

---

# Projet d'Avenant n°9

## Lecture critique et propositions

08/05/2021 - AVENIR\_SPE\_critique avenant9\_V3.docx

---

### Version 3.0

**Le Bureau d'Avenir Spé :** Patrick GASSER (président, gastro-entérologue), Brigitte VIREY (pédiatre), Etienne FOURQUET et Christian-Michel ARNAUD (anesthésistes-réanimateurs), Thierry BOUR (ophtalmologue), Claude COLAS (endocrinologue), Bruno STACH (pneumologue), Hélène LE HORS (chirurgien pédiatre), Vincent DIEBOLT (rhumatologue), Luc SULIMOVIC (dermatologue), Claude GERNEZ (psychiatre), Eric CHEVALLIER, Bruno SILBERMAN et Jean-Philippe MASSON (radiologues), Vincent PRADEAU, Eric PERCHICOT et Marc VILLACEQUE (cardiologues) et Jean-Pascal DEVAILLY et Georges de KORVIN (médecine physique et de réadaptation).

## I. INTRODUCTION

### A. Contexte

**Le projet d'Avenant n°9 à la Convention médicale a été présenté par la CNAMTS le 25/11/2020**, faisant suite au Ségur de la Santé et à la lettre de cadrage ministérielle du 19/08/2020 prévoyant des négociations conventionnelles portant sur :

- « *La structuration territoriale des soins, la coordination interprofessionnelle et le développement de l'exercice coordonné ;*
- *Le financement de la régulation et de l'effection de la réponse aux demandes de soins non programmés (sic) ;*
- *Des conclusions à tirer de l'essor de la télésanté pour renforcer l'accès aux soins. »*

Les négociations devaient aboutir à un déploiement accéléré des CPTS, une consolidation de leurs missions, un renforcement de la coordination des parcours de soins et de prévention... La négociation devait « *aussi avoir pour objectif de réduire les délais d'accès aux consultations spécialisées de second recours* » et cibler « *la revalorisation d'actes des spécialités dont l'activité est caractérisée par un faible recours aux actes techniques (gynécologues médicaux, pédiatres et psychiatres notamment)* ».

**Aucun syndicat n'a accepté de signer cet avenant à l'approche des élections aux URPS.** Le 10 décembre 2020, les négociations conventionnelles ont été suspendues par thomas FATOME, directeur général de la CNAM.

**L'Union syndicale AVENIR SPE LE BLOC a gagné près de 40 % des sièges des collèges de spécialistes aux élections URPS. Elle est ainsi devenue le premier syndicat représentatif des médecins spécialistes et ne pourra signer l'avenant n° 9 que s'il répond aux grands principes qu'elle défend pour la médecine spécialisée**

## B. Les grands principes défendus par l'Union AVENIR SPE LE BLOC

- **Une rémunération à l'acte** permettant de financer correctement les revenus et l'outil de travail du spécialiste
- **Une revalorisation de l'activité intellectuelle.** La rémunération du médecin doit être fondée sur une hiérarchie simple et facile à appliquer, l'expertise et le travail effectivement réalisés, indépendamment des critères administratifs.
- **Une modernisation et une revalorisation de la CCAM.** Il est rappelé que la CCAM a été conçue « diagnostic connu et indication posée), ne couvrant donc pas l'activité intellectuelle de diagnostic, d'élaboration d'un plan thérapeutique et de coordination.
- **Un accès assoupli au médecin spécialiste,** notamment en contexte d'urgence.
- **La fluidité de l'accès aux soins et l'optimisation des soins spécialisés impose de pouvoir réaliser et facturer dans la même séance une consultation et un ou plusieurs actes techniques.**
- **Un espace de liberté tarifaire** accessible à tous et harmonisé entre régions. Le remboursement des patients qui consultent un spécialiste en Secteur 2 ne doit plus être pénalisé par l'interdiction d'appliquer certaines cotations arbitrairement réservées au Secteur 1. L'OPTAM doit être assoupli et harmonisé.
- **Les zones de recrutement des médecins spécialistes est généralement plus large que les bassins de population sur lesquelles reposent les CPTS** conçues dans l'optique des médecins généralistes. Elles varient selon les types d'expertise, la disponibilité des plateaux techniques et les réseaux de compétences développés au niveau régional, interrégional et, parfois, national. Les spécialistes libéraux peuvent être les correspondants d'une ou plusieurs CPTS, mais ne sauraient voir l'organisation de leur exercice dictée par celles-ci.

