

Nouveaux tarifs
Dépassements d'honoraires
Contrat d'Accès aux Soins
Développement Professionnel
Continu (D.P.C.)

Ce qui change au 1^{er} juillet 2013

Thierry Bour (*METZ*)
SNOF - Secrétaire général-adjoint
AFO (CNP) - Secrétaire

Nouveaux tarifs
Dépassements d'honoraires
Contrat d'Accès aux Soins

Conséquences de l'Avenant n°8

Avenant N° 8

objectif des mesures (publié en déc. 2012)

- 1. Régulation des dépassements excessifs**
- 2. Mise en place d'un contrat d'accès aux soins (à la place du secteur optionnel)**
- 3. Garantir l'accès aux soins à tarif opposable pour les patients disposant de l'attestation de droit à l'aide à l'Acquisition d'une Complémentaire santé (ACS)**
- 4. Développer les nouveaux modes de rémunération et la valorisation des tarifs opposables (revalorisation du secteur 1)**
- 5. Modération tarifaire pour l'ensemble des médecins exerçant en secteur 2 (crise économique +++)**

PRESIDENTIELLE : TOUS LES PARTIS VOULAIENT UNE REGULATION DES DEPASSEMENTS

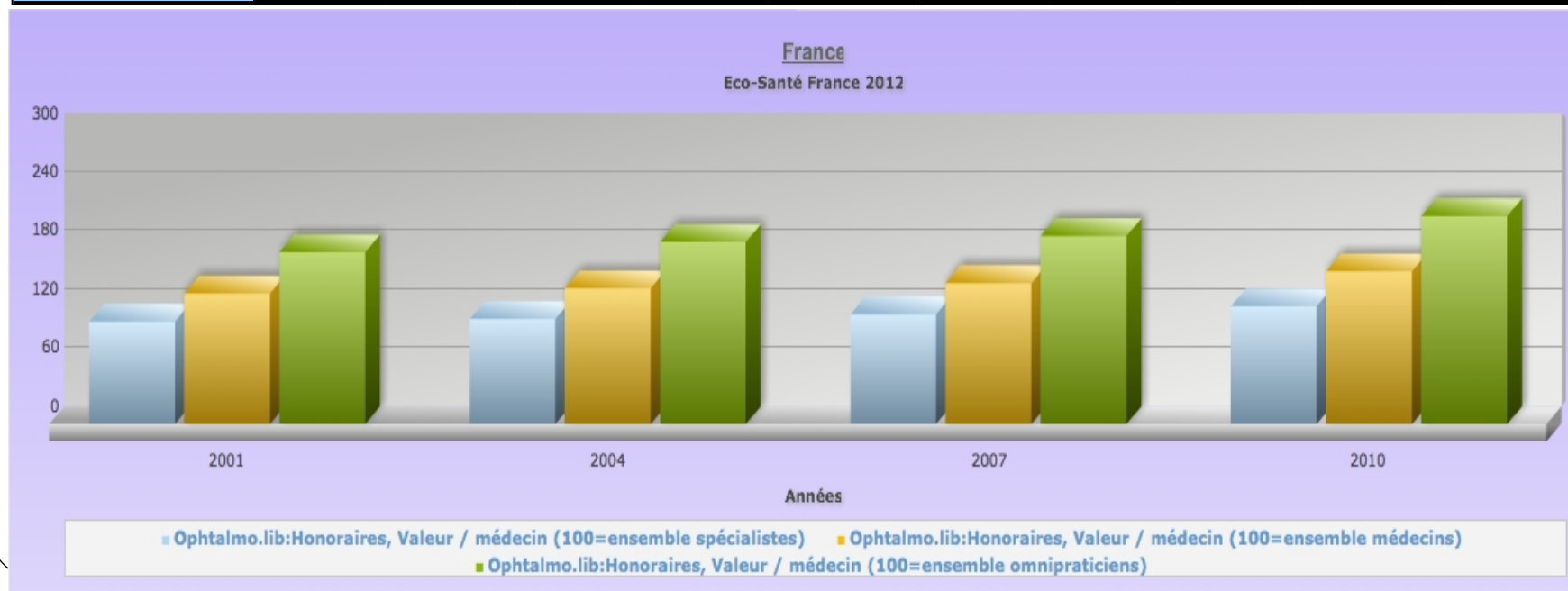
Contexte

- Crise depuis 2008
- Récession
- Déficit chronique SS malgré le respect de l'ONDAM
- Baisse du pouvoir d'achat
- Augmentation des dépenses contraintes / h
- Pénurie de médecins
- Augmentation du nombre de médecins secteurs 2
- Baisse des Honoraires et des dépenses de santé dans plusieurs pays européens

Comparaison honoraires OPHTALMOLOGISTES versus spécialistes – ensemble des médecins – généralistes depuis 10 ans.

2001-2010 : Inflation 18,5 %

Eco santé	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Variables	France	France	France	France	France	France	France	France	France	France entière	Evolution
Ophtalmo.lib:Honoraires prix courants, Mos EUR	847	912	955	1010	1048	1110	1174	1234	1273	1362	60,7%
:Hono.sans dépassement	692	721	742	778	814	849	882	934	953	1022	47,8%
Dépassements	156	191	213	232	234	261	292	300	321	340	118,3%



Evolution du secteur 2 en OPH

Source :SNIR

2000 : 50% des OPH (spés 37%)

- Taux moyen dépasst : 42%

2005 : 53% (spés 39%)

Taux moyen dépasst : 52%

2011 : 55% (spés 42%)

Taux moyen dépasst : 61% (spés 56%)

67 % des nouvelles installations en secteur 2

Modifications TARIFS SECTEUR 1 (1^{er} juillet)

C2 consultant

- Tous les 4 mois (mêmes conditions)
- Trop peu utilisé en OPH (3 à 5% des CS)

Majoration
forfaitaire de 5
euros

- Pour les actes cliniques (CS-MPC-MCS, C2)
- Forfait trimestriel
- Patients 85 ans et plus (80 ans au 1/07/2014)

Revalorisation
CCAM

- Marginale en OPH (surtout actes avec J et K)
- 4 modificateurs
- Atteinte valeur cible en 3 étapes

4 nouveaux modificateurs, 3750 actes

Code	Libellé	Valeur du 1/07/2013 au 28/02/2014	Valeur du 1/03/2014 au 31/12/2014	Au 1er janvier 2015 : Application des tarifs cibles figurant dans l'avenant 8				
X	Modificateur transitoire de convergence vers la cible, valeur 4 Concerne : les médecins conventionnés exerçant en secteur à honoraires opposables ou ayant adhéré au contrat d'accès aux soins défini aux articles 36 et suivants de la convention médicale approuvée par arrêté du 22/09/2011	+8%	+16%		BACA002	1	0	29,07
I	Modificateur transitoire de convergence vers la cible, valeur 3 Concerne : les médecins conventionnés exerçant en secteur à honoraires opposables ou ayant adhéré au contrat d'accès aux soins défini aux articles 36 et suivants de la convention médicale approuvée par arrêté du 22/09/2011	+4,6%	+9,2%		BACA007	1	0	104,9
9	Modificateur transitoire de convergence vers la cible, valeur 2 Concerne : les médecins conventionnés exerçant en secteur à honoraires opposables ou ayant adhéré au contrat d'accès aux soins défini aux articles 36 et suivants de la convention médicale approuvée par arrêté du 22/09/2011	+1,9%	+3,7%		BACA008	1	0	29,07
O	Modificateur transitoire de convergence vers la cible, valeur 1 Concerne : les médecins conventionnés exerçant en secteur à honoraires opposables ou ayant adhéré au contrat d'accès aux soins défini aux articles 36 et suivants de la convention médicale approuvée par arrêté du 22/09/2011	+0,3%	+0,6%		BAEA003	1	0	306,29
					BAFA005	1	0	94,49
					BAFA006	1	0	53,57
					BAFA010	1	0	42,41
					BAFA012	1	0	34,97
					BAHA001	1	0	29,02
					BALB001	1	0	31,99
					BAMA001	1	0	270,07
					BAMA008	1	0	296,86
					BAMA010	1	0	237,34
					BAMA011	1	0	236,81
					BAMA015	1	0	256,68
					BAMA018	1	0	270,07
					BAMA019	1	0	217,99
					BGFA007	1	0	462,77
					BKBA001	1	0	246,26
					BKGA003	1	0	274,54
					BKHA003	1	0	154,01
					BKJA001	1	0	74,4
					BLQP009	1	0	64,8
					BLQP012	1	0	25,3

En hausse

En hausse

CODE	Libellé	ACTIVITE	PHASE	Tarif au 1 ^{er} juillet 2013	Tarif au 1 ^{er} juillet 2014	Tarif au 1 ^{er} juillet 2015
Echographies						
BFQM001	Biométrie oculaire par échographie avec mesure des différents paramètres oculaires pour détermination de la puissance d'un implant	1	0	35,01 €	34,11 €	33,22 €

En baisse

Mais la CCAM OPH a trop augmenté...

Doit être réétudiée fin 2013...

Nb actes CCAM en milliers	2007	2008	2009	2010	2011	2007-2010
total	11530	13357	14431	18940	21147	
croissance		15,8%	8,0%	31,2%	11,7%	83,4%
secteur 1	6484	7358	7765	9773	10670	
croissance		13,5%	5,5%	25,9%	9,2%	64,6%
secteur 2	5031	5982	6652	8767	9947	
croissance		18,9%	11,2%	31,8%	13,5%	97,7%
source : ISPL France entière						



47,3 % des actes sont réalisés en secteur 2 (2,3% en secteur 3)

Quid des autres spécialités pour les actes CCAM ?

