

Directeur de la
publication :
Jean-François Rey

Rédacteur en Chef :
Stéphane Kirchner

Comité de Rédaction
Jean-Luc Dehaene
Michel Lévy
Gérard Rousselet



UNION NATIONALE DES MEDECINS SPECIALISTES CONFEDERES

79, rue de Tocqueville - 75017 PARIS

Tél : 01 44 29 01 30 ou 01 44 29 01 23 – Fax : 01 40 54 00 66

umespe@club-internet.fr - site : www.umespe.com

Mai 2011

EN DIRECT DU SPECIALISTE N° 99

Inscrire les médecins spécialistes libéraux dans la problématique de la signature conventionnelle

1. Editorial du Président

2. Actualités et informations :

2.1. Publications officielles

2.2. Les priorités du CNPS pour 2011 : Note à l'attention des Parlementaires et 55 mesures pour sauver l'exercice libéral en santé

3. Communiqués de presse diffusés en mai par l'U.ME.SPE

4. Autres communiqués de presse diffusés en mai

5. À Propos de : «EN DIRECT DU SPECIALISTE»

6. Remerciements

I - EDITORIAL DU PRESIDENT :

Inscrire les médecins spécialistes libéraux dans la problématique de la signature conventionnelle.

En ce qui concerne les médecins spécialistes libéraux, nous sommes dans une position stratégique forte puisque l'U.ME.SPE/CSMF a largement gagné les élections représentant 39% des votes de l'ensemble des médecins spécialistes libéraux, voire même 51% dans le Collège des spécialités médicales. Beaucoup s'agitent actuellement avec une intensité inversement proportionnelle à leur poids électoral. Ceci est vrai pour MG France mais, également et, encore plus, pour Le Bloc.

Il faut rappeler qu'une convention unique, valable pour l'ensemble des médecins représentés par les 3 Collèges, ne peut être signée que dans le cadre de l'alliance CSMF/SML. C'est sur notre politique que nous demandons à tous de se regrouper, il est illusoire de tromper les électeurs en faisant croire à des conventions séparées qui n'ont aucune chance de passer les critères d'opposition que nous possédons, voire d'agrément par le Ministère de la Santé.

Néanmoins, les médecins spécialistes libéraux ont deux inquiétudes :

- Le non-respect de la signature conventionnelle de 2005 par les Caisses d'Assurance Maladie, notamment en ce qui concerne la mise en place de la CCAM technique dans la partie liée au coût de la pratique ; l'immobilisme de l'évolution des actes au niveau de la CHAP depuis près de trois ans ; et une absence de réponse positive à nos diverses demandes de clarification sur l'option de coordination.

- La prise en compte limitée des intérêts des médecins de premier recours dans la suite des États Généraux, voire quelques mesures complémentaires pour satisfaire uniquement les trois spécialités impliquées dans les plateaux techniques lourds qui ne peuvent exister que grâce à l'ensemble de ceux qui prennent en charge, au quotidien, dans les cliniques, les patients et qui vont bien au-delà des spécialités de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique.

Forts de l'appui que nous ont donné les électeurs, il est bien évident que nous ne pourrons apporter notre soutien à une signature conventionnelle que si la problématique des spécialités cliniques en particulier, mais de toute la médecine spécialisée de proximité en général, est prise en compte. Les mesures tarifaires à la baisse imposées à certains de nos confrères sont inacceptables, ne reposent sur aucune analyse économique objective et relèvent de l'idéologie du Ministre Éric Woerth qui, depuis d'ailleurs, a été amené à cesser ses fonctions ministérielles. Nous ne laisserons pas le PLFSS 2012 continuer sur la même politique erronée ou, alors les hommes politiques soumis à élections en 2012 auront des difficultés à convaincre les médecins libéraux de leur apporter leur soutien dans les urnes.

Docteur Jean François REY

II - ACTUALITÉS ET INFORMATIONS :

2.1. Publications officielles :

Au Journal Officiel du 19 mai 2011 :

Décision du 21 février 2011 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024028000&dateTexte=&categorieLien=id>

Décision du 1er mars 2011 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie Objet : Biochimie de la nomenclature des actes de biologie médicale

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024028008&dateTexte=&categorieLien=id>

Au Journal Officiel du 21 mai 2011 :

Décret n° 2011-551 du 19 mai 2011 relatif aux procédures de fixation d'un objectif de réduction des prescriptions ou de mise sous accord préalable des médecins

Objet : L'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale prévoit deux procédures permettant au directeur d'un organisme local d'assurance maladie, lorsqu'il constate des volumes de prescriptions nettement supérieurs à la moyenne régionale ou départementale pour une activité comparable, de soumettre les prescriptions en cause à l'accord préalable du service du contrôle médical ou, dans le cas de très forts prescripteurs, mais ne justifiant pas une mise sous accord préalable, de fixer un objectif de réduction des prescriptions.

