depuis le 1er septembre 2006, il s'applique à tout acte technique **diagnostic ou curatif** (chirurgical) pratiqué **en ambulatoire ou en hospitalisation** **de plus de 91€**

En sont exemptés les actes radiologiques et toute personne bénéficiant d'une prise en charge à 100% (ALD, invalide, femme enceinte...)

*Sur quelle base et quel constat ???*

## ❖ La disparition de la dispense d'avance des frais

liée à l'option médecin référent, va entraîner encore plus de renonciation aux soins pour les 1.8 millions d'assurés et leurs enfants, bénéficiaires de cette mesure.

Cette disparition du tiers payant (ou encore dispense d'avance de frais = DAF) va se faire sans heurt, avec l'abandon des médecins qui la pratiquaient du fait des tracasseries administratives et des pénalités (-10% de règlement) s'ils font des erreurs de cotation

**--alors que dans le paiement direct, ce sont les patients qui font les frais de ces erreurs--**

## ❖ Flicage des ALD

(Affections Longue Durée prises en charge à 100%)  
avec **définition stricte d'un protocole de soins** qui restera seul opposable

Rappelons que l'ALD est souvent un accès au soins facilité pour les personnes retraitées qui perdent en général à ce moment là le bénéfice des complémentaires d'entreprise.

D'ailleurs la Haute Autorité de Santé s'indigne du fait que les dépenses supportées par les malades en ALD pourraient être inférieures à celles de certains patients qui n'en bénéficient pas. L'HAS envisage des modifications des critères médicaux en fonction des stades de la maladie. (mai 2006 Rapport de l'HAS)

455 millions d'économies escomptées



## ❖ **Contrôle des arrêts de travail :**

Soumission de ces arrêts à l'accord du médecin conseil  
voire au contrôle patronal par l'intermédiaire de  
médecins contrôleurs directement payés par l'entreprise

Obligation de **prescription de l'arrêt par  
le médecin traitant**

Risque pour le salarié  
**de ne pas toucher voire de devoir rembourser  
les indemnités journalières.**

150 millions d'économies

## ❖ **Augmentation du ticket modérateur**

Par la **multiplication des actes** à travers le parcours coordonné, les C2, la **revalorisation** des honoraires des spécialistes, la nouvelle nomenclature des actes techniques (CCAM), les **dépassements d'honoraires**, et la prévision de l'**indexation du Ticket Modérateur** (baisse du taux de remboursement) en fonction de l'augmentation des dépenses de santé vont alourdir la **part privée des dépenses liées aux soins**.

Suivra une **augmentation du coût des complémentaires** pour les 90% de ceux qui en possèdent une.

Et un risque de **renonciation aux soins** pour ceux qui n'en ont pas et même ceux qui en ont.

## Parcours de soins coordonné

## Parcours de soins non coordonné

# TARIFS EN 2006

**Coût du parcours :**  
**C+C2+C = 84€ TM 28,20€**  
**C+CS+C = 70€ TM 24€**

**PATIENT**

### MEDECIN TRAITANT

**Généraliste**  
 -- secteur 1 : maintien C à 21€ **TM 7,3€**  
 -- secteur 2 : honoraires libres non plafonnés

**Spécialiste**  
 -- secteur 1 : CS à 28 ou 33€ **TM 9,4 ou 16,5€**  
 -- secteur 2 : honoraires libres non plafonnés

### CORRESPONDANT GENERALISTE

**- Secteur 1 ou 2 : option de coordination C = 24 € TM 8,20€**  
**- Secteur 2 : sous option de coordination dépassement autorisé pour les actes techniques +15%**  
**- secteur 2 : sans option de coordination honoraires libres C >> 21€ TM >> 7,30€**  
 actes techniques : **dépassement libre >> 15%**

### CORRESPONDANT SPECIALISTE

**- Secteur 1 ou 2 avec option de coordination**  
 \*Avis ponctuel : C2 = 42€ **TM 13,60€**  
 \*Suivi régulier : CS = 28€ **TM 9,40€**