<i>source ISPL</i>	2007	2009	2010	2011	Evolution
Radiologues	62654	88306	77896	58040	-7%
OPH	11530	14431	18940	21147	83%
ORL	3911		4960	5044	29%
Dermatos	2599		2880	3057	18%
Gastro-entéros	2171		2558	2565	18%
Cardios	9283		11790	12333	33%

Progression volume CCAM totale 2007-2011 : + 25%

Progression CCAM totale 2007-2011 honoraires : + 35 %

	coût CCAM OPH	
Année	total	dépassements
2007	414 M€	123 M
2011	889 M€	190 M
Secteur 2	116%	

doublement en cinq ans !!!

CCAM libérale : statistiques

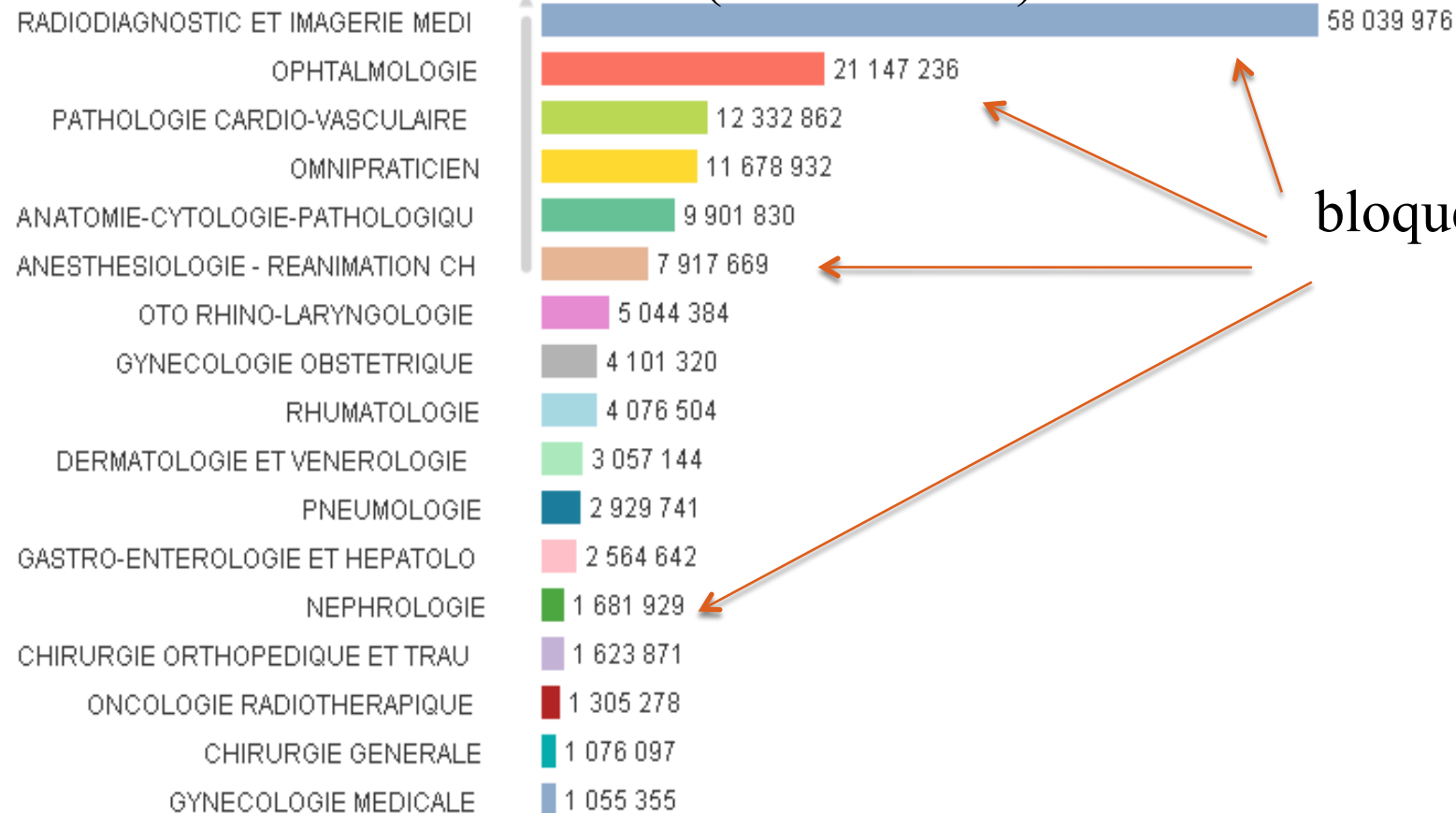
(non disponibles pour les hospitaliers)

Répartition par spécialité

2011

Nombre d'actes

(source ISPL)



bloqués

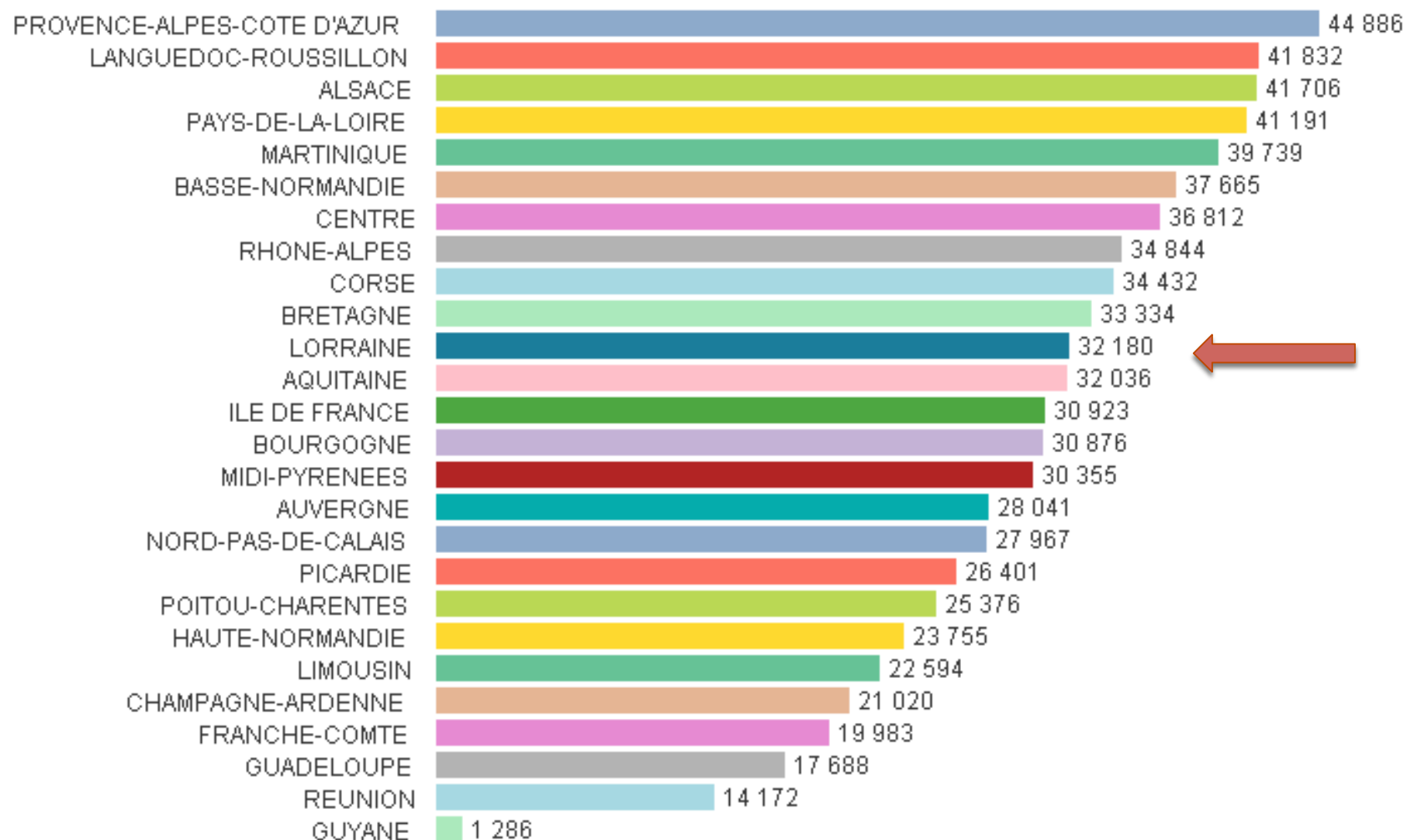
Répartition par région ou par département pour 100 000 habitants

Nombre d'actes pour 100 000 habitants



Région du PS

Ophtalmologie



Les actes CCAM ophtalmos en 2011 : les dix « stars » : 18 724 361 (88,5%) en libéral

			2007	2011	EVOLUTION
	Actes	libellé	11 529 814	21147236	83%
1	BLQP010	Examen de la vision binoculaire	2 421 387	4 866 111	101%
2	BGQP002	Examen du fond d'oeil par biomicroscopie avec verre de contact	2 344 210	3 545 481	51%
3	BJQP002	Examen fonctionnel de la motricité oculaire	1 514 437	3 330 202	120%
4	BZQP002	Fluoroscopie de l'oeil	1 117 175	1 922 877	72%
5	BLQP004	Campimétrie ou périmétrie manuelle ou automatisée, avec seuils	483 085	607 454	26%
6	BZQK001	Tomographie de l'oeil par scanographie à cohérence optique	469376	2 407 304	413%
7	BFGA004	Extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification	414 496	543 304	31%
8	BFQM001	Biométrie oculaire pour détermination de la P d'un implant	364 080	467 515	28%
9	BGQP007	Rétinographie en couleur ou en lumière monochromatique	355 186	674 822	90%
10	BBQP001	Exploration fonctionnelle des flux lacrymaux	271 961	359 291	32%

5 actes OPH parmi les 16 les plus fréquents

Source : Institut Statistiques des Professionnels de Santé Libéraux (ISPL)

De 11 à 20 : 1 345 675 actes (6,3%) évolution contrastée

			2007	2011	
11	BDQP003	Pachymétrie cornéenne	191 164	289 379	51%
12	BEPA001	Capsulotomie cornéenne pour cataracte secondaire, avec laser	155 191	222 388	43%
13	EBQF004	Angiographie du segment postérieur de l'oeil, fluorescéine	120 515	53 944	-55%
14	BLQP008	Exploration du sens chromatique, épreuves pseudo-isochromatiques	99 888	123 790	24%
15	BLQP002	Campimétrie ou périmétrie sans programme de seuils	96 590	104 664	8%
16	BHQP002	Gonioscopie oculaire	78 645	102 289	30%
17	EBQF002	Angiographie du SP, fluorescéine, avec superposition d'images	73 035	84 759	16%
18	BSLB001	Injection d'agent pharmacologique dans le corps vitré	56 380	257 032	356%
19	BLQP007	Exploration du sens chromatique par assortiment	49 400	60 424	22%
20	BSNP008	Séance de photocoagulation chorioretinienne du pôle postérieur	48 886	47 006	-4%

20 premiers actes = 94,5 % des actes en volume !