Le présent décret définit, d'une part, les modalités d'application de la procédure de mise sous accord préalable créée par la loi du 13 août 2004, et, d'autre part, les modalités d'application de la procédure de fixation d'un objectif de réduction de la prescription.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024043201&dateTexte=&categorieLien=id>

Décret n° 2011-552 du 19 mai 2011 relatif aux taux annuels de la contribution obligatoire versée par les professionnels de santé exerçant à titre libéral dans le régime conventionnel aux unions régionales de professionnels de santé **Objet :** Le taux annuel de la contribution aux URPS est fixé, par profession, comme suit :

- « 1° Pour les médecins : 0,5 % ;
- « 2° Pour les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens et les biologistes responsables : 0,3 % ;
- « 3° Pour les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues, les sages-femmes, les orthophonistes et les orthoptistes : 0,1 %. »

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024043219&dateTexte=&categorieLien=id>

2.2. Les priorités du CNPS pour 2011 : Note à l'attention des Parlementaires et « 55 mesures pour sauver l'exercice libéral en santé ».

Le CNPS est la structure de représentation syndicale des professions libérales de santé. Elle regroupe 28 organisations syndicales représentatives. Toutes les professions de santé libérales médicales et paramédicales, y travaillent et dialogues ensemble.

Le CNPS réaffirme la cohésion de l'ensemble des professions libérales de santé déterminées à défendre ensemble les spécificités de leur mode d'exercice libéral tout en favorisant l'accès aux soins pour tous.

Force de propositions, le CNPS souhaite pouvoir contribuer à l'évolution de notre système de santé en préservant les valeurs de solidarité et les équilibres public-privé auxquels nos compatriotes sont attachés. Dernièrement, le CNPS a élaboré un ensemble de « 55 mesures pour sauver l'exercice libéral en santé » qu'il a diffusé auprès des différents acteurs du système de santé.....

à télécharger sur le site www.umespe.com (rubrique documentations diverses).

III – COMMUNIQUÉS DE PRESSE DIFFUSÉS PAR L'U.ME.SPE

3.1. Communiqué du 5 mai 2011 : Refus de soins, dépassements : Assez de désinformation

L'U.ME.SPE./C.S.M.F., premier syndicat des médecins spécialistes libéraux, stigmatise les propos diffusés sur le blog de l'ancien président de MG France, élu sur la liste MG France de l'URPS France Comté affirmant une augmentation des refus de soins et des dépassements d'honoraires.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. a toujours condamné les refus de soins qui ne correspondent pas à notre éthique d'une médecine libérale et sociale. Aucun critère actuel ne montre une augmentation de ces refus qui restent marginaux et ne correspondent pas à l'éthique médicale. Il est donc irresponsable de propager de fausses rumeurs, basées souvent sur des méthodes de testing contestables.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. constate que l'ensemble des revenus des médecins du secteur 2 diminuent, ce qui confirme la pratique quotidienne dont nous avons l'expérience, depuis plusieurs années, qui montrent que les dépassements d'honoraires se heurtent à la solvabilité des patients. La baisse des revenus des médecins du secteur 2, mise en

évidence par les chiffres de la CARMF, montre, là encore, que la réalité est tout autre.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. rappelle que, par ailleurs, les dépassements d'honoraires les plus importants sont limités dans quelques régions, mais, surtout, sont imposés aux patients dans les structures publiques gérées par la Fédération Hospitalière de France et essentiellement dans le secteur privé de nos confrères hospitalo-universitaires parisiens. Il ne faut pas faire un amalgame avec les dépassements de l'ensemble des médecins du secteur 2 qui sont conformes au « tact et à la mesure ».