## II. PRISE EN CHARGE DES SOINS NON PROGRAMMÉS DANS LE CADRE DE LA MISE EN PLACE DU SERVICE D'ACCÈS AUX SOINS (SAS)

### A. Ce que propose la CNAM

Le « Service d'Accès aux Soins repose sur les principes suivants :

- Une régulation par des médecins généralistes volontaires, payés 85 euros de l'heure avec prise en charge des cotisations sociales
- Une orientation des patients vers les médecins généralistes exclusivement. Un patient dont le médecin traitant n'est pas disponible sera orienté vers un autre généraliste, jamais directement vers un spécialiste.
- Pour les généralistes, la pratique d'actes en urgence pour des patients adressés par la régulation SAS génère une majoration selon une lettre clé spécifique, calculée à posteriori selon le volume d'actes pratiqués et versée trimestriellement jusqu'à un certain plafond...

La seule entorse au « Parcours de Soins » est que le médecin généraliste qui prendra le patient en charge pourra adresser au spécialiste, même s'il n'est pas le médecin traitant.

Le spécialiste ne peut coter une majoration MCU que si un généraliste a vu le patient préalablement. La majoration MCU impose de pratiquer un tarif opposable, quel que soit le secteur d'exercice.

## B. Commentaires

**Le dispositif SAS n'a été conçu que pour les généralistes.** Il ignore superbement le rôle joué par les spécialistes libéraux dans la prise en charge des urgences ambulatoires.

**Il restera bien plus simple pour un patient de s'adresser au service des urgences** d'un établissement de soins où il sera pris en charge par un spécialiste urgentiste qui prendra généralement l'avis d'un spécialiste d'organe...

Cette limitation de l'accès direct en urgence au spécialiste est également en **contraste avec la libéralisation de l'accès aux professionnels paramédicaux** : sages-femmes, infirmières, kinésithérapeutes...

Il est illogique et contreproductif de **vouloir résoudre un problème d'accès aux soins du fait de la pénurie démographique en médecins par des passages obligés dans un « parcours de soins »** conçu à une époque de surpopulation médicale !

**L'obligation de respecter les tarifs opposables pour les médecins en Secteur 2 ou en OPTAM décourage les spécialistes de s'organiser en vue de la prise en charge des urgences**, la majoration MCU de 15 euros étant généralement inférieure aux compléments d'honoraires des consultations programmées.

## C. AVENIR SPE demande

- **L'accès direct au médecin spécialiste en cas de soins non programmés ou dans les situations d'urgences,**
- **Avec l'application d'une cotation APC + MCU ou acte CCAM + MCU**, que le patient soit adressé ou non par un médecin généraliste. Seul le délai entre la prise de rendez-vous et la consultation doit être pris en compte, et non le mode d'adressage.
- **Et l'autorisation de facturer les compléments d'honoraires habituels**, selon une tarification affichée. Rappelons que ces compléments d'honoraires sont susceptibles d'être pris en charge par les assurances complémentaires.
- **Que les soins suivant une consultation non programmée** ne soient pas suivis d'une obligation de pratiquer un tarif opposable.
- **De participer au suivi des expérimentations en cours**
- **Une réunion de concertation avec la CNAM et le Ministère sur le rôle des médecins spécialistes dans la prise en charge des soins non programmés.** Il faut que l'Avenant n° 9 s'inspire des modes de fonctionnement efficaces sur le terrain au lieu d'imposer des procédures arbitraires qui accroissent la rigidité du système.

## D. AVENIR SPE propose

- **D'organiser des plannings de disponibilité des médecins spécialistes** en fonction des spécialités ou des types d'urgences. Ces plannings pourront être mis à disposition des SAS, des généralistes, voire des patients, par exemple grâce aux plateformes de prise de rendez-vous en ligne.
- **Les spécialités qui le souhaitent pourront organiser des plateformes de régulation des urgences dans leur discipline**, en relation ou non avec les SAS et autres services de régulation d'urgence.