**- Secteur 2 avec option de coordination : dépassement autorisé actes techniques +15%**  
**- Secteur 2 : sans option de coordination, CS = 23€ honoraires libres TM >> 7,90€**  
 actes techniques : **dépassement libre >> 15%**

### SPECIALISTES EN ACCES DIRECT

sans baisse du remboursement  
 CS = 28 ou 33€ **TM 9,40 ou 16,50€**  
 Tarif 28€ pour  
 -- **Gynécologie** : actes de dépistage, prescription et suivi de contraception.  
 -- **Ophtalmologie** : prescription et renouvellement de verres correcteurs, acte de dépistage et de suivi du glaucome)

### GENERALISTE

-- Secteur 1 : C = 21€ **TM 9,40€**  
 -- Secteur 2 : honoraires libres non plafonnés **TM >>> 9,40€**  
 -- Actes techniques secteur 1 **dépassement autorisé +17,5%**  
 (Baisse du remboursement de la Sécurité Sociale)

### SPECIALISTE

-- Secteur 1 : dépassement d'honoraires autorisé jusqu'à 33€ **TM 19€**  
 Actes techniques : **dépassement autorisé +17,5%**  
 -- Secteur 2 : honoraires libres non plafonnés **TM >> 19€**  
 et actes techniques **>> 17,5%**  
 (Baisse du remboursement de la Sécurité Sociale)

### NB :

-- **TM = ticket modérateur incluant le forfait "1€" non pris en charge par les complémentaires**

# Tarifs du médecin généraliste

- Consultation d'un adulte ou enfant de plus de 6ans  
**21€**
- Acte de coordination (adressé par un autre généraliste)  
**24€**
- Consultation d'une enfant de 2 à 6ans **24€**
- Consultation d'un nourrisson (0 à 24 mois)  
**26€**

**Le remboursement** sera pour les adultes et femmes hors grossesse  
si Médecin traitant : **70%**  
sans MT : **60%**

# Tarifs du spécialiste de secteur 1

## ❖ Parcours coordonné

### Pour un suivi régulier :

- Consultation adressé par le médecin traitant :  
28€ (BR 28€)

(Psychiatre 41€, Cardiologue 49€)

### Pour un avis ponctuel : 42€ (BR 42€)

(Psychiatre 52.50€)

## ❖ Hors parcours coordonné :

33€ (BR 25€)

=> **Augmentation importante des tarifs des spécialistes de secteur 1 (de 23 à 28 ou 33 ou 42€...)**

# Tarif des spécialistes de secteur 2

## Dans un parcours de soin coordonné :

- Suivi régulier avec option de coordination :  
tarif = 28€ (BR 28€)
- Suivi régulier sans option de coordination :  
BR = 23€ (dépassement « avec tact et mesure »)  
(Psychiatre 34.30€, cardiologue 45.73€)
- Avis ponctuel avec ou sans option : BR = 42€  
(Psychiatre BR = 52.50€)

## ❖ Hors parcours coordonné :

BR = 23€ x 60%

# Ophtalmologue et gynécologue

## ❖ Vous avez déclaré un médecin traitant

Suivi régulier\* secteur 1 ou 2 avec option de coordination : BR = 28€

Hors suivi régulier secteur 1 : 33€ et BR=25€

secteur 2 : X€ BR = 23€

## ❖ Vous n'avez pas déclaré de médecin traitant

Secteur 1 : 33€ BR 25€

Secteur 2 : X€ BR 23€

\*\* *Gynécologues : contraception, suivi de grossesse, dépistages périodiques, IVG.*

*Ophtalmologues : prescription et renouvellement de lunettes, dépistages et suivi de glaucome*