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. prône une convention avec l'UNCAM permettant de revaloriser les honoraires de l'ensemble des médecins libéraux et un contrat collectif complémentaire avec l'UNOCAM pour solvabiliser les compléments d'honoraires diminuant ainsi le reste à charge des patients.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. stigmatise la position et les déclarations du syndicat MG France vis-à-vis des médecins spécialistes, déformant la réalité et voulant déboucher sur des conventions séparées alors que l'accessibilité aux soins nécessite une coopération de tous les acteurs de santé autour des patients quelle que soit leur spécificité et seule, la CSMF, avec le SML, est capable de conclure une convention répondant aux demandes des médecins, des politiques et des patients, que les praticiens exercent des spécialités de médecine générale ou de spécialité médicale ou chirurgicale. Opposer les uns aux autres n'a pas de sens si ce n'est de vouloir mettre en place une médecine à l'anglaise.

3.2. Communiqué du 6 mai 2011 : Dépassements d'honoraires en milieu hospitalier public : Que fait la Fédération Hospitalière de France ?

L'U.ME.SPE./C.S.M.F., premier syndicat des médecins spécialistes libéraux, a lu avec intérêt la déclaration du Président de la Mutualité Française concernant les dépassements d'honoraires en milieu hospitalier qui servirait de « coupe-fil » à l'accès aux soins, nous ne pouvons qu'approuver ces propos.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F., constate, comme le Figaro daté du 6 mai, que le tact et la mesure est largement dépassé : urologues, célèbres et volontiers censeurs (250 000 € par an), psychiatres, défenseurs de l'hôpital public (120 000 € par an), chirurgiens (500 000 € par an). Ces pratiques dépassent très largement les compléments d'honoraires demandés dans le cadre des médecins libéraux exerçant dans le secteur 2 et souvent stigmatisés à tort.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F., interpelle la Fédération Hospitalière de France (FHF) prompt à attaquer la médecine libérale et les cliniques mais ne faisant rien face à cette situation connue depuis de très nombreuses années.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F., rappelle son attachement à un secteur optionnel ouvert à tous sur la base du volontariat basé sur la démonstration de la démarche qualité avec des compléments d'honoraires solvabilisés par les assurances complémentaires pour réduire le reste à charge des patients. Le dialogue proposé dans ce domaine par le Président de la Mutualité doit nous inciter à une réflexion collective et positive.

3.3. Communiqué du 9 mai 2011 : URPS AQUITAINE : LA POSITION DE L'U.ME.SPE RENFORCÉE

L'U.ME.SPE./C.S.M.F., premier syndicat des médecins spécialistes libéraux, félicite ses élus des Collèges spécialistes de l'URPS Aquitaine, remercie les médecins spécialistes

libéraux des 2^{ème} et 3^{ème} Collèges pour leur soutien et leurs votes. Cette position est confortée par la position de l'UNOF/CSMF dans le 1^{er} Collège.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. constate que ce résultat est conforme à la grande majorité des demandes des médecins spécialistes que nous portons (16 élus sur 30) et constitue, également, un recul du syndicat Le Bloc par rapport aux élections de 2010.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. demande à l'Assurance Maladie de prendre en compte ces résultats pour entreprendre, sans tarder, de réelles négociations conventionnelles sans la présence des étudiants pour préparer une convention répondant aux attentes des médecins spécialistes libéraux dont les revenus diminuent du fait de 4 ans de blocage des honoraires sous le ministère BACHELOT avec le soutien objectif des syndicats qui ont soutenu les mauvaises mesures de la Loi HPST.

3.4. Communiqué du 18 mai 2011 : Un amendement important pour la psychiatrie libérale

L'U.ME.SPE./C.S.M.F., premier syndicat des médecins spécialistes libéraux, se félicite de l'amendement reconnaissant la place des groupements de psychiatres libéraux dans le cadre de l'organisation des soins, voté dans le cadre de la Loi sur les soins psychiatriques sous contrainte par le Sénat

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. rappelle que la politique du secteur psychiatrique a été une avancée importante portée par l'ensemble des psychiatres français. Ceux-ci ont constaté, au cours de ces dernières années, une dégradation de l'organisation des soins avec augmentation régulière des hospitalisations sous contrainte. Les soins psychiatriques sont régulés d'une manière trop administrative sur une hiérarchisation des soins à partir de classifications de symptômes s'éloignant de la philosophie de départ qui était une psychiatrie de la personne.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. se félicite, que, pour la première fois, la psychiatrie libérale prenne toute sa place à côté des structures hospitalières à la suite d'un mouvement unifié de la profession.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. constate que cet amendement, à côté des maisons pluridisciplinaires et des pôles de santé, reconnaît l'importance de groupements de psychiatres libéraux dans le cadre de l'organisation de l'accès aux soins.