## E. A défaut d'être entendu

- AVENIR SPE n'appellera pas les médecins spécialistes à s'engager dans la prise en charge des soins non programmés.

- AVENIR SPE rappellera la possibilité, pour les spécialistes de Secteur 1 de facturer un « Dépassement exceptionnel » pour exigence de temps et de lieu ou un « Dépassement autorisé » pour les patients hors parcours de soin.'

### III. TÉLÉSANTÉ

#### A. Ce que propose la CNAM

La Caisse veut garantir la qualité et la sécurité en télémédecine, confirmer le rôle du médecin traitant, éviter les pratiques exclusives de télémédecine, dont certaines depuis l'étranger, maintenir l'alternance entre présentiel et télémédecine.

Elle propose :

- La suppression de la règle d'une consultation présentielle dans les 12 mois précédents pour l'ensemble des spécialités et le médecin traitant.
- Le recours possible à des praticiens en dehors du territoire du patient pour l'ensemble des spécialistes (autres que généralistes)
- Un seuil maximal d'activité en télémédecine (téléconsultation + téléexpertise) égal à 20 % de l'activité annuelle totale du médecin.
- Toute la population sera éligible à la téléexpertise pour faciliter l'accès aux avis spécialisés
- Fusion des deux niveaux de téléexpertise en un seul à 20 € dans la limite de 2 actes/patient/médecin.
- Facturation d'un acte de 10 € pour le médecin requérant.

#### B. Commentaires

**Intérêt de la primo-consultation de débrouillage** dans certaines spécialités (pneumo, endocrinologie) pour que le patient puisse être vu ensuite en présentiel dans de bonnes conditions (dossier préparé, certains examens complémentaires faits et apportés).

**Un logiciel bordelais** a été développé pour faciliter la préparation du patient à la consultation.

**En cardiologie**, le CNP a déconseillé la primo-consultation à distance. En revanche, le développement de la téléconsultation assistée ou augmentée avec utilisation d'un stéthoscope connecté, réalisation à distance de l'ECG ou de l'échographie. La téléexpertise seule ne décolle pas. Demande de pouvoir associer téléconsultation et téléexpertise.

**En ophtalmologie**, des dérives ont été constatées avec un défaut de suivi des prises en charge.

**En radiologie**, une charte de la télé radiologie a été rédigée. Elle doit devenir opposable pour prévenir les dérives.

**En endocrinologie**, le dispositif Libreview permet de suivre à distance les variations glycémiques et autres paramètres, ce qui est très intéressant en association avec les téléconsultations.

#### C. Demandes et propositions d'AVENIR SPE

**L'obligation de mettre en place un suivi de la prise en charge** du patient après une primo-consultation de télémédecine. Il doit s'agir d'une obligation de moyens dont le respect sera attesté par une proposition de rendez-vous en présentiel ou une lettre d'adressage à un correspondant (libéral ou hospitalier) lorsque cette prise en charge ne peut être effectuée directement. Le médecin téléconsultant ne pourra être tenu pour responsable du non-respect par le patient des consignes qui lui auront été données.

**Une charte de la téléconsultation** doit être rédigée, dans le respect des spécificités de chaque spécialité.

**Une téléconsultation doit pouvoir être couplée avec une téléexpertise**, avec cumul des cotations.

**La téléconsultation de débrouillage ne doit pas empêcher de coter une APC en présentiel.**

**La facturation de la téléexpertise doit être effectuée par le requérant, qui a les données administratives du patient, et non pas par le requis.**

## IV. « ESSOR DU NUMÉRIQUE » - DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ

### A. Ce que propose la CNAM

L'enveloppe pour développer le numérique en santé est de 235 M€ sur 2021-2023.

- Généralistes : objectif de 50% des ALD avec un VSM dans leur DMP. Forfait 1500 à 3000 €
- Radiologues : 700 €/an pour au moins 100 comptes-rendus alimentés/mois, 700 €/an pour 100 pointeurs d'image/mois à partir de 2022.
- Pour tous les médecins : 400 €/an pour 600 messages/ an +300 documents DMP/an, puis ePrescription à partir de 2022.