88 % en honoraires

Opinion de la CNAMTS

- Petits actes trop nombreux en ophtalmologie, dont la valeur est inférieure à la CS.
- trop d'associations en cabinet permettant de dépasser le tarif CS.
- CCAM « inadaptée » à l'évolution de la pratique

CNAMTS 2008

Activité OPH– CCAM 2006

Associations :

- Près 75 % des séquences comportent au moins 2 actes

en ORL : 22 %

en radiologie : 27 %

et 17 % globalement pour les autres spécialités.

Associations les plus fréquentes (*CNAMTS*) : 99 %
VB - motricité - Verre contact – fluoroscopie
OCT

Pistes de défense

- Évolution liée à l'innovation (appareils diag., nouvelles thérapeutiques)
- Exigence de qualité
- Demande non satisfaite , les OPH font des efforts +++
- vieillissement population
- Absence de revalorisation des tarifs de consultation
- Insuffisance d'utilisation et d'indications du C2
- Compensation absence de CCAM clinique (consultations complexes)

Contestation de la traçabilité des actes CCAM

- *chaque acte doit faire l'objet d'un compte-rendu écrit et détaillé.*
- *Le compte-rendu doit comporter :*
 - *les renseignements administratifs*
 - *l'indication de l'acte*
 - *les modalités techniques précises quand cela est nécessaire*
 - *les résultats quantitatifs et qualitatifs pertinents,*
 - *les conclusions motivées.*
 - *accompagné éventuellement d'un tracé ou d'une iconographie approprié.*
- *réalisé et signé par le médecin ayant pratiqué l'acte*
- *adressé au contrôle médical sur sa demande.*



Contrôle sur des centaines d'actes



Demande de comptes-rendus

NB : si cotation CCAM, l'acte doit être tracé et décrit dans le dossier +++

Ce qui n'est pas écrit n'existe pas pour le contrôle médical
= acte fictif

Création prochaine d'actes pour le dépistage de la rétinopathie diabétique

➤ Acte NGAP – orthoptiste :

- - **Acte de dépistage de la rétinopathie diabétique par rétinographie en couleur** dans les conditions définies réglementairement *avec télétransmission au médecin lecteur* : **15,6 +1,5 euros**
- - **Acte de dépistage de la rétinopathie diabétique par rétinographie en couleur** dans les conditions définies réglementairement *avec transmission par autre moyen au médecin lecteur* . **15,6 euros**
- *La facturation de cet acte est conditionnée à :*
- *une formation*
- *la réalisation de 2 clichés numériques de chaque œil : l'un centré sur la macula, l'autre sur la papille*
- *le recueil des informations cliniques concernant le diabète (ancienneté, type 1 ou 2, HbA1c) associé ou non à une hypertension artérielle traitée.*
- *La transmission dans un délai maximum de 48H, des rétinographies au médecin lecteur accompagnée des données administratives d'identification du patient et des données cliniques recueillies. En cas de télétransmission des données, celle-ci doit respecter les normes recommandées.*

Acte CCAM – BGQO00X: lecture différée d'une rétinographie en couleur, sans la présence du patient

À l'exclusion de :

- rétinographie en couleur ou en lumière monochromatique, sans injection (BGQP007)
- rétinographie en lumière bleue avec analyse des fibres optiques (BGQP009)

Indications :

pour les patients diabétiques de moins de 70 ans, en l'absence de rétinopathie diabétique diagnostiquée, à un rythme (*Recommandations de la HAS de décembre 2010*) :

- ⇒ *biennal, chez les diabétiques non insulino-traités, équilibrés pour l'hémoglobine glyquée et la pression artérielle,*
- ⇒ *annuel dans les autres situations,*
- ⇒ *pour la femme enceinte diabétique (hors diabète gestationnel) : avant la grossesse, puis trimestriel et en post-partum*

Conditions de réalisation :

- ⇒ Lecture d'au moins 500 clichés par an chez le patient diabétique
- ⇒ Lecture dans un délai de moins de 7 jours
- ⇒ Transmission du compte rendu au médecin prescripteur et au patient
- ⇒ Orientation des patients à un ophtalmologiste :
 - *dans un délai < 2 mois pour les patients avec RD non proliférante modérée ou sévère ou une maculopathie*
 - * *dans un délai inférieur à 2 semaines pour une rétinopathie diabétique proliférante.*

Facturation :

Pas facturable avec une prestation réalisée par un ophtalmologiste au cours de la même journée pour le même patient en dehors d'une urgence.

8 euros

Diverses organisations possibles...

Cotation de l'injection de Céfuroxime dans la cataracte BFGA004 + BELB001

- dans le cadre de la recommandation de l'AFSSAPS (ANSM)
- = temps supplémentaire à l'intervention, augmentation de la sécurité, diminution du coût des endophtalmies pour l'AM et du nombre de procès. Paiement sur objectif de santé publique.
- **Seul l'APROKAM a l'AMM** (*respecter le mode d'emploi*)
- Quelques refus de prise en charge par des CPAM
Action locale et nationale du SNOF
 - « suite à une analyse médico-administrative de la CNAMTS » la cotation est acceptée
- *Ne doit pas générer d'acte anesthésique supplémentaire*
- *Argumentaire du SNOF.*