3.5. Communiqué du 18 mai 2011 : L'Assurance maladie se désengage de la prise en charge des soins de la médecine spécialisée libérale

L'U.ME.SPE./C.S.M.F., premier syndicat des médecins spécialistes libéraux, constate qu'à l'instar de sa démarche dans le passé, dans le domaine de la lunetterie, puis des soins dentaires, l'Assurance Maladie obligatoire se désengage, progressivement, de la prise en charge du remboursement des soins de la médecine spécialisée libérale.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. rappelle que pour tous les actes techniques, le coût de la pratique reste évalué sur l'année 1995 oubliant, de fait, la baisse de tarifs liée à l'inflation monétaire et à l'augmentation des charges multiples.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. souligne que les engagements de l'UNCAM, dans le cadre de l'évaluation de la convention de 2005 et de l'évaluation conjointe du coût de la pratique de plusieurs spécialités (radiologie, médecine nucléaire, cardiologie interventionnelle, radiothérapie) n'ont pas été tenus, pire le tarif des radiologues, rhumatologues et médecins biologistes a été diminué.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. a constaté que l'augmentation du plafond des actes chirurgicaux et techniques de 96 à 120 euros accentue la part de la responsabilité financière des patients ou de leur assurance complémentaire.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. a stigmatisé, depuis plusieurs années, la situation financière intolérable de la médecine clinique spécialisée de proximité, l'Assurance Maladie et le Ministère BACHELOT se préoccupant essentiellement d'une médecine de premier recours oubliant dans l'organisation des soins l'importance du rôle des médecins spécialistes consultants.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. s'alarme de la baisse des revenus de tous les médecins libéraux en 2009, consécutifs à ce désengagement de l'assurance obligatoire et particulièrement inquiétant pour les médecins de secteur 1.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. affirme donc que l'Assurance Maladie est responsable de l'augmentation des compléments d'honoraires des médecins du secteur 2 du fait de ces insuffisances tarifaires.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. demande l'ouverture immédiate d'un secteur optionnel pour tous les médecins spécialistes libéraux avec une contractualisation nationale permettant une prise en charge de compléments d'honoraires par les assurances complémentaires et une diminution du reste à charge pour les patients comme ceci se fait déjà dans le domaine de la lunetterie ou des soins dentaires, l'assurance obligatoire devenant un partenaire minoritaire dans le domaine financier pour l'ensemble des médecins spécialistes libéraux.

3.6. Communiqué du 19 mai 2011 : Xavier BERTRAND sécurise la responsabilité civile professionnelle des médecins libéraux

L'U.ME.SPE./C.S.M.F., premier syndicat des médecins spécialistes libéraux, se félicite du vote par l'Assemblée Nationale de l'amendement 277 présenté par le Gouvernement à l'article 24 de la Loi Fourcade sécurisant définitivement les problèmes de responsabilité civile professionnelle des médecins libéraux.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F., ne peut qu'approuver la rédaction du titre I qui permet d'éviter toute action récursoire contre les professionnels de santé.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F., prend acte de toutes les mesures techniques comprises dans cet amendement. Nous espérons qu'aucune intervention inappropriée ne viendra désormais interrompre le processus législatif mis en place.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F., rappelle qu'il est important que le coût de la RCP soit intégré dans le cadre conventionnel permettant un reste à charge qui ne devra jamais être supérieur à 5 000 € par an et par praticien.

IV – AUTRES COMMUNIQUÉS DE PRESSE

4.1. Communiqué du 15 mai 2011 du Syndicat National des Ophthalmologistes de France (SNOF) : Réseaux agréés de complémentaires santé : c'est aux professionnels de santé de défendre les patients.

Dans la loi Fourcade, qui modifie certaines dispositions de la loi HPST, l'article 22 autorisant le remboursement différencié des mutuelles, à l'instar des assurances privées, est passé relativement inaperçu.

Le 30 mars dernier, la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a déjà adopté l'amendement AS 106 proposé par Yves Bur afin de permettre aux mutuelles de servir des prestations différenciées dans le cadre de leurs réseaux, comme en ont déjà le droit les assurances privées. Toutefois de nombreuses réserves ont été formulées lors de la discussion de cet amendement : développement de réseaux fermés ? Importation de dispositifs low cost au détriment de la qualité des prestations ? Menace sur l'indépendance des professionnels de santé et la liberté de choix des patients ?