### B. Commentaires

**Les radiologues travaillent sur un module totalement automatisé et transparent** qui transférera les comptes rendus simultanément sur la messagerie MS-Santé et sur le DMP. Les éditeurs sont payés pour le faire. Ils doivent avoir l'obligation de le mettre gratuitement dans tous les logiciels médicaux.

Il faut se méfier des mises à jour gratuites à partir d'une certaine version du logiciel, avec l'obligation de payer rétroactivement les mises à jour antérieures.

**L'obligation de l'Identifiant National de Santé (INS) en 2022** va également imposer une adaptation des logiciels. Il faudra demander une pièce d'identité aux patients. Cela exigera une formation des secrétaires, organisée par la FORCOMED et financée par le Ségur du numérique.

**2 milliards d'euros sur trois ans seront consacrés au numérique en santé, dont 0,6 pour le secteur médico-social.** Ces fonds seront gérés par la Délégation du numérique en santé (DNS) en lien avec les administrations concernées.

- <https://www.dsih.fr/article/4162/publication-du-plan-d-investissement-issu-du-segur-de-la-sante-et-de-son-volet-numerique.html>
- <https://esante.gouv.fr/node/3641>
- <https://www.ticsante.com/story/5265/ce-qu-il-faut-retenir-du-volet-numerique-du-segur-de-la-sante.html>

### C. Demandes d'AVENIR SPE

L'enveloppe pour développer le numérique en santé ne doit pas être prélevée sur le budget des soins.

Elle doit financer toutes les adaptations logicielles.

Les médecins demandent la gratuité des mises à jour logicielles, à la place des forfaits qui permettent aux éditeurs d'être payés deux fois pour le même travail.

## V. PROPOSITIONS RELATIVES À LA NOMENCLATURE

### A. Ce que propose la CNAM

**Valorisation des visites gériatriques** par les médecins généralistes et les spécialistes en gériatrie.

**Revalorisation d'actes de consultation par des spécialités dont l'activité est caractérisée par un faible recours aux actes techniques**

- Pédiatrie :
  - NFP des pédiatres à 35 € (+ 3 €),
  - Dépistage des troubles du neurodéveloppement : 60 € par élargissement de la CTE
  - Mise en place de la stratégie pour trouble du neuro développement 60 €
  - Bilan des enfants entrant dans l'ASE 46 €
- Psychiatrie
  - CNPSY à 41 € (+2 €)
  - 1,5 CNPSY devient 2 CNPSY, soit 78 € pour les consultations des psychiatres en urgence.
- Endocrinologues : MCE à 30 € (+ 14 €)
- Gynécologues
  - MPC spécifiquement valorisée à 5 € (+ 3 €)
  - Autoriser l'association colposcopie et consultation
- Rhumatologues : MPC spécifiquement valorisée à 5 € (+ 3 €)

**Majoration de 5% des actes CCAM dans les départements et régions d'Outre-mer**

**Inscription de deux nouveaux actes CCAM de test HPV avec convergence des tarifs.**

**Mesures pour favoriser la prise en charge des patients vivant avec un handicap**

- Passage d'un pédiatre à un MG traitant pour les enfants : 60 €
- Remplissage du dossier MDPH : 60 €
- Consultation « blanche » sans examen : 25 €
- Majoration de déplacement MD pour les médecins se rendant en structures de soins spécialisées

### B. Références sur la nomenclature

Tarifs pour les médecins en France métropolitaine : <https://www.ameli.fr/Ille-et-vilaine/medecin/exercice-liberal/remuneration/tarifs-specialistes/metropole>

## C. Commentaire général

AVENIR SPE dénonce la fragmentation de la NGAP en 87 codes différents, lesquels donnent lieu à d'innombrables combinaisons et multiples tarifs qui échappent à toute rationalité.

**AVENIR SPE demande que la tarification soit harmonisée en un nombre limité de niveaux répondant à l'expertise et au travail médical.**

La codification des actes peut contenir une information sur l'organisation de l'exercice médical et les populations traitées mais ne doit pas générer une complexification absurde de la tarification et des inégalités arbitraires entre spécialités.