# Cas des psychiatres

**Accès direct autorisé pour les jeunes de 16 à 25 ans pour les psychiatres et neuro-psychiatres**

- Secteur 1 : 41 € BR 41€
- Secteur 2 : X€ BR 34.30€



# Pour la CMU et les tiers payants

**Si absence de choix de Médecin Traitant :**

⇒ *Diminution de 10%* du remboursement des professionnels

Cas des radiologues et autres médecins faisant des actes techniques coûteux qui refusent de faire les examens aux bénéficiaires de la CMU qui n'auraient pas signé et fait enregistrer leur contrat médecin traitant

⇒ **Climat de suspicion créé vis à vis des bénéficiaires de la CMU**

# Apprendre à lire une feuille maladie

## CONDITIONS de PRISE en CHARGE des SOINS (à remplir par le médecin)

<b>MALADIE</b>	exonération du ticket modérateur : non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	<i>(si oui, cochez une case de la ligne suivante)</i>										
acte conforme au protocole ALD	<input type="checkbox"/>	action de prévention	<input type="checkbox"/>	personne visée à l'art. L. 115	<input type="checkbox"/>	autre	<input type="checkbox"/>						
accident causé par un tiers :	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	date	J   J	M   M	A   A	A   A						
<b>MATERNITE</b>	date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement			J   J	M   M	A   A	A   A						
<b>AT/MP</b>	numéro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	date	J   J	M   M	A   A	A   A
si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case		<input type="checkbox"/>											
si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous <i>(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)</i>													
nom et prénom du médecin traitant :													
accès direct spécifique	<input type="checkbox"/>	urgence	<input type="checkbox"/>	hors résidence habituelle	<input type="checkbox"/>	médecin traitant remplacé	<input type="checkbox"/>	accès hors coordination	<input type="checkbox"/>				

# Ineptie du parcours

## ❖ Parcours de soins coordonné secteur 1 :

C (MG) + CS (MS) avis ponctuel

$$\Rightarrow \text{RAC}^* = (7.30 + 13.60) = 20.90\text{€}$$

Parcours de soins coordonné secteur 2 :

$$\Rightarrow \text{RAC}^* = \text{TM } 20.90\text{€} + \text{dépassement}$$

## ❖ Consultations Hors parcours :

• Secteur 1 : CS  $\Rightarrow \text{RAC}^* = 19\text{€}$

• Secteur 2 : CS

$$\Rightarrow \text{RAC}^* = \text{TM } 10.20\text{€} + \text{dépassement}$$

\*RAC : Reste à Charge

# Contradictions du gouvernement

Ceci sans parler du coût pour la Sécurité Sociale...

- ❖ En parcours coordonné :  $C + CS = 13.70 + 28.40\text{€}$  soient **42.10€ remboursés**
- ❖ Hors parcours :  $CS = 12.80\text{€}$  remboursés

**...où sont les économies, si ce n'est pas dans la renonciation aux soins ?**

## Quelques chiffres :

- ❖ La prise en charge des ALD a augmenté de 11% en 2003 mais on n'a pas fait l'analyse de ces résultats : augmentation du nombre de bénéficiaires ? Témoin d'une plus mauvaise santé des Français ?
- ❖ Un point de chômage soit 250.000 personnes entraîne une perte de recettes comprises entre 0.6 et 1.2 milliard d'euros par an.
- ❖ L'exonération des charges patronales en 2003 représente une perte de 7.5 milliards d'euros pour l'Assurance maladie, et 24,3 milliards sont prévus en 2006 (article Les Echos du 17 oct. 2005 ; Le Monde 19 oct.2005).