Le 12 avril dernier, Valérie Boyer, rapporteur au nom de la Commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale, a ainsi proposé de mieux « encadrer » cette pratique afin de préserver la liberté de choix du patient et la qualité des prestations fournies. C'est l'objet de l'article additionnel N°259 libellé comme suit : « **Un décret en conseil d'État fixe les règles de tout conventionnement souscrit entre les professionnels de santé, les établissements de santé ou les services de santé, et une mutuelle, une entreprise régie par le code des assurances, une institution de prévoyance ou leur gestionnaire de réseaux.** »

En prévision du vote définitif, le 18 mai prochain, le SNOF tient à faire savoir pourquoi il est essentiel pour l'avenir de notre système de santé et la qualité des prestations en santé que les parlementaires adoptent ces dernières recommandations.

4.2. Communiqué du 16 mai 2011 du Syndicat des Gynécologues médicaux

L'amendement 17 bis de la Loi FOURCADE vise à élargir le champ de compétence des sages femmes en matière de contraception et de suivi gynécologique de prévention sauf en cas de situation pathologique.

Le SGM s'émeut de cet amendement proposé sans qu'aucune formation complémentaire à la gynécologie ne soit prévue au cursus de formation des sages femmes et rappelle que leur formation concerne actuellement uniquement le suivi de la grossesse normale et en aucun cas le suivi gynécologique en dehors de cette période

Le SGM s'émeut de voir que la seule solution apportée pour prévenir, accompagner et améliorer la santé des femmes soit d'augmenter le nombre de prescripteurs sans s'attacher à la formation et l'acquisition des compétences requises de ceux ci et sans les intégrer au parcours de soin plutôt que de développer la formation des médecins traitants et de mettre en place les moyens d'une coordination optimisée entre eux et les gynécologues

Plutôt que d'augmenter uniquement le nombre de praticiens, sans garanties sur les

modalités de prescription, donnons réellement les moyens aux médecins formés qui oeuvrent déjà pour la santé des femmes.

**Docteur Alice Touzaa – Docteur Nathalie Carlotti
SGM**

4.3. Communiqué du 15 mai 2011 du Syndicat des Ophtalmologistes de France (SNOF) : Réseaux agréés de complémentaires de santé :

C'est aux professionnels de santé de défendre les patients

Dans la loi Fourcade, qui modifie certaines dispositions de la loi HPST, l'article 22, autorisant le remboursement différencié des mutuelles, à l'instar des assurances privées, est passé relativement inaperçu.

Le 30 mars dernier la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a déjà adopté l'amendement AS 106 proposé par Yves Bur afin de permettre aux mutuelles de servir des prestations différenciées dans le cadre de leurs réseaux, comme en ont déjà le droit les assurances privées. Toutefois, de nombreuses réserves ont été formulées lors de la discussion de cet amendement : développement de réseaux fermés ? Importation de dispositifs *low cost* au détriment de la qualité des prestations ? Menace sur l'indépendance des professionnels de santé et la liberté de choix des patients ?

Le 12 avril dernier, Valérie Boyer, rapporteur au nom de la Commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale, a ainsi proposé de mieux « encadrer » cette pratique afin de préserver la liberté de choix du patient et la qualité des prestations fournies. C'est l'objet de l'article additionnel N°259 libellé comme suit : « **Un décret en conseil d'État fixe les règles de tout conventionnement souscrit entre les professionnels de santé, les établissements de santé ou les services de santé, et une mutuelle, une entreprise régie par le code des assurances, une institution de prévoyance ou leur gestionnaire de réseaux.** »



Syndicat national des Ophtalmologistes de France

En prévision du vote définitif, le 18 mai prochain, **le SNOF tient à faire savoir pourquoi il est essentiel pour l'avenir de notre système de santé et la qualité des prestations en santé que les parlementaires adoptent ces dernières recommandations.**

ARTICLE 22, ATTENTION !

3 lignes qui risquent de mettre en cause l'organisation du système de soins

Sous prétexte de « moderniser » les règles du secteur de la mutualité, il s'agit en fait de légaliser la pratique des mutuelles de rembourser de manière différenciée leurs assurés selon qu'ils recourent ou non à des professionnels agréés par leur réseau de santé.