**La revalorisation spécifique de la MPC de 3 euros pour les gynécologue et les rhumatologues illustre cette dérive** en laissant de côté d'autres spécialités « cliniques » comme la médecine physique et de réadaptation, la pneumologie, la dermatologie, la médecine interne, la psychiatrie, la pédiatrie...

## D. Commentaires sur la pédiatrie

Le syndicat des pédiatre dénonce une volonté de cantonner la pédiatrie aux établissements hospitaliers et de réserver la pédiatrie ambulatoire aux médecins généralistes, en refusant de valoriser l'expertise spécialisée en libéral. C'est absurde si l'on considère la tendance au virage ambulatoire dans toutes les disciplines.

La pédiatrie libérale est en grand danger de disparition à brève échéance, du fait du vieillissement des pédiatre installés et du manque d'attractivité du libéral pour les jeunes. Ceci se traduira tôt ou tard par des difficultés d'accès à l'expertise pédiatrique, des retards diagnostiques et des insuffisances thérapeutiques.

**Pour sa survie, la pédiatrie a besoin d'une revalorisation en urgence, qui passe dans l'immédiat par une revalorisation de la majoration NFP (Nouveau Forfait Pédiatrique) qui concerne les enfants de la naissance à 2 ans.**

- La convention de 2016 n'a revalorisé les consultations pédiatriques que d'un euros, les passant de 31 à 32 euros jusqu'à 6 ans. Pour les enfants de plus de 6 ans, elles restent à 28 €, soit moins que pour une consultation spécialisée de l'adulte...

	Convention 2011	Convention 2016
Enfants de 0 à 2 ans	CS + FPE + MNP = 31 €	CS + NFP + MEP = 32€
Enfants de 2 à 6 ans	CS + MPJ + MPE = 31 €	CS + NFE + MEP = 32 €
Enfants de 6 à 16 ans	CS+ MPJ = 28€	CS + NFE = 28 €

- La confusion entretenue entre médecins généralistes et pédiatres spécialistes tire les cotations des pédiatres vers le bas, alors que ceux-ci sont écartés des autres formes de rémunération dont bénéficient les généralistes. Il en résulte que les revenus des pédiatres sont dans le bas de l'échelle et à la baisse (donner des chiffres)
- Les enfants de moins de 2 ans représentent un cœur de cible pour les pédiatres. Tout enfant devrait être vu par un pédiatre au moins une fois durant ses deux premières années pour permettre un meilleur dépistage des troubles du développement et des maladies pauci symptomatiques.
- **Le syndicat des pédiatres a demandé une majoration de 10 € sur la NFP. La Caisse ne propose que 3 €, ce qui est dramatiquement insuffisant.**
- Pour la prochaine convention, le syndicat des pédiatre demande aussi une nouvelle consultation de pédiatrie, ainsi que d'associer à une consultation l'acte BLQP010 de dépistage des troubles visuels réalisé sous certaines conditions.

### **Le syndicat des pédiatre est prêt à s'engager dans les bilans pour l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).**

- Il rappelle que la plupart des pédiatres s'occupent d'enfants en difficulté en donnant des consultations dans des structures dédiées : CAMPS, SESSAD, IME...
- Les bilans des enfants en difficultés sont chronophages et demandent un effort d'organisation particulier dans le cadre des consultations en cabinet. Elles doivent être reconnues comme des **consultations très complexes**, rémunérées au moins 60 €.
- L'enveloppe des bilans ASE ne doit pas amputer celle des autres valorisations pour la pédiatrie.

## **E. Commentaires sur la psychiatrie**

Le CNPSY (39 €) est la lettre-clé de consultation s'appliquant à la psychiatrie et à la neurologie, deux disciplines qui étaient confondues à l'origine en neuro-psychiatrie.

Le 1,5 CNPSY entre dans la logique qui prévalait pour le C2 qui était égal à 2 CS. Depuis, l'APC a été décorrélé de la CS.

Le passage à 2 CNPSY est une manière de revaloriser les consultations de psychiatrie en urgence, généralement très chronophages.