COMPLEMENTS

OU

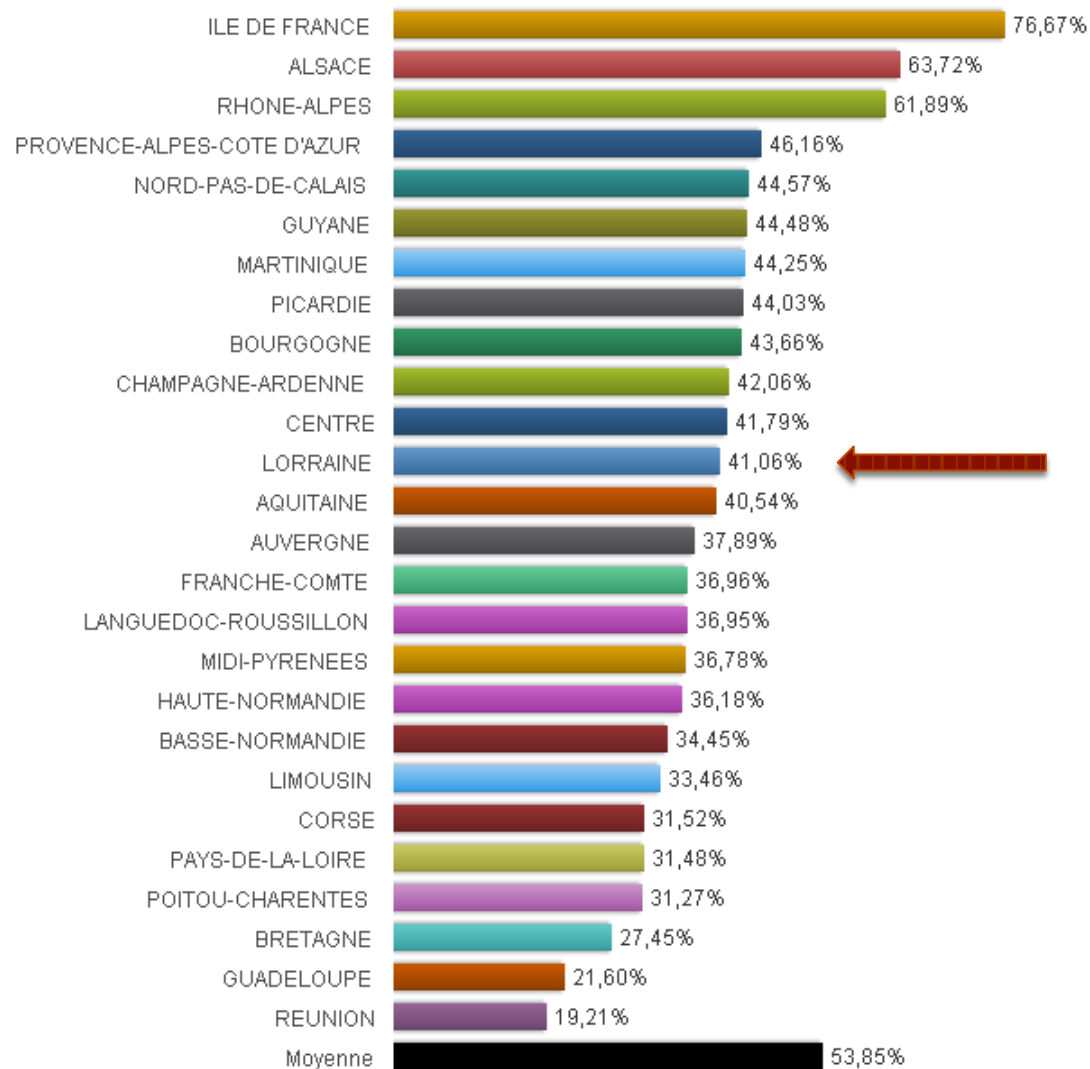
DEPASSEMENTS

D'HONORAIRES

Taux de dépassement par région en 2012 - SECTEUR II

source des données : Sniiram ODS 2013

 Remonter à la Région



0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90%

Taux moyen de dépassement des secteurs 2 sur les actes cliniques

Source :SNIR

Spécialité	Total actes cliniques				
	Depassements (en millions d'euros)	Honoraires totaux (en millions d'euros)	Taux moyen de dépassement	Taux d'HSD réalisés au tarif opposable	Taux de dépassement des actes avec dépassement
Généralistes	120,5	432,9	38,6%	27,0%	52,9%
MEP	95,2	246,3	63,0%	17,5%	76,4%
Total Omnipraticiens	215,7	679,2	46,5%	23,9%	61,2%
Anesthésistes	25,4	73,5	52,7%	32,0%	77,6%
Cardiologues	16,0	54,3	41,9%	32,4%	62,0%
Chirurgiens	133,9	382,3	53,9%	22,1%	69,2%
Dermatologues	70,8	168,7	72,4%	15,2%	85,3%
Radiologues	1,4	3,5	71,6%	43,2%	125,9%
Gynécologues-médicaux	44,7	82,3	118,9%	5,6%	125,9%
Gynécologues-obstétriciens et mixtes	139,3	266,2	109,7%	11,3%	123,7%
Gastro-entérologues	17,1	54,6	45,5%	26,2%	61,7%
Internistes	11,6	25,3	85,0%	27,6%	117,4%
ORL	34,2	90,8	60,4%	17,6%	73,3%
Pédiatres	57,7	139,2	70,8%	24,1%	93,2%
Pneumologues	3,2	8,3	63,0%	32,0%	92,5%
Rhumatologues	32,9	75,9	76,4%	19,4%	94,8%
Ophtalmologues	167,0	344,3	94,2%	7,4%	101,8%
Stomatologues	6,5	18,7	53,3%	20,5%	67,1%
MPR	11,4	22,2	105,0%	15,1%	123,7%
Neurologues	7,5	20,2	59,1%	25,0%	78,7%
Psychiatres-neuro-psychiatres	108,7	239,3	83,3%	18,2%	101,8%
Néphrologues	0,3	0,8	59,5%	41,8%	102,3%
ACP	0,1	0,3	52,7%	25,9%	71,0%
Endocrinologues	22,1	53,5	70,4%	23,0%	91,4%
Gériatres	0,2	0,4	149,1%	21,1%	188,9%
Total Spécialistes	912,1	2 124,4	75,2%	18,1%	91,9%
Total Médecins	1 127,8	2 803,7	67,3%	19,7%	83,8%

Taux moyen de dépassement en secteur 2 sur les actes techniques

Spécialité	Total actes techniques				
	Dépassements (en millions d'euros)	Honoraires totaux (en millions d'euros)	Taux moyen de dépassement	Taux d'HSD réalisés au tarif opposable	Taux de dépassement des actes avec dépassement
Généralistes	9,9	31,9	45,0%	33,1%	67,2%
MEP	31,7	116,7	37,3%	25,8%	50,2%
Total Omnipraticiens	41,6	148,6	38,9%	27,3%	53,4%
Anesthésistes	134,1	395,8	51,3%	54,2%	112,3%
Cardiologues	23,0	155,7	17,3%	55,1%	38,6%
Chirurgiens	420,6	1 082,7	63,5%	45,7%	117,2%
Dermatologues	18,0	49,4	57,2%	19,5%	71,0%
Radiologues	113,0	465,3	32,1%	50,1%	64,2%
Gynécologues-médicaux	5,5	17,7	45,3%	12,4%	51,8%
Gynécologues-obstétriciens et mixtes	104,9	290,8	56,4%	32,3%	83,3%
Gastro-entérologues	32,3	136,1	31,1%	48,6%	60,5%
Internistes	2,0	11,3	21,2%	74,0%	81,6%
ORL	56,5	183,6	44,5%	26,4%	60,5%
Pédiatres	2,5	10,2	32,9%	53,0%	70,0%
Pneumologues	4,7	27,9	20,2%	37,4%	32,3%
Rhumatologues	15,7	65,1	31,8%	29,2%	44,8%
Ophtalmologues	182,3	582,3	45,6%	27,6%	63,0%
Stomatologues	54,7	105,0	108,8%	23,4%	142,1%
MPR	3,9	12,9	43,7%	33,3%	65,5%
Neurologues	4,2	26,0	19,0%	37,9%	30,7%
Psychiatres-neuro-psychiatres	0,1	1,8	7,5%	74,4%	29,2%
Néphrologues	0,0	1,2	2,3%	97,2%	79,4%
ACP	11,0	58,9	22,9%	56,5%	52,6%
Endocrinologues	0,9	3,1	42,9%	25,8%	57,8%
Gériatres	0,0	0,1	24,6%	22,2%	31,6%
Total Spécialistes	1 190,0	3 682,9	47,7%	41,9%	82,1%
Total Médecins	1 231,6	3 831,5	47,4%	41,3%	80,7%

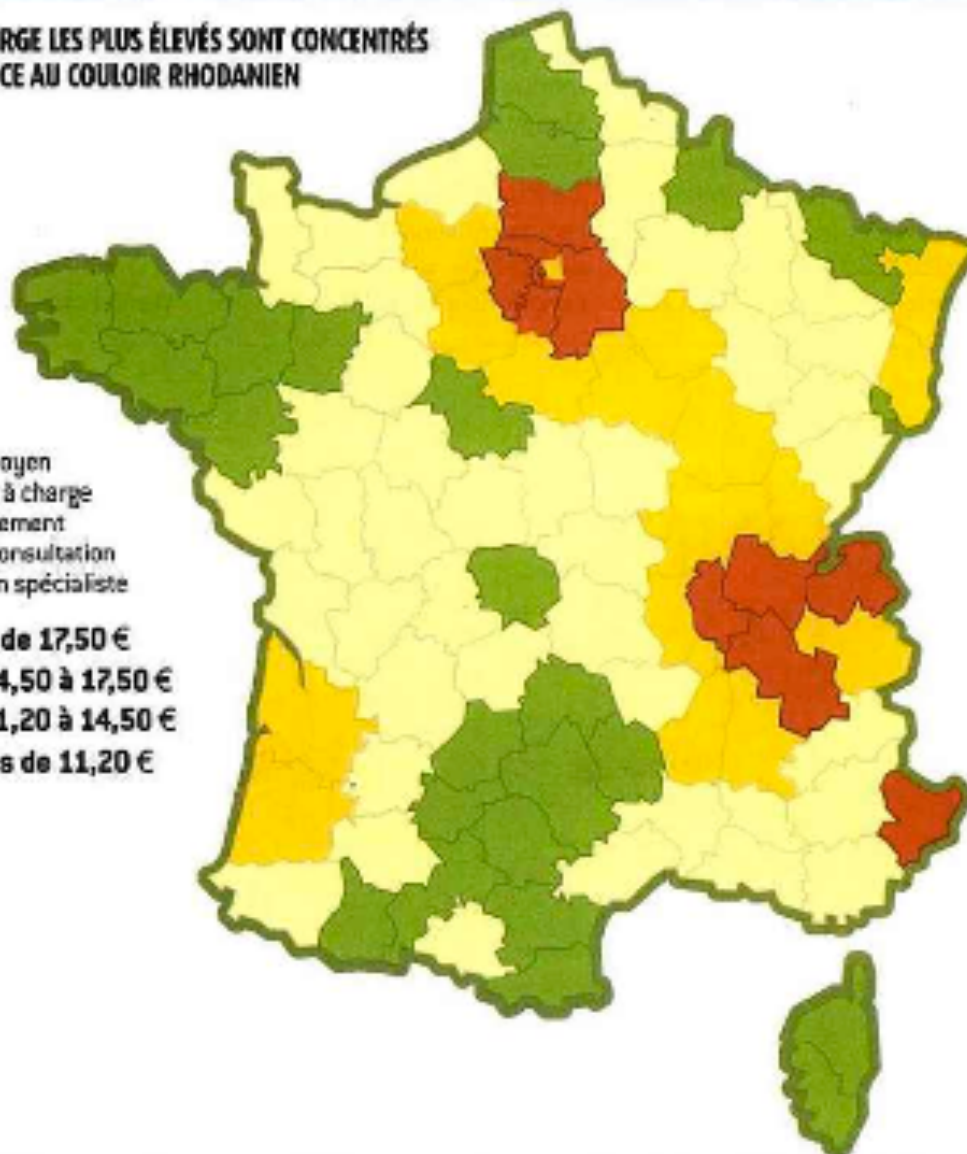
Les dépassements d'honoraires sous surveillance

■ 60 millions de consommateurs, le Collectif interassociatif sur la santé et Santéclair s'associent pour suivre l'évolution des restes à charge des patients, qui s'élèvent à 13 Mde, dont 7 Mde de dépassements des tarifs de la Sécurité sociale.