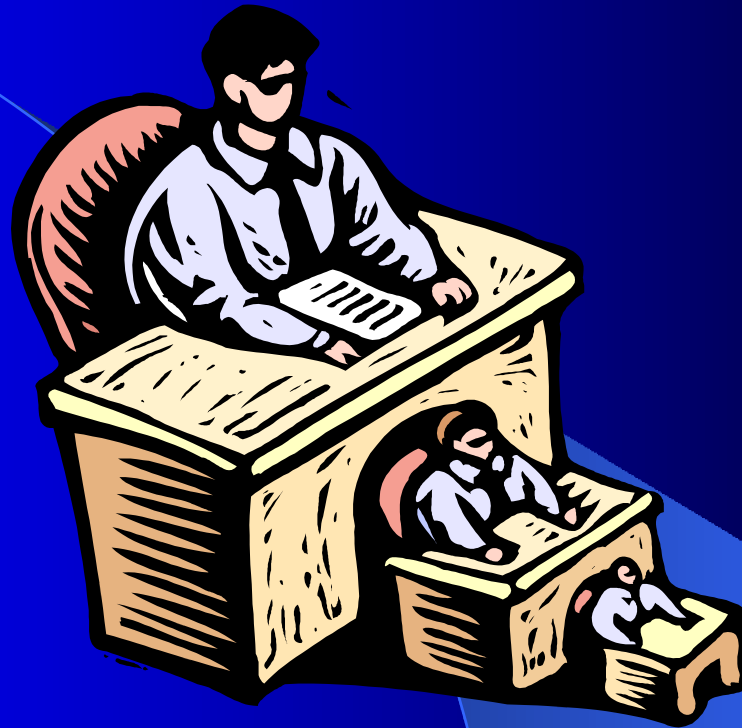
D'après la Sécurité sociale : site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

- ❖ SMIC horaire brut = 8.27 € en 2006 : concerne 2.54 millions de salariés soit 16.8% des Français ; 4 smicards sur 10 travaillent à temps partiel, 80% d'entre eux sont des femmes
- ❖ 3.44 millions de personnes vivent de minima sociaux, 6 millions de personnes en incluant les ayant-droits
- ❖ 1.23 million touchent le RMI (449€) fin 2004 : leur nombre a augmenté de 8.2% en 2004 par rapport à 2003
- ❖ Plus de 4 millions de personnes en 2004 vivent en-dessous du seuil de pauvreté dont 1 million d'enfants.
- ❖ 11.2% de la population adulte déclarait en 2002 avoir renoncé à des soins pour des raisons financières

Rappel : avant la mise en place de la CMU et de l'Option Médecin Référent, ils étaient 25% en 1995).

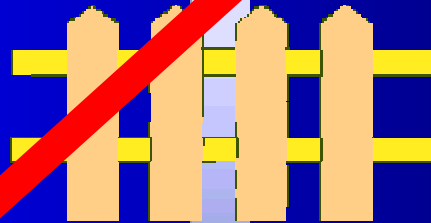
**Attendons les chiffres de 2007...**

# EFFETS SUR LE SOIGNANT



**LA FILIERE :**  
ce à quoi on a échappé

**Généraliste**



**Spécialiste**

**CSMF!**

TROISIEME DIAPO DU  
DIAPORAMA DE LA CSMF



## **Disparition de l'option référent :**

L'ouverture qu'elle offrait à une **rémunération différente du paiement à l'acte** par le forfait annuel permettait d'indemniser le médecin volontaire pour son travail de synthèse de dossier, de prévention, d'éducation à la santé, d'incitation à la prescription de génériques, d'incitation à la Formation Médicale Continue, de participation à la permanence de soins.

Elle permettait de pratiquer le **Tiers Payant (DAF)**

Rappelons que si cette option coûtait à la Caisse quelques 7.500 € par médecin, elle lui rapportait 19.000 € d'économies sur les prescriptions...