Cette pratique, qui concerne aujourd'hui les chirurgiens-dentistes, les opticiens et les audioprothésistes, dans la mesure où ces professions pâtissent de remboursements totalement déconnectés des frais réels, pourrait donc se généraliser aux autres professions médicales et paramédicales. Ce serait légitimer le rôle de régulateur qu'ambitionnent de jouer les mutuelles santé et imposer un conventionnement « sélectif » sur des bases plus économiques que

sanitaires : sélection des professionnels, maîtrise des tarifs, limitation de la prestation du professionnel à un niveau imposé par le payeur.

Alors que le régime complémentaire se voit transférer de plus en plus de charges, l'Assurance maladie cède du terrain devant ces structures parallèles au risque de dénaturer notre système de soins. **Un partenaire « commercial » peut-il garantir que le patient sera aussi bien pris en charge ?**

La priorité économique et financière ne risque-t-elle pas d'hypothéquer l'indépendance des professionnels de santé dans leur pratique et le choix des soins ? Le gouvernement joue-t-il sur le rapport de force pour réaliser à terme l'intégration verticale pure et simple de certaines professions de santé.?

Le patient doit-il faire les frais d'un mode de fonctionnement où le prix des prestations se négocie contre des volumes d'activité au détriment de la qualité?

Le patient devra-t-il aussi s'adapter à un système où les professionnels de santé tournent périodiquement, et changer de praticien uniquement pour des questions de remboursement ?

DEFENDRE L'ARTICLE ADDITIONNEL 219 (amendement Boyer), c'est préserver la qualité de notre système de soins

■ **Le SNOF soutient l'amendement Boyer qui peut seul éviter de faire passer la qualité après le profit**, du simple fait que la concurrence entre les mutuelles s'exerce surtout au niveau des prix. Comme on le constate déjà dans le secteur de l'optique, l'importation de dispositifs « low costs » ne manquerait pas de s'en trouver favorisée.

■ **Le SNOF soutient l'amendement Boyer qui peut seul garantir dans ce système la liberté de choix**: Les patients doivent pouvoir continuer à se faire suivre par le professionnel de santé de leur choix, et le professionnel doit garder la possibilité de proposer davantage que ce qui est remboursé par la mutuelle.

■ **Le SNOF soutient l'amendement Boyer qui assure la garantie de l'Etat** puisque les mutuelles n'outrepassent pas leurs droits au détriment des patients, des professionnels de santé et de la santé en général.

4.4. Communiqué du 19 mai 2011 de la Fédération Nationale des Médecins Radiologues : La FNMR appelle le SYNGOF à jouer la carte de la solidarité entre spécialités médicales

La Fédération Nationale des Médecins Radiologues (FNMR) est consternée par les propos du Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France (SYNGOF) dans son communiqué daté du 17 mai, qui, pour justifier le recours aux compléments d'honoraires des gynécologues-obstétriciens, porte atteinte de façon totalement anti-confraternelle aux médecins radiologues libéraux.

Le SYNGOF prétend que « les chirurgiens et les obstétriciens libéraux ne peuvent compenser la faiblesse des tarifs de l'Assurance Maladie par une augmentation du volume de leurs actes, comme peuvent le faire les spécialistes des disciplines techniques d'explorations qui ainsi gardent les revenus les plus élevés tout en restant en secteur 1 ».

Cette allégation est mensongère.

La FNMR rappelle que les médecins radiologues ont, depuis 2007, subi des plans répétés de maîtrise comptable pour un montant total de 410 millions d'euros. Contrairement à ce qu'affirme le SYNGOF, il n'y a pas de hausse de volume en radiologie. Au contraire, le nombre d'actes est en baisse sensible (-2,8% entre 2007 et 2009), comme d'ailleurs ceux de la plupart des spécialités médicales. Ce contexte très difficile a entraîné la fermeture de cinquante cabinets de proximité.

En dépit des baisses tarifaires récurrentes dans leur spécialité, **les médecins radiologues continuent d'assumer personnellement le financement de leur outil de travail** tout en restant, dans la quasi-totalité, conventionnés en secteur 1.

La FNMR met en garde le SYNGOF contre la chimère d'une politique de revenus pour les médecins libéraux, dont les tutelles ne manqueraient pas de se saisir pour procéder à un nivellement par le bas et tailler dans tous les revenus. Faut-il rappeler, que les 100 millions d'euros prélevés sur l'imagerie médicale en 2009, avec la complicité de MG France, n'ont jamais été reversés aux médecins généralistes, ni d'ailleurs à aucune autre spécialité. Le « troc » promis n'a jamais eu lieu.