**LES RESTES À CHARGE LES PLUS ÉLEVÉS SONT CONCENTRÉS
DE L'ÎLE-DE-FRANCE AU COULOIR RHODANAIEN**

Montant moyen
des restes à charge
par département
pour une consultation
de médecin spécialiste

- Plus de 17,50 €
- De 14,50 à 17,50 €
- De 11,20 à 14,50 €
- Moins de 11,20 €

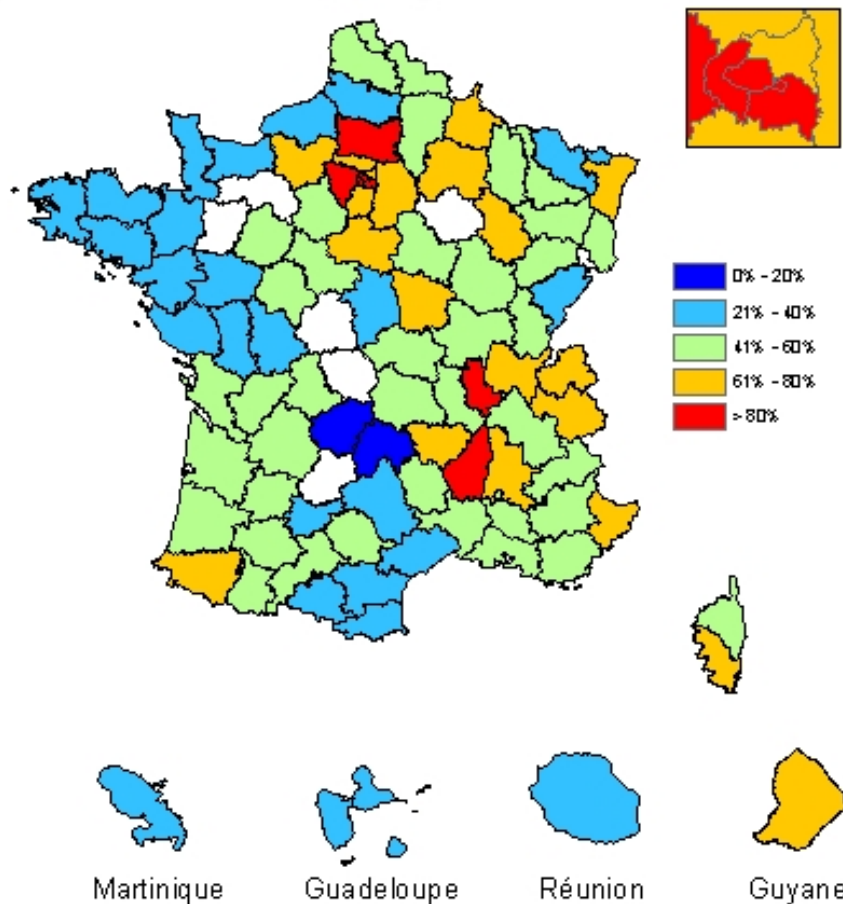


Ophtalmologie: taux de dépassement global des actes

Source : SNIR 2011

Médecins Actifs à Part Entière du secteur 2

Départements à blanc : effectif d'ophtalmologues du secteur 2 nul

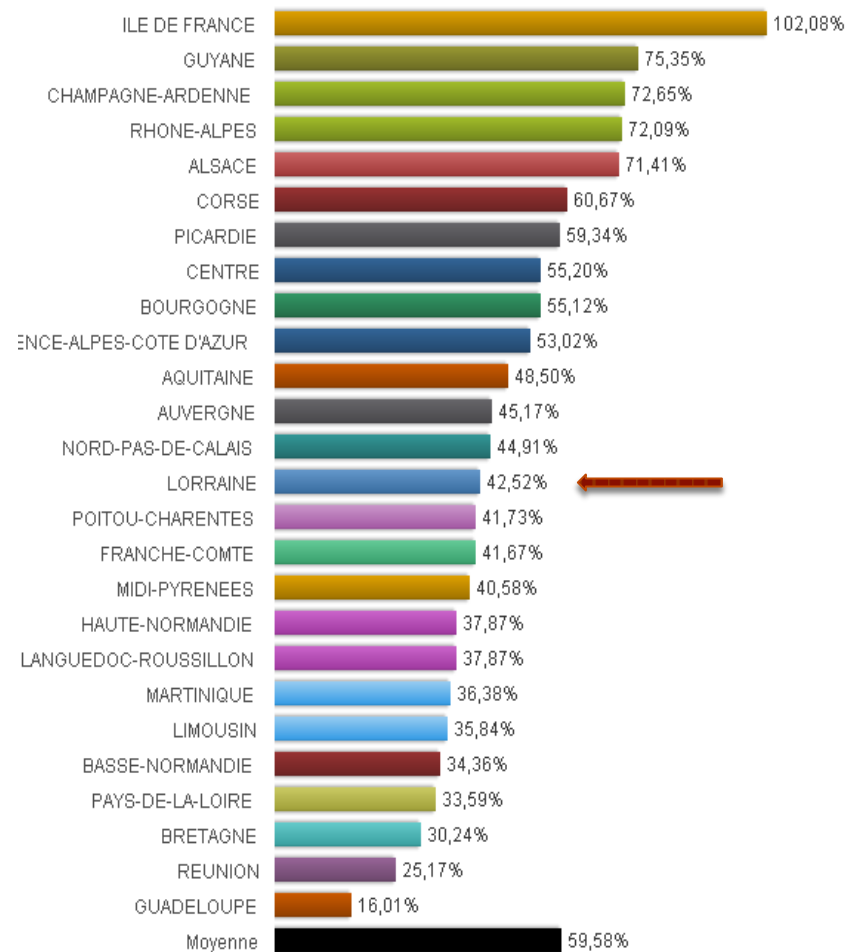


Taux de dépassement par région en 2012 - SECTEUR II

des données : Sniiram ODS 2013

OPHTALMOLOGIE

onter à la Région



0% 20% 40% 60% 80% 100% 120%

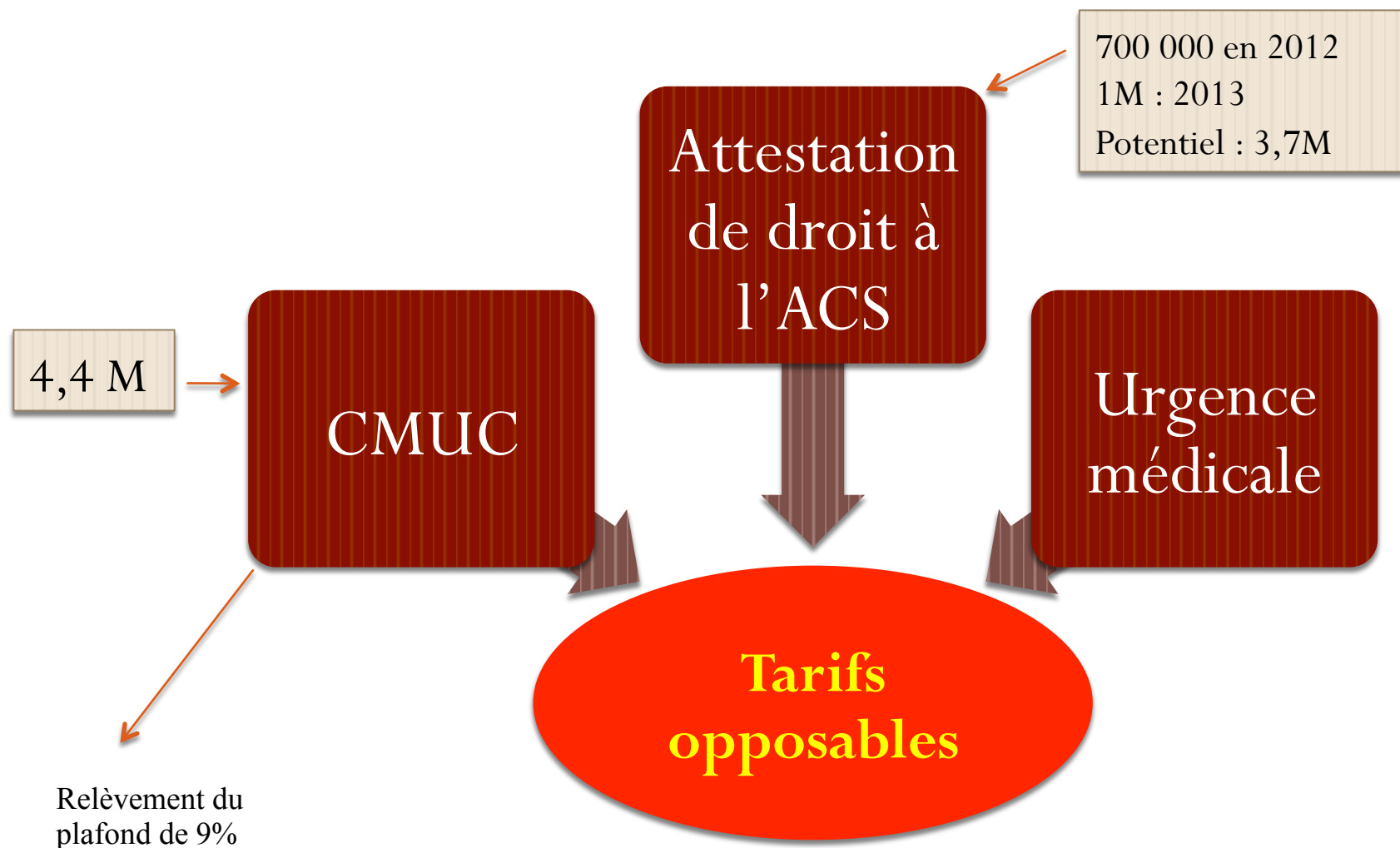
SECTEUR 2 : 55% des Ophtalmologistes

- « Reste en l'état ».
- C2 tous les 4 mois.
- Cotisations inchangées.
- Pas d'évolution de la CCAM (clinique et technique).
- Pas de majoration personnes âgées.
- Doute sur la prise en charge des compléments d'honoraires par les OCAM (baisse progressive ?)
- Ceux qui ont un taux recalculé $> 100\%$ ne peuvent prétendre au Contrat d'Accès aux Soins (CAS) : environ 300 OPH (2 en Lorraine)

LORRAINE

54	secteurs 2
101	secteurs 1

Obligations communes secteur 2 et CAS



« Régulation » des dépassements excessifs

- Nouvelle procédure de sanction conventionnelle pour « **pratique tarifaire excessive** » des médecins exerçant en secteur 2.

Définition de la pratique tarifaire excessive :

- ♦ taux de dépassement (référence 150%)
- ♦ le taux de croissance du taux de dépassement
- ♦ la fréquence des actes avec dépassements et la variabilité des honoraires pratiqués
- ♦ le dépassement moyen annuel par patient (*revenu médian par unité de consommation...*)

L'appréciation de la pratique tient compte aussi de :

- ✓ fréquence des actes par patient
- ✓ volume global de l'activité du professionnel
- ✓ lieu d'implantation du cabinet et de la spécialité.
- ✓ niveaux d'expertise et de compétence

Le taux de dépassement de 150 % du tarif opposable peut servir de repère (taux recalculé).