# Médecin référent, médecin traitant, c'est différent

	Médecin Référent	Médecin traitant
<b>CHOIX</b>	Généraliste. <b>Volontariat</b> pour le médecin et le patient.	Généraliste ou spécialiste. <b>Obligation</b> , liée au taux de remboursement
<b>AVANCE D'ARGENT</b>	<b>Dispense d'avance de frais</b> : concerne chez votre généraliste la part Assurance maladie (14€) et rien pour certaines complémentaires. <i>C'est une aide à l'accès aux soins</i>	Obligation de <b>faire l'avance des frais</b> sauf CMU. <i>C'est un recul pour l'accès aux soins</i>
<b>DOSSIER MEDICAL</b>	Votre dossier médical est <b>confidentiel</b> et reste au cabinet. Courriers adaptés aux spécialistes. <i>Le dossier est un outil de suivi et de coordination</i>	<b>Le Dossier médical personnel informatisé (DMP) obligatoire</b> , sert de vecteur de la transmission des actes. <i>Le DMP est un outil de contrôle attentatoire aux libertés individuelles.</i>
<b>COORDINATION DES SOINS</b>	Le référent fait le lien entre les soignants et non soignants. L'Assurance Maladie lui verse un <b>forfait annuel</b> de 45€ par patient et par an. <i>C'est une reconnaissance du travail de coordination.</i> <i>C'est une incitation à prendre son temps en consultation.</i> <i>C'est un début de paiement autre qu'à l'acte.</i>	Le médecin est en lien avec les autres soignants et non soignants qui sont sur votre parcours de santé. Forfait de 40€ ne lui est versé <b>que pour les patients en Affection Longue Durée</b> (10% de la clientèle en moyenne). <i>C'est un retour au paiement à l'acte.</i> <i>C'est une incitation à multiplier les actes</i>
<b>ACCES AUX SPECIALISTES</b>	Le passage par le Référent est facultatif mais encouragé car c'est lui qui fait la coordination. Spécialiste secteur 1, tarif conventionné, remboursement sur le taux habituel. Secteur 2 = dépassement. <i>Il y a déjà inégalités d'accès aux soins</i>	Le passage par le MT est obligatoire. L'accès direct au professionnel de santé est sanctionné par un moindre remboursement. En secteur 1, le spécialiste pourra demander un dépassement d'honoraire. Les délais de RDV risquent d'être plus longs en accès coordonné. <i>Il y a aggravation des inégalités d'accès aux soins</i>

# REFERENT ↔ TRAITANT

	Traitant	Référent
Abonnement	Non changement possible à tout moment	Oui annuel
1/3 payant	Non	Oui
PDS	Information pour assurer la continuité des soins	Obligatoire
Génériques	Non	Oui (quotas)
Suivi référentiel	Non	Obligatoire
Enquête épidémio	Non	Obligatoire
Rémunération	40 € anniversaire du PIREs	46 € (23 € + 23 € 1 an)
Budget annuel	310 M d'€	50 M d'€

# Dévalorisation de la médecine générale :

- par la perte de la spécificité de médecin « traitant » puisque même un spécialiste peut le devenir.
- création de différence entre diplômes avec reconnaissance du nouveau DES de Médecine Générale comme d'une spécialité et pas des diplômes de Médecine Générale plus anciens.
- aucune reconnaissance financière attribuée à la fonction de synthèse, de prise en charge de la personne dans sa globalité, de prévention, d'éducation à la santé, de reconnaissance de la formation individuelle continue

## **Fonction administrative renforcée sans contre partie avec :**

- Gestion du Dossier Médical Personnalisé, enregistrement des actes et des résultats.
- Etablissement des protocoles de soins des Affection Longue Durée (ALD) à travers le PIREs avec perte de la rémunération qui était liée à la demande de cette prise en charge à 100% des patients.

## **Atteinte à la liberté de prescription des arrêts maladie :**

- ❖ Le contrôle des arrêts de travail est centré sur des moyennes de secteur sans aucune analyse des populations à risques médicaux ou environnementaux.
- ❖ Le médecin prescripteur initial de l'arrêt de travail ou le médecin traitant sont les seuls à pouvoir prolonger cet arrêt de travail...

**Mise en place de sanctions financières  
pour les prescripteurs**

# Absence de conditions de Formation Continue Indépendante :

- Disparition de l'indépendance de la Formation Professionnelle Continue (FPC) par la nomination du Conseil Scientifique par le Comité Paritaire National : mais celui-ci pourra ne pas tenir compte des décisions du conseil nommé, s'il veut agréer une FPC récusée par ce même conseil.
- Fin de la régionalisation, réduction du nombre de journées de formation à 8 pour tous, différence de traitement entre spécialistes et généralistes de 20%.