Dans le cadre des négociations conventionnelles, **toutes les spécialités médicales auront besoin les unes des autres pour obtenir des avancées significatives**. C'est pourquoi **la FNMR invite le SYNGOF** à jouer la carte de la solidarité entre médecins. La division a toujours été, reste et restera le plus mauvais choix pour les médecins.

Dr Jacques NINEY
Président

4.5. Communiqué du 20 mai 2011 du Centre National des Professions de Santé (CNPS) : Financement des URPS – Le CNPS alerte le Ministre de la Santé

Le CNPS, première intersyndicale des libéraux de santé, vient d'écrire au Ministre de la Santé afin de l'alerter sur les difficultés financières rencontrées par les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS).

Alors que les URPS soumises à élection sont, à présent, constituées pour toutes les professions et que les URPS dont les membres sont désignés sont sur le point de s'installer, elles n'ont toujours pas reçu la dotation leur permettant de fonctionner, qui était prévue par la loi. Les textes prévoyant la mise à disposition de fonds de départ pour les URPS, hormis celles des médecins qui ont pris le relais des URML, ne sont toujours pas parus.

Cette situation est particulièrement pénalisante pour les libéraux de santé qui ne sont pas en mesure de fonctionner correctement, ni de participer aux travaux de concertation programmés par les ARS.

C'est pourquoi, le CNPS a demandé au Ministre de la Santé de débloquer d'urgence cette situation et de donner les moyens aux URPS d'assumer leurs missions qui leur ont été confiées par la loi.

Dr Michel CHASSANG
Président

4.6. Communiqué du 21 mai 2011 du Syndicat National des Pédiatres Français (SNPF): Dépassesments : La « délinquance » des pédiatres en secteur 2

Le Syndicat National des Pédiatres Français tient à souligner que le taux de dépassement pratiqué par les pédiatres exerçant en toute légalité dans le secteur à honoraires libres, évalué à 64 % par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, n'est pas un « dépassement », mais un véritable complément d'honoraires.

Il est la conséquence d'une mesure discriminatoire de la base de remboursement de la consultation fixée à 28 € pour les enfants âgés de moins de 2 ans et, pour les plus de 2ans, de 23 €, tarif INCHANGE DEPUIS 1995, alors qu'elle est respectivement de 31 € et 28 € pour les patients consultant un pédiatre exerçant dans le secteur à honoraires opposables.

Le SNPF n'a eu de cesse depuis 2003 de dénoncer cette mesure inique et demande qu'elle soit corrigée dans la prochaine convention, avec les revalorisations tarifaires attendues.

Contacts :

Dr JC FRANCESCHINI - DR F RUBEL

4.7. Communiqué du 24 mai 2011 du Syndicat National des Médecins Biologistes (SNMB) : Ordonnance réformant la biologie médicale, aménagements très insuffisants.

L'ordonnance réformant la biologie médicale a été ratifiée en première lecture par l'Assemblée Nationale le 19 mai 2011.

Cette ratification a été accompagnée d'aménagements qui ne règlent aucune des difficultés posées par cette réforme.

Sans entrer dans le détail de tous les amendements, trois dispositions semblent devoir être critiquées particulièrement :

1) L'accréditation obligatoire :

Le report des échéances d'un an pour apporter la preuve de l'entrée dans la démarche d'accréditation et de deux ans pour être accrédité, ainsi que la réduction à 80 % des examens réalisés à accréditer, ne résoudra, en fait, aucun des problèmes liés à l'accréditation. Ce sont les mesures minimales que le SNMB avait demandées au gouvernement dans l'éventualité où ce dernier voudrait absolument maintenir l'accréditation obligatoire.

- Le SNMB considère que ces mesures ne changeront pratiquement rien au coût exorbitant de l'accréditation estimé, après audit, **à près d'un demi milliard d'euros par an pour l'ensemble des laboratoires privés et hospitaliers**. Ce coût n'a jamais été évalué par les concepteurs de cette réforme qui ont fait preuve d'une totale irresponsabilité.

Consacrer un tel budget pour une accréditation inadaptée, alors que tant de besoins en terme de santé publique ne sont pas satisfaits, notamment à l'hôpital qui cherche

désespérément des économies à réaliser pour pouvoir continuer d'assumer sa mission de service public, est proprement scandaleux.