Adaptation dans certaines zones (Paris, Hauts de Seine, Rhône)

Les 5% ayant les niveaux moyens de dépassement les plus élevés dans chaque départements seront surveillés (si taux > 100%).

- Période de surveillance

- Étapes principales de la procédure (1/2) :

évaluée à 5 mois si pas de recours

- ♦ **Courrier d'avertissement par les CPAM** vers les médecins ayant une pratique tarifaire excessive : **délai de 2 mois pour modifier leur pratique tarifaire.**
- ♦ En l'absence de non-modification de la pratique : notification d'un **relevé de constatation** ; le médecin a 1 mois pour présenter ses observations.
- ♦ **Saisine de la Commission Paritaire régionale (CPR)** par le directeur de la CPAM à l'issue de ce délai, décision de la CPR sous 2 mois (avis réputé rendu à l'issue de ce délai).
- ♦ **Notification de la décision au médecin** (décision ne pouvant excéder les sanctions envisagées par la CPR).

Les syndicats signataires ont annoncé qu'ils bloqueraient les sanctions au niveau de la CPR.

- **Étapes principales de la procédure (2/2):**

4 mois supplémentaires en cas de recours

- ♦ **Recours possible du médecin en CPN** avec délai d'1 mois (recours à la CPN également possible par le directeur de la CPAM en cas d'absence d'accord de la CPR ou **d'absence de prononcé d'une sanction par la CPR**)
- ♦ Saisine du président du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) par la CPN dans un délai d'1 mois
- ♦ Avis du CNOM rendu dans un délai de 2 mois
- ♦ Examen du dossier par la CPN dans un délai de 2 mois
- ♦ Notification de la décision au médecin (**décision ne pouvant excéder les sanctions envisagées par la CPN**)

Sanctions applicables :

- **Suspension du droit de pratiquer des honoraires différents**
- **Déconventionnement du médecin**

le Contrat d'Accès aux Soins

Secteurs 1 ayant initialement les titres pour passer en secteur 2

QUI ?

- ACCA, ancien assistant
- PH à titre permanent, HIA
- PH à temps partiel avec 5 ans d'ancienneté

Combien ?

- 10 % ?
- Pas toujours démarchés par les DAM

Consigne

- **Signer le CAS !**

Obligations

- Au moins 30 % de l'activité en tarifs opposables, y compris urgences, CMU et ACS
- Honoraires avec compléments : moyenne (...) limitée à celle de la région dans la spécialité (idem nouveaux installés)

Les ophtalmologistes secteur 2 prenant le Contrat d'Accès aux Soins

- Contrat de droit privé
- Pas de changement de secteur

Résiliable annuellement
+ avenants

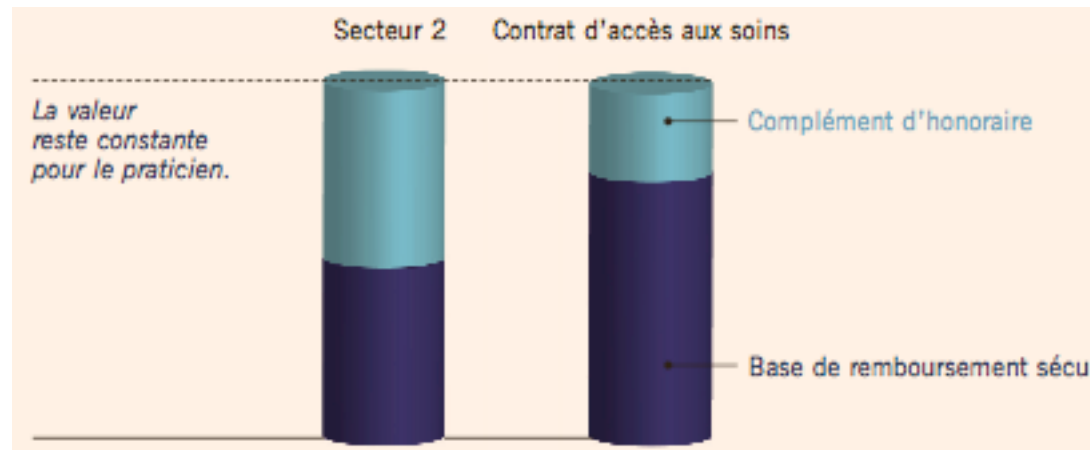
CAS

Durée 3 ans

Pour les OPH secteur 2
avec Tx dépassement
recalculé $< 100\%$

le taux de dépassement recalculé

- le taux moyen des compléments d'honoraires du médecin adhérent est recalculé sur la base des tarifs remboursables du secteur 1 en appliquant les différentes majorations comme la MPC, la MCS ainsi que tous les modificateurs prévus dans la CCAM.
- Référence : année 2012
- Taux de dépassement artificiellement diminué



Mêmes cotations qu'en secteur 1

(CS 23 à CS-MPC-MCS 28€)

et revalorisations ultérieures du secteur 1

- Majoration de 5€ > 80 ans

(total 33€ , +43,5% / CS)

- Nouveaux tarifs CCAM

- Coefficient K pour les actes avec J

Avantages du C.A.S.

Meilleures prises en charge des compléments d'honoraires par les complémentaires...

Alignement de la prise en charge des cotisations sur le secteur 1 pour les actes en tarifs opposables.

Régime général de la Sécurité Sociale

SECTEUR 1*		euros
revenus nets		150000
URSSAF		
Assurance maladie, décès, maternité		
médecin 0,11%		165
(participation caisses 9,7%)		14550
Cotisation Allocations Familiales		
jusqu'au plafond SS (37 032 euros)		
médecin 0,4%		148
(partic. caisses 5%)		1852
au-delà de 37 032 euros		
médecin 2,5%		2824
(partic. caisses 2,9 %)		3276
ASV		
cotisation annuelle obligatoire		
médecin 1/3		1467
(partic. caisses 2/3)		2933
cotisation d'ajustement		
médecin 1/3 : 0,3%		450
(partic. caisses 2/3 : 0,6%)		900
jusqu'à 185 160 euros		
TOTAL COTISATIONS MEDECIN		5054
TOTAL PRIS EN CHARGE PAR LES CAISSES		23511
(URSSAF + AF + ASV)		

SECTEUR 2		euros
revenus nets		150000
URSSAF		
Assurance maladie, décès, maternité		
médecin 9,81%	14715	
(participation caisses 0 %)		0
Cotisation Allocations Familiales		
médecin 5,4%	8100	
(participation caisses 0 %)		0
ASV		
cotisation annuelle obligatoire		
médecin	4400	
(partic. Caisses : 0)		0
cotisation d'ajustement		
médecin : 0,9%	1350	
(partic. caisses : 0%)		0
jusqu'à 185 160 euros		
TOTAL COTISATIONS MEDECIN	28565	
TOTAL PRIS EN CHARGE PAR LES CAISSES	0	
(URSSAF + AF + ASV)		

SECTEUR 1 et 2 adhérent au CAS		euros
revenus nets		150000
% revenus AVEC dépassements (RAD)		30,0%
soit RAD		45000
URSSAF		
Assurance maladie, décès, maternité		
médecin 9,81%	4415	
(participation caisses 0 %)		0
Cotisation Allocations Familiales		
médecin 5,4%	2430	
(participation caisses 0 %)		0
ASV		
cotisation annuelle obligatoire		
médecin : cf. plus bas		
cotisation d'ajustement		
médecin : 0,9%	45000	405
(partic. caisses : 0%)		0
jusqu'à 185 160 euros moins RSD	80160	
TOTAL COTISATIONS MEDECIN (part avec dépassements)	7250	
TOTAL PRIS EN CHARGE PAR LES CAISSES	0	
% revenus SANS dépassement (RSD)		70,0%
soit RSD		105000
URSSAF		
Assurance maladie, décès, maternité		
médecin 0,11%	116	
(participation caisses 9,7%)		10185
Cotisation Allocations Familiales		
jusqu'au plafond SS (37 032 euros)		
médecin 0,4%	148	
(partic. caisses 5%)		1852
au-delà de 37 032 euros		
médecin 2,5%	1699	
(partic. caisses 2,9 %)		1971
ASV		
cotisation annuelle obligatoire		
médecin = 4400 - particip. Caisses	2347	
(partic. caisses 2/3)		2053
cotisation d'ajustement		
médecin 1/3 : 0,3%	315	
(partic. caisses 2/3 : 0,6%)		630
jusqu'à 185 160 euros		
TOTAL COTISATIONS MEDECIN (part opposable)	4625	
TOTAL PRIS EN CHARGE PAR LES CAISSES	16691	
TOTAL GENERAL COTISATIONS MEDECIN	11874	
TOTAL PRIS EN CHARGE PAR LES CAISSES	16691	
(URSSAF + AF + ASV)		

* Ne concerne que l'activité réalisée dans le cadre de la convention médicale et hors dépassements.
Les dépassements d'honoraires et les revenus non salariés non conventionnés sont soumis aux cotisations secteur 2.