## **Mise en place de moyens coercitifs pour l'installation des jeunes par :**

- l'obligation de rachat de clientèle pour s'assurer la transmission de contrats « médecins traitants » (revalorisation des « cessions de clientèles »)
- ou alors l'obligation de s'installer dans des zones de pénurie sans système d'incitation à l'installation pour l'instant bien défini

**Qui saura qu'il peut aller chez ce généraliste sans pénalité car son installation date de moins de cinq ans ?**



## **Absence d'organisation de la permanence de soins**

avec les effets désastreux dans certaines régions.

Quand les médecins spécialistes se voient attribuer des indemnités pour leurs « astreintes », ce qui est prévu pour les généralistes est dérisoire, spécialistes de toute pathologie la nuit.

# EFFETS SUR LE SYSTEME DE SANTE



# La santé : un bien de consommation

La normalisation des dépassements d'honoraires dans la logique « **parce que je le vaux bien** » à tout médecin spécialiste, transforme les mentalités de ces professionnels.

Ils deviennent des chefs d'entreprises lucratives parfois cotées en bourse.

Que pensez vous des actionnaires pour jauger de politiques de santé publique ?

# La Privatisation de la Sécurité Sociale

Les économies envisagées ne sont pas réalisables avec de telles mesures de dépenses engagées pour les revalorisations d'honoraires et la multiplication des actes.

Revalorisation honoraires spécialistes : 500 millions d'€  
revalorisation à travers la CCAM (examens complémentaires) : 180 millions d'€

Le résultat est évident : 1 milliard d'économies hypothétiques et 680 millions engagés dès maintenant. Les dépenses vont augmenter et le système sera déclaré, après tous les efforts qui auront été faits pour le rendre défaillant, ingérable.

**...Les assurances privées auront la voie libre.**

# Mise en place d'outils de contrôle des assurés :

Le Dossier Médical Personnalisé n'est que le vecteur de transmission des actes enregistrés selon les nouvelles nomenclatures : CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) et bientôt la CCAC (CCA Cliniques)

Cette transmission de données très précises et détaillées au travers de la CCAM et CCAC, va permettre la **rupture du secret professionnel** et le contrôle par les assurances complémentaires des données médicales.

**Les outils seront là pour sélectionner les patients  
« rentables »**

# ...et contrôler les prescripteurs « dispendieux »

**L'option de coordination** créée pour les médecins de **secteur 2** veut leur donner une nouvelle « vertu »

... en fait cette option prépare le terrain aux assureurs qui pourront soumettre les avantages de leurs contrats à la consultation de ces médecins, voire à créer de nouvelles « HMO » à l'américaine, tout en rendant **obsolète la notion de secteur 1** appliquant les tarifs opposables puisque ceux là pourront également dans certaines conditions pratiquer des dépassements certes « **mesurés** »...

# La gouvernance de la Sécurité Sociale

Le Directeur de l'UNCAM est le nouvel homme fort du dispositif, nommé par le gouvernement pour 5 ans.

Le MEDEF possède 50% des sièges du Conseil de l'UNCAM, et le directeur ne peut être désavoué que par une majorité des 2/3.

Il peut décider de la baisse du taux de remboursement en fonction du dépassement des objectifs de maîtrise des dépenses.

# A qui le profit ?

- Aux industries les plus rentables, liées aux médicaments, qui ne sont nullement visées dans cette réforme
- Aux entreprises de l'informatique qui vont pouvoir travailler pour ce Dossier Médical Partagé-Personnel
- Aux actionnaires qui auront de nouveaux marchés (assurances) rentables à conquérir





# Contre cela, nous mobiliser !

- Organiser des réunions d'information de tout public vis à vis des conséquences de cette réforme.
- Signaler les personnes en situation d'in-accès aux soins sur le site de l'ONRAM :  
Observatoire National de la Réforme de  
l'Assurance Maladie

**[www.onram.org](http://www.onram.org)**