- Le SNMB considère que ces aménagements mineurs ne modifieront en rien les difficultés inutiles auxquelles les laboratoires privés et publics auront à faire face pour satisfaire des procédures d'accréditation disproportionnées et l'incapacité, tant technique que financière, de la plupart des hôpitaux à accréditer leur laboratoire.

- Le SNMB considère que ces mesures n'apportent aucune alternative au monopole du COFRAC, seul organisme habilité à accréditer les laboratoires, et à son pouvoir absolu lié à sa mission de contrôle de la réglementation à la place de l'administration dont le désengagement, en la matière, est inacceptable.

- C'est pourquoi, **comme cela existe partout en Europe**, le SNMB considère que **seul le libre choix entre l'accréditation et la certification** (plus abordable techniquement et financièrement), permettra d'introduire une concurrence entre les organismes chargés de contrôler la qualité, de rétablir l'autorité de l'Etat et de résoudre tous les problèmes liés au coût démesuré et à la faisabilité de l'accréditation, tout en garantissant un niveau d'exigences largement suffisant pour le patient.

Cela permettra de limiter le gigantisme des structures, d'éviter un véritable problème de santé publique provoqué par la disparition de l'offre de soins dans de nombreuses régions notamment rurales et aux hôpitaux d'avoir les moyens de conserver leurs laboratoires.

2) Les infirmières :

Comme le SNMB l'avait demandé, les infirmières retrouvent leur indépendance et la faculté de réaliser des prélèvements dans leurs cabinets à la condition d'être accrédités selon la norme ISO 15189 pour la phase pré-analytique.

Cependant l'alternative entre accréditation et certification que nous avons demandée comme preuve de qualité n'ayant pas été actée, le SNMB considère que les infirmières seront incapables techniquement et financièrement de s'accréditer et ne pourront donc pas assurer les prélèvements et leur transport vers les plateaux techniques, particulièrement dans les zones rurales, posant, là encore, un véritable problème de santé publique.

3) Les ristournes :

L'interdiction des ristournes, qui avait été un des rares points positifs de cette réforme, contribuant ainsi au respect de la déontologie médicale et consolidant le caractère médical de la biologie française, est abrogée.

Le SNMB considère que le rétablissement de ces ristournes aboutira à démedicaliser un peu plus les laboratoires de biologie médicale en les assimilant, de fait, à des sociétés commerciales de service. Par ailleurs, de nombreux hôpitaux préféreront une sous-traitance par appel d'offres moins coûteuse à l'accréditation financièrement insupportable de leur laboratoire.

Enfin l'adoption d'amendements désordonnés qui laissent cohabiter dans le texte de l'ordonnance des mesures contradictoires et incohérentes donne l'impression d'un travail bâclé sur un document qui était déjà brouillon et médiocre.

Le SNMB espère que le passage en deuxième lecture au Sénat permettra d'obtenir des modifications substantielles et utiles sur un certain nombre de sujets déjà évoqués ou non encore abordés.

Dr Claude COHEN

Président

V - À propos de : «EN DIRECT DU SPECIALISTE»

« EN DIRECT DU SPECIALISTE » est un mensuel électronique, son objectif est de diffuser les messages syndicaux de l'UMESPE. Tous les textes peuvent être repris et utilisés librement par les différents syndicats affiliés à l'UMESPE et à la CSMF.

L'abonnement (gratuit) est obtenu sur simple demande à la rédaction : umespe@club-internet.fr

Nous vous rappelons que conformément aux dispositions la loi 78-17 : "Informatique, fichiers et liberté", vous conservez la possibilité d'accéder aux informations vous concernant et de les rectifier si vous le jugez nécessaire.

Copyright: Editions DUREY®

VI – REMERCIEMENTS pour son soutien à SCAMED



ASSUMED
Scamed
assurances

Allons plus loin ensemble

Sur internet www.scamed.fr

Des **solutions** d'assurance
sur **mesure** adaptées à **vos besoins**
professionnels **et** personnels

SCAMED Assurances
15 Rue Eugène Flachat
75017 Paris
Tél : **01 55 65 05 60**

Contactez un conseiller

SCAMED Caraïbes
3 rue Simon Cottrell
97233 Schoelcher - Martinique
Tél : **0596 669 994**