**Il n'en reste pas moins que la consultation psychiatrique de ville reste faiblement rémunérée et que la psychiatrie reste au bas de l'échelle des revenus alors que les difficultés d'accès aux consultations psychiatriques sont notoires. Il faut une revalorisation spécifique de la psychiatrie.**

**Concernant l'autisme, deux approches s'affrontent au lieu de se compléter :**

- L'approche psycho-éducative qui classe l'autisme dans les troubles du neuro-développement, qui pousse à sortir l'autisme du champ médical pour le transférer à celui de la rééducation dans le cadre des CMPP (centres médico-psycho-pédagogiques).
- L'approche médicale qui considère que les facteurs psycho-dynamiques et environnementaux conservent une importance et justifient une prise en charge psychiatrique en parallèle à la prise en charge éducative.

Le syndicat des psychiatres réclame une **consultation très complexe pour la prise en charge de l'autisme**.

## **F. Commentaires sur l'endocrinologie**

**La MCE peut être facturée par les endocrinologues et les internistes lors d'une consultation initiale d'un patient diabétique ou atteint d'une endocrinopathie complexe** avec réalisation d'un compte-rendu et retour d'informations au médecin traitant.

- Elle peut être appliquée par les médecins en Secteur 2.
- Elle est cumulable avec MCS et MPC, ce qui porte ce type de consultation à 60 euros en Secteur 1, soit le niveau d'une consultation très complexe, mais en Secteur 2, elle ne sera remboursée que sur la base de 53 euros.
- Elle représente 20% des actes des endocrinologues

**Le passage de 16 à 30 euros pour la MCE est une avancée significative qui devrait être transposée aux autres spécialités cliniques. Mais cela ne représente que 20 % de l'activité actuelle des endocrinologues qui demandent une extension du domaine d'application, ainsi que des mesures complémentaires. [Cliquer ici](#)**



**Pour les diabètes de type 2 déséquilibrés, il existe des traitements innovants réservés aux endocrinologues.** Ceci requiert des consultations longues et à haut niveau d'expertise qui relèvent également d'une majoration équivalente à la MCE.

## **G. Rhumatologie – gynécologie**

**Le profil des rhumatologues est en train de se transformer :**

- Pour la première fois, la proportion de Secteur 2 est devenue supérieure au Secteur 1.
- Les jeunes rhumatologues, qui ont surtout une activité de consultants, ont du mal à rejoindre le niveau de revenu de leurs aînés installés avec des plateaux techniques

**L'augmentation de 3 € sur la MPC est une aumône qui accentue les inégalités entre spécialités.**

- Elle ignore délibérément les autres spécialités cliniques comme la MPR, la pneumologie, la pédiatrie, la psychiatrie, la dermatologie, etc.
- Elle accentue l'inégalité de remboursement entre patients consultant un médecin en Secteur 2 et ceux consultant un médecin en Secteur 1, ce qui est absurde à un moment de pénurie de médecins.

**En attendant une mise à plat de toutes les consultations spécialisées, AVENIR SPE demande :**

- La généralisation de l'augmentation de la MPC
- Son application par tous les médecins, y compris en Secteur 2

## **H. Médecine physique et de réadaptation**

L'impact des mesures mises en avant en 2016 pour revaloriser cette spécialité sinistrée a été très insuffisant.

Le SYFMER revendique prioritairement :

- La suppression des critères a posteriori pesant sur la cotation APC
- La création d'une consultation spécifique MPR pour le suivi des douleurs et déformations du rachis.
- La revalorisation de l'acte de thérapies manuelles LHRP001
- La possibilité d'ajouter à la consultation (CS ou APC), un ou plusieurs actes techniques, favorisant la prise en charge des patients en un minimum de séances.

## **I. Anatomocytologie**

[Voir le communiqué de presse](#) du SNPF

- Les pathologistes veulent un passage à la nomenclature de tous les tests étant inscrits dans la pratique clinique.
- Les pathologistes veulent que seuls demeurent dans la liste RIHN les tests en cours de développement et d'évaluation
- Les plateformes publiques doivent être financées pour faire de la recherche et du développement et transférer les tests « en routine » à la nomenclature une fois leur intérêt démontré.