CSG/CRDS			
8% du revenu d'activité non salarié et des cotisations personnelles obligatoires (inclus cotisations retraites, abondements PEE, PERCO)			
Exemples pour un revenu de 130 000 euros de revenus conventionnels + 20 000 euros hors convention			
	base CSG/RDS	CSG/RDS	Minoration dans le CAS
secteur 1	177 401	14 192	
secteur 2 Régime général	196 307	15 705	
CAS RG avec 50000 € à tarif	187 961	15 037	668 euros
CAS RSI 50000 TO	186 859	14 949	359 euros
Secteur 2 RSI	191 342	15 307	

Régime Social des Indépendants (RSI)

SECTEUR 2 euros	
revenus nets	150000
URSSAF	
Assurance maladie, maternité	
médecin 6,5%	9750
(participation caisses 0 %)	0
Cotisation Allocations Familiales	
médecin 5,4%	8100
(participation caisses 0 %)	0
ASV	
cotisation annuelle obligatoire	
médecin	4400
(partic. Caisses : 0)	0
cotisation d'ajustement	
médecin : 0,9%	1350
(partic. caisses : 0%)	0
jusqu'à 185 160 euros	
TOTAL COTISATIONS MEDECIN	23600
TOTAL PRIS EN CHARGE PAR LES CAISSES	0
(URSSAF + AF + ASV)	

SECTEUR 2 RSI 2012 euros	
revenus nets	150000
URSSAF	
Assurance maladie, maternité	
jusqu'au plafond SS (36 372 euros)	
médecin 6,5%	2364
(partic. caisses 0%)	0
au-delà de 36 372 euros et jusqu'à 181 860 euros	6704
médecin 5,9%	6704
(partic. caisses 0 %)	0
au-delà de 181 860 euros	
médecin 0%	0
Cotisation Allocations Familiales	
médecin 5,4%	8100
(participation caisses 0 %)	0
ASV	
cotisation annuelle obligatoire	
médecin	4400
(partic. Caisses : 0)	0
cotisation d'ajustement	
médecin : 0,9%	1350
(partic. caisses : 0%)	0
jusqu'à 181 860 euros	
TOTAL COTISATIONS MEDECIN	22918
TOTAL PRIS EN CHARGE PAR LES CAISSES	0

SECTEUR 2 adhérent au CAS euros	
revenus nets	150000
% revenus AVEC dépassements (RAD)	
soit RAD	45000
URSSAF	
Assurance maladie, maternité	
médecin 6,5%	2925
(participation caisses 0 %)	0
Cotisation Allocations Familiales	
médecin 5,4%	2430
(participation caisses 0 %)	0
ASV	
cotisation annuelle obligatoire	
médecin : cf. plus bas	
cotisation d'ajustement	
médecin : 0,9%	405
(partic. caisses : 0%)	0
jusqu'à 185 160 euros moins RSD, soit :	80160
TOTAL COTISATIONS (part avec dépassements)	5760
TOTAL PRIS EN CHARGE PAR LES CAISSES	0
% revenus SANS dépassement (RSD)	
soit RSD	105000
URSSAF	
Assurance maladie, maternité	
jusqu'au plafond SS (37 032 euros)	
médecin 5,9%	2185
(partic. caisses 0,6%)	222
au-delà de 37 032 euros et jusqu'à 185 160 euros	408
médecin 0,6%	408
(partic. caisses 5,9 %)	4010
au-delà de 185 160 euros	
médecin 6,5%	0
(partic. caisses 0 %)	
Cotisation Allocations Familiales	
jusqu'au plafond SS (37 032 euros)	
médecin 0,4%	148
(partic. caisses 5%)	1852
au-delà de 37 032 euros	
médecin 2,5%	1699
(partic. caisses 2,9 %)	1971
ASV	
cotisation annuelle obligatoire	
médecin = 4400 - particip. Caisses	2347
(partic. caisses 2/3)	2053
cotisation d'ajustement	
médecin 1/3 : 0,3%	315
(partic. caisses 2/3 : 0,6%)	630
jusqu'à 185 160 euros	
TOTAL COTISATIONS (part opposable)	7102
TOTAL PRIS EN CHARGE PAR LES CAISSES	10738
TOTAL GENERAL COTISATIONS MEDECIN	12862
TOTAL PRIS EN CHARGE PAR LES CAISSES	10738
(URSSAF + AF + ASV)	

Ex. REVENUS	150 000 euros	
	Cotisations (URSSAF + AF + ASV)	gain CAS
secteur 2 RG	28 565	
si 30% opposables CAS	20 967	7 598
si 50% opposables CAS	16 421	12 144
secteur 2 RSI	23 600	
si 30% opposables CAS	19 675	3 925
si 50% opposables CAS	16 269	7 331

<http://www.snof.org/>

Identifiant/mot de passe

Espaces professionnels

Accès espace Adhérent

documentation SNOF

L'exercice au quotidien

fichier Excel

(Calcul de vos cotisations en S1, S2 et CAS)

ou

thbour@wanadoo.fr

Taux de dépassement recalculé
 $\leq 100\%$ des HSD

Respecter son taux de
dépassement moyen de 2012
recalculé

Obligations du CAS

Part d'activité à tarif opposable
égale ou supérieure à celle
pratiquée avant son adhésion

Ne pas augmenter ses tarifs
moyens avec dépassement
pendant les 3 années du contrat

Résiliation du CAS par les Caisses

- Si non-respect pendant deux trimestres consécutifs de l'un ou l'autre des engagements souscrits, **courrier d'avertissement** .
- Si idem **à la fin de l'année civile, courrier** au médecin par LR avec AR **notifiant les anomalies.**
 - Le médecin dispose de 2 mois pour faire connaître ses observations ou être entendu par le directeur de la caisse ou par la CPL, avec une possibilité d'appel en CPN.
 - A l'issue du délai de 2 mois, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion au CAS par LR avec AR. **Fin de la participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales.**

Elle peut également engager une récupération des sommes versées au titre de l'adhésion au contrat d'accès aux soins.

Quelques vérités sur le CAS

- **Pas de limitation du CA, du nombre d'actes**
- **Pas de limitation du dépassement par acte**
- Pas de poursuites pour dépassement excessif
- Permet d'échapper à la baisse relative des tarifs en S 2.
- Reste à charge moins élevé pour les patients + OCAM
- **Possibilité d'augmenter ses revenus dans le CAS :**
 - ✓ par l'augmentation de certains tarifs opposables (consultations, CCAM).
 - ✓ économie de charges
 - ✓ augmentation globale de l'activité
- **Pas de blocage dans le CAS** (5 sorties possibles + non respect des obligations)
- Chacun reste dans son secteur (remboursement de charges en 2014)
- Pas de petits dépassements $< 20\%$, optimisation possible.

20 à 40% ont intérêt à passer au CAS
(3 à 10 000 euros d'économies-majorations)
Moins attractif en ophtalmologie qu'ailleurs (CCAM...)

SITUATION ACTUELLE DU C.A.S.

- Report de 3 mois
- 3500 signataires vers le 10 juin
- 5000 attendus début juillet
- 7-8000 nécessaires
- Plusieurs vagues de signature attendues

Scandales du Médiateur + PIP = loi BERTRAND
« sur le renforcement de la sécurité des médicaments et des produits de santé » (29/12/2011)

Plus de contrôles des produits de santé et plus de transparence des liens d'intérêt entre labos pharma. et professionnels de santé (ou association)

Publication des conventions et des avantages consentis avec

Prof. de santé
Étudiants
Associations de prof.
Les sociétés savantes

Association de patients
les fondations
Les organismes de formation

Les établissements de santé
Les éditeurs de presse, TV, radio, logiciels d'aide à la prescription
Les organismes de conseil

Déclaration d'intérêt (publique) pour toutes les personnes intervenant auprès des organismes officiels de santé (HAS, ANSM, Ass. Maladie, ministère,...) :

Liens de toute nature, directs ou non, pendant les 5 ans précédant sa prise de fonction, avec des entreprises ou des organismes dont les activités entrent dans le champ de compétence de l'autorité sanitaire auprès de laquelle elles interviennent.

Contrevenants :

- 30 000 € d'amende pour les professionnels
- 45 000 € pour les entreprises
- + publicité, suspension des droits civiques,...

Le décret dit « Sunshine Act » (22 mai 2013)

Rétroactif sur 2012, données publiées en octobre 2013

A déclarer par les entreprises :

- Tout avantage d'une valeur supérieure ou égale à 10 € (TTC)

- La nature de cet avantage (repas, invitation, livre, voyage..)
- l'existence de conventions (recherche, études...)

Publications centralisées à terme sur un site internet public unique (pendant 5 ans).

(provisoirement sur le site internet des ordres professionnels et sur le site internet des entreprises.)

Les rémunérations versées aux professionnels de santé en contrepartie des travaux effectués pour le compte des entreprises ne seront pas rendues publiques (respect du secret des affaires)

Les avantages perçus par les professionnels de santé au travers des associations subventionnées par les industriels ne seront pas publiables dans la mesure où ils ne seront pas identifiables.

Le CNOM veut faire un recours en Conseil d'Etat pour « manque de transparence ».

DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL

CONTINU (D.P.C.)

