

Désorganisation des soins : un ennemi ou un bouc émissaire ?

Nous demandons un aménagement de l'accès aux soins des plus démunis (CMU temporaire et Aide médicale d'État) :

1. La gratuité de l'accès à l'AME était une décision qui a coupé toute notion du coût de la santé. Il faut réintroduire une cotisation au moins symbolique de 50 € pour ces bénéficiaires ; la question du droit au sol des immigrés clandestins provoque une nouvelle ghettoïsation et assistanat des générations futures. Il faut de novo restaurer le droit aux professionnels de refuser les tiers payants. Nous ne sommes pas favorables aux tiers payants généralisés. Il faut à notre avis réinventer la libre facturation sur la base commune (réouverture du secteur 2 ou secteur optionnel).

2. Il faut mettre fin à un nomadisme médical désastreux des bénéficiaires de l'AME/CMU temporaire (gestion de flux migratoire médical) car ils ne sont pas concernés par l'institution du « médecin traitant » et du « parcours de soins ». Nous n'avons aucun moyen vérifier leur situation administrative sur le site d'AMELI de la CPAM. Et la CPAM donc ne paie que d'une façon très aléatoire. Le parcours de soins n'est pas respecté car les bénéficiaires ne sont pas concernés : c'est un argument de la CPAM que de transférer la responsabilité comptable de l'assureur et du bénéficiaire sur le dos des praticiens, car elle ne paie pas l'acte entier (mais un fragment variant entre 6,90 € à 23 €). C'est une pure dégradation de notre statut de professionnel de santé. La nouvelle convention nous a été imposée courant 2012. Elle met en place une aide pour les médecins qui utilisent la carte vitale plutôt que des feuilles-papiers. Or, la CPAM distribue à ses assurés-bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat (AME) et CMU temporaires, les attestations SANS carte vitale. Pour traiter ce flux comptable, nous sommes obligés d'embaucher une secrétaire dont le coût annuel s'élève à environ 30 000 €. Ses bénéficiaires sont la majorité de nos patients (64 %). Ce type de patientèle est a priori le plus démuné et surtout leur acceptation dans nos soins crée une surcharge administrative écrasante (embauche de la secrétaire, saisies et suivis de facturation, etc ; bref, une surcharge de travail NON médical). Récemment, nous avons calculé que la dégradation de la valeur de la consultations, au regard des diverses difficultés, passe de 23 € facturés à 17 € perçus.

Pour que ce parcours (quoique controversé et redondant) soit respecté, il faut que les bénéficiaires de tiers payants soient équipés lors de leur inscription d'une carte vitale. Et que leur choix soit clairement marqué sur leurs attestations (carte vitale et papiers compris).

3. Les feuilles de soins dégradées (sans carte vitale) doivent être dispensées de duplicata de facturation sur papier qui doivent en plus être adressées au centre dans les 10 jours suivant la télétransmission : cette demande est abusive de la part de la CPAM qui évoque la traçabilité comptable d'une fiche papier en plus de facture électronique : Non seulement nous saisissons la facturation à la place de la CPAM mais, en plus, ils nous demandent un double travail : électronique ET papier ! Les responsables de la CPAM du secteur des relations avec des professionnels sont au courant.

4. L'option démographique ne soulage pas les frais de secrétariat et de fonctionnement administratif du cabinet.

Les contraintes énumérées ci-dessus anéantissent les efforts de valorisation de notre travail.