- Indépendantes financièrement, les plateformes pourront jouer un rôle de régulateur et de conseil en collaboration avec les sociétés savantes face au Lobbying des industries qui commercialisent les tests compagnons de leurs médicaments
- En conséquence, nous réclamons un passage à la nomenclature de tous les tests moléculaires inscrits dans la pratique clinique

## **J. Ophtalmologie**

### **Propositions du syndicat national des ophtalmologistes de France (SNOF)**

- Création d'un Forfait Sécurité Ambulatoire (FSA)
- Rénovation du Contrat individuel pour les Soins Visuels dans le cadre conventionnel
- Terminer le zonage pour l'ophtalmologie afin de mettre en place des aides à l'installation et pour la création de sites secondaires
- Possibilité d'utiliser le tarif de télé-expertise de niveau 2 dans le cadre de protocoles organisationnels sur le glaucome avec suivi alterné orthoptiste-ophtalmologiste pour les cas stabilisés
- Consultation très complexe d'inflammation oculaire
- Majoration MCU en accès direct

## **VI. PRISE EN CHARGE DES PATIENTS VIVANT AVEC UN HANDICAP**

### **A. Ce que la CNAM propose**

Passage d'un pédiatre traitant à un MG traitant pour les enfants vivant avec un handicap (ou changement de MT) 60€

Remplissage du dossier MDPH 60€

Consultation « blanche » rémunérée pour les personnes nécessitant la mise en place de ces consultations sans examen du patient 25€

+ Autoriser la majoration de déplacement (MD) pour les médecins se déplaçant dans les structures de soins spécialisées (type Handiconsult) pour pratiquer des soins.

### **B. Commentaires**

La prise en charge des personnes handicapées allonge considérablement le temps de la consultation et, bien souvent, la complexité des problèmes à traiter.

Un point de comparaison est la régulation SAS tarifée 85 € avec exonération des cotisations sociales. On peut aussi rappeler que les Centres de santé touchent 7700 € de ROSP et qu'il existe 433 CDS en France...

Toutes les consultations de prise en charge des personnes handicapées devraient être placées au niveau « très complexe » et les actes techniques sur ces personnes devraient faire l'objet d'une majoration particulière.

La « consultation blanche rémunérée » où le patient ne fait que visiter les locaux de consultation ne relève pas du budget des soins médicaux mais du budget médico-social.

Les majorations de déplacement ne doivent pas donner lieu à des excès si des actes en série sont réalisés dans un établissement.

## VII. OPTAM ET OPTAM-CO

### A. Ce que propose la CNAM

**Hausse du modificateur K** applicable aux actes de chirurgie et d'accouchements de 20 à 21% pour le secteur 1 et les adhérents OPTAM-CO

**Hausse de 1 point des taux par spécialité pour la prime OPTAM.** Les taux par spécialité sont appliqués aux honoraires réalisés aux tarifs opposables.

**La Caisse prévoit une hausse des adhérents de 1,5%**

### B. Commentaire général sur l'OPTAM

#### 1. L'OPTAM est un goulot d'étranglement

**La Caisse a conçu l'OPTAM comme une manière de geler les compléments d'honoraires et de les faire baisser progressivement par un effet de cliquet** : les médecins qui n'ont pas atteint les limites imposées sont pénalisés à la convention suivante qui se base sur les 3 dernières années. De même, les jeunes installés qui jouent la progressivité de leurs honoraires sont également pénalisés s'ils passent à l'OPTAM.

**En fait, l'OPTAM a gelé les situations constituées du fait de l'histoire et des coûts de pratique particulièrement élevés dans certaines grandes villes.** Cela a fortement pénalisé les régions où le Secteur 2 avait pris du retard en raison du contexte socioculturel mais où les jeunes médecins, pour ne pas se trouver définitivement paupérisés, doivent obligatoirement choisir le Secteur 2 hors OPTAM, au détriment du remboursement des patients. A présent, ce gel de l'OPTAM est contreproductif partout, limitant l'attractivité pour l'installation et poussant les médecins à quitter l'OPTAM pour retrouver une marge de manœuvre financière.

**Mais la crise sanitaire et économique rend la population moins solvable.** Alors que les assurances complémentaires sont devenues obligatoires pour les salariés, l'instauration des « contrats responsables » a conduit à limiter les remboursements complémentaires aux médecins inscrits à l'OPTAM.

**Ainsi, les patients qui consultent un médecin en Secteur 2 subissent une double peine** : les tarifs de remboursement sont plus faibles (interdiction de coter certaines majorations et cotations) et les prises en charges complémentaires sont bloquées, à moins de souscrire une « sur-complémentaire ».

**Il faut souligner qu'au lieu de stigmatiser les médecins, on devrait s'interroger sur l'incapacité de l'Assurance maladie à financer des rémunérations correctes et équitables.** Les statistiques montrent bien que les actes bien rémunérés font l'objet des plus faibles compléments d'honoraires et que les spécialités qui disposaient d'un panel d'actes de valeur correcte ont été les dernières à rejoindre le Secteur 2. Enfin, il est notoire que les pratiques tarifaires s'adaptent spontanément au niveau économique des populations traitées dans l'esprit du Serment d'Hippocrate

#### 2. AVENIR SPE affirme que :

- **Le maintien du Secteur 2 est indispensable** pour compenser l'incapacité de l'Assurance maladie à rémunérer correctement l'exercice médical spécialisé.
- **Les assurances complémentaires doivent apporter leur financement à un exercice médical de qualité**, plutôt que de dévoyer les cotisations de leurs adhérents vers des soins de confort et des pratiques non validées.

- **Les cotations doivent être les mêmes pour tous les médecins, qu'ils soient en secteur 1, en secteur 2 ou inscrits à l'OPTAM.**
- **L'OPTAM groupe pénalise à la fois le médecin titulaire en premier et le médecin arrivant** : le premier voit ses critères de compléments d'honoraires et de taux d'opposabilité se rétrécir, tandis que le second ne peut atteindre les critères initiaux du premier.
- **L'OPTAM est concevable comme un encouragement à pratiquer une modération des compléments d'honoraires et un sas permettant aux médecins en Secteur 1 d'accéder à un espace de liberté tarifaire.** Mais, il ne doit pas étrangler les médecins des régions ou des spécialités qui sont dans les situations les plus défavorables.
- **L'OPTAM doit être assoupli et harmonisé pour l'ensemble des spécialités et pour l'ensemble du territoire national.**
- **Il faut un groupe de travail sur le Secteur 2 et l'OPTAM**

### **C. Commentaires**

**Le Bloc a demandé 10 points de hausse sur les taux et la Caisse ne propose que 1% !**

**Problématiques spécifiques aux anesthésistes :**

- Dissocier ou non les cotations anesthésiques des cotations chirurgicales
- Revalorisation de l'échographie de guidage pour les anesthésies loco-régionales, à qualifier en acte complémentaire
- Sous rémunération de l'acte d'anesthésie générale de base avec création de situations paradoxales.

## **VIII. INTÉRESSEMENT À LA PRESCRIPTION DES BIOSIMILAIRES**

### **A. Ce que la Caisse propose**

La Caisse veut encourager la prescription de biosimilaires, moins chers mais aussi efficaces que les médicaments référents, en proposant un intéressement des médecins libéraux à hauteur de **20% des économies générées, dans une limite de 7000 € par an.**

### **B. AVENIR SPE demande la répartition suivante**

Au lieu de 20% pour les libéraux et 80% pour la Caisse, nous demandons

- 30 % pour les médecins libéraux
- 20 % pour l'accompagnement des patients, en particulier la prise en charge des suivis biologiques actuellement non remboursés, l'éducation thérapeutique...
- 50 % pour la Caisse.

## **IX. CONCLUSION**

L'avenant n° 9 ne saurait être signé en l'état par l'Union AVENIR SPE – LE BLOC.

Il faut souligner que la médecine libérale spécialisée apporte une offre de soins efficace, qui couvre plus de la moitié des besoins dans beaucoup de domaines en France.

**Il est temps de le reconnaître.**

Des mesures significatives doivent être prises pour maintenir l'attractivité du secteur libéral pour les jeunes spécialistes et permettre à toutes les disciplines de s'adapter aux évolutions technologiques et aux besoins sanitaires.