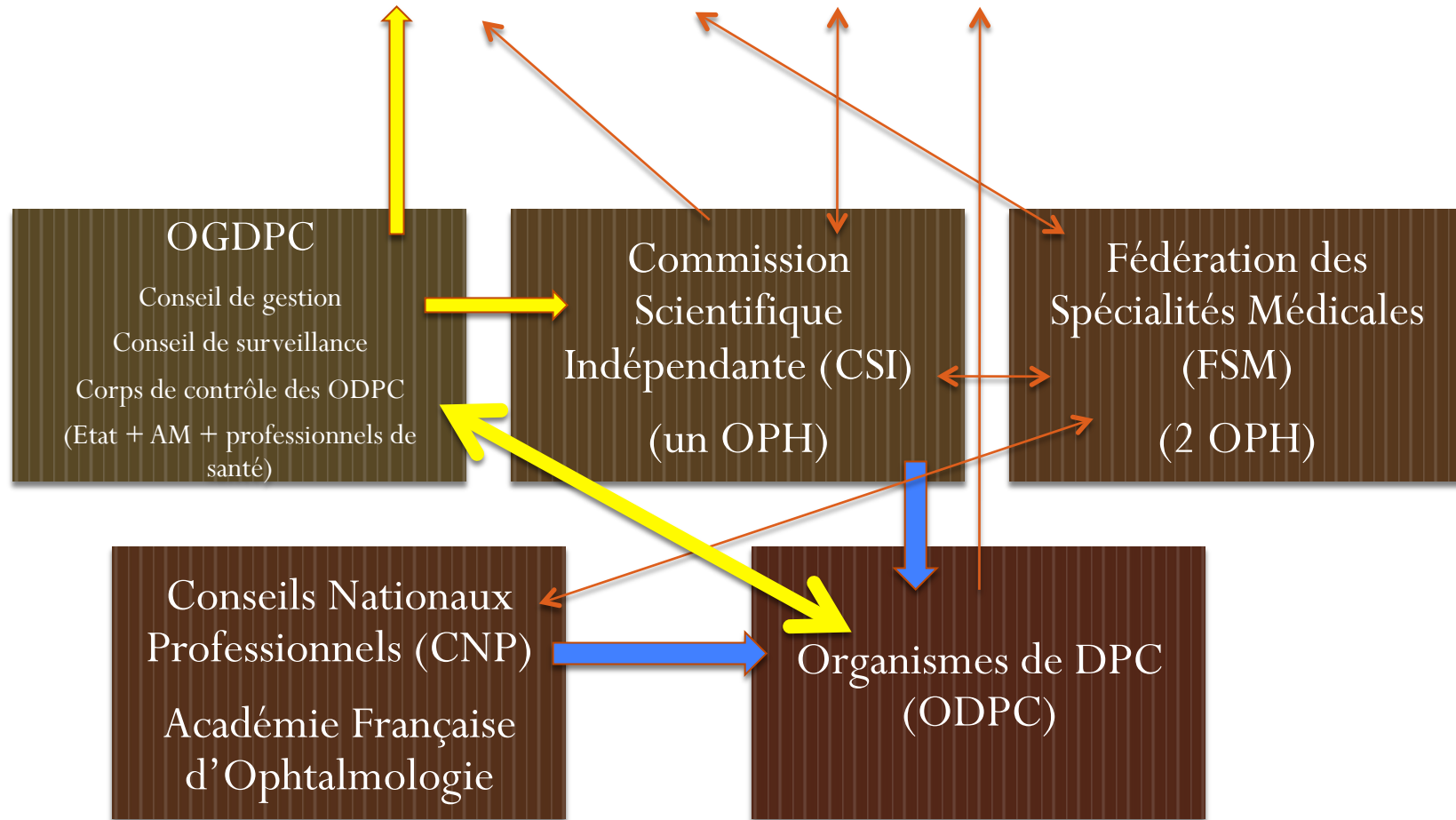
Mise sous tutelle de la formation continue indemnisée
par l'Etat et l'Assurance Maladie

Obligation annuelle

Ou comment obliger TOUS les médecins à se former et à rester compétents tout au long de leur carrière afin d'être efficace pour la Santé Publique et en maintenant la meilleure économie possible.

- Mise en place progressive pratique en 2013
1^{er} semestre : 2000 organismes agréés à titre transitoire
- Obligatoire
- Médecins, pharmaciens, dentistes, sages-femmes, paramédicaux
- Au moins une action de formation annuelle pendant 5 ans (CDOM)
 - Analyse des pratiques
 - Renforcement des connaissances (phase cognitive)
- Forfait annuel par médecin (coût, frais, indemnisation)...
- Budget : AM (70M€) – Etat (2M€) – Taxe industrie pharma. (155M€)

Organismes intervenants ministère, HAS, ARS, CDOM



Orientations nationales et régionales annuelles du DPC :
Ministère, AM, ARS, CSI, CNP, FSM

3 organismes essentiels

- **L'organisme gestionnaire du DPC (OGDPC)**

- Missions multiples : maîtrise d'ouvrage du dispositif, enregistrer les organismes de DPC, **financer le DPC** pour les professionnels de santé libéraux et pour ceux travaillant en centres de santé dans le cadre de forfaits individuels, évaluer et contrôler les organismes de DPC, assurer le secrétariat et les moyens des CSI, organiser l'information sur le dispositif.

- **4 commissions scientifiques indépendantes (CSI)**

- pour les médecins, les sages-femmes, les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes, et **une commission scientifique du Haut Comité des professions paramédicales** .
- principales missions : **évaluer les organismes de DPC** et proposer des critères de contrôle pour ces organismes, **avis sur les orientations nationales et régionales de DPC** et sur les méthodes et modalités de DPC, établir la liste des diplômes universitaires (DU) éligibles au DPC, et enfin répondre aux demandes d'expertise de l'OGDPC.

- **Les organismes de DPC (ODPC)**

- **Mettent en œuvre les programmes de DPC** auprès des professionnels.
- Ils délivrent une attestation de participation et l'adressent annuellement selon la profession, au conseil de l'ordre à l'employeur ou à l'ARS.
- évalués par les Commissions scientifiques indépendantes.

Comment faire son DPC ?

Les professionnels de santé libéraux ont trois possibilités principales :

1. participer à un programme de DPC proposé par des organismes de DPC (ODPC) de leur choix
2. obtenir un Diplôme Universitaire (DU) ou Diplôme Inter Universitaire (DIU) agréé par la CSI.
3. participer en qualité de formateur à un programme de DPC.

Le professionnel de santé satisfait à son obligation de DPC en participant, au cours de chaque année civile à un programme de DPC collectif annuel ou pluriannuel proposé par un organisme de DPC.

Ce programme de DPC doit être :

- **conforme à une orientation nationale ou à une orientation régionale de DPC ;**
- **comporter une des méthodes et des modalités validées par la HAS**

En établissement de santé :

- chaque année, l'établissement propose de participer à un programme de DPC collectif annuel ou pluriannuel.
- Ce programme est proposé
 - soit par un organisme de DPC enregistré par l'OGDPC
 - soit directement par l'établissement de santé (si il est lui même enregistré comme organisme de DPC).

La CME est l'interlocuteur.

Un programme de DPC associe deux activités :

✓ l'analyse des pratiques professionnelles, lors d'une activité explicite qui comporte :

- un temps dédié,
- un référentiel d'analyse reposant sur des références actualisées (scientifiques, réglementaires, organisationnelles, éthiques, consensus d'experts...),
- une analyse critique et constructive des pratiques réalisées, par rapport à la pratique attendue,
- des objectifs et des actions d'amélioration,
- un suivi de ces actions et une restitution des résultats aux professionnels ;

● **l'acquisition/perfectionnement des connaissances/compétences,**

lors d'une activité explicite qui comporte :

- -un temps dédié,
- -des objectifs pédagogiques,
- -des supports pédagogiques reposant sur des références actualisées (scientifiques, réglementaires, éthiques, organisationnelles, consensus d'experts...),
- **-une évaluation, notamment de l'acquisition des connaissances, et une restitution des résultats aux professionnels ;**
- Ces deux activités sont articulées entre elles, sans ordre prédéfini, et sont planifiées. Ces deux activités prévoient un temps d'échange entre les participants au programme et concernant leurs pratiques (difficultés rencontrées, modalités de prise en charge, résultats obtenus...).
- **L'indépendance de toute influence, notamment à l'égard des entreprises fabriquant ou distribuant des produits de santé, est garantie** (art. 4021-25 du décret 2011-2113 du 30 décembre 2011 relatif à l'organisme gestionnaire du DPC (OGDPC)).
- La **confidentialité des données personnelles des professionnels de santé**, celles relatives à leurs pratiques et celles des patients, est garantie.

Méthodes et modalités de DPC (HAS)

Approche dominante/activités		Méthodes de DPC	
1. Pédagogique ou cognitive			
1.1 - En groupe	- formation présentielle (congrès scientifique, séminaire, colloque, journée, atelier, formation interactive, formation universitaire...) - revue bibliographique et analyse d'articles	À compléter par une activité d'analyse des pratiques - soit intégrée à la démarche cognitive, au moment de l'identification des besoins de formation ou de l'évaluation de l'impact de la formation - soit externalisée, en complément de l'activité cognitive, et articulée avec elle	
1.2 - Individuelle	- formation à distance (<i>e-learning</i>, supports écrits et numériques ...) - formations diplômantes ou certifiantes (autres que les diplômes universitaires (DU) validés¹ par les CSI et la CSHCPP)		

L'essentiel ?

Approche dominante/activités	Méthodes de DPC	
2. Analyse des pratiques		
2.1 - Gestion des risques	• revue de mortalité et de morbidité (RMM), comité de retour d'expérience (CREX), revue des erreurs médicamenteuses (REMEDI) • analyse <i>a priori</i> des risques (analyse de processus, analyse des modes de défaillance et de leurs effets : AMDE...)	À compléter par une activité d'acquisition des connaissances/compétences : – soit intégrée à la démarche d'analyse des pratiques, au moment de l'appropriation du référentiel/recommandation ou dans le cadre d'une action d'amélioration à réaliser – soit externalisée, en complément de l'activité d'analyse des pratiques, et articulée avec elle
2.2 - Revue de dossiers et analyse de cas	• groupe d'analyse de pratiques, staff des équipes médico-soignantes ou médico-techniques, pratiques réflexives sur situations réelles • réunions de concertation pluridisciplinaire • revue de pertinence	
2.3 - Indicateurs	• suivi d'indicateurs • registres, observatoire, base de données • audit clinique	
2.4 - Analyse des parcours de soins	• chemin clinique • patients traceurs (en développement)	
2.5 - Analyse de parcours professionnel	• bilan de compétences	

3. Approche intégrée à l'exercice professionnel

Ce sont celles où l'organisation en équipe de l'activité clinique, biologique, pharmaceutique quotidienne, implique à la fois une protocolisation et une analyse des pratiques.

- gestion des risques en équipe (en développement)
- exercice coordonné protocolé pluriprofessionnel (en réseaux, maisons, pôles ou centres de santé...)

4. Dispositifs spécifiques

- accréditation des médecins exerçant une spécialité ou une activité à risque (art. 16 de la loi 2004-810 du 13 août 2004)
- accréditation des laboratoires de biologie médicale (ordonnance 2010-49 du 13 janvier 2010 et art. L. 6221-1 du CSP)
- programme d'éducation thérapeutique (art. 84 de la loi 2009-879 du 21 juillet 2009)
- protocole de coopération (art. 51 de la loi 2009-879 de la loi du 21 juillet 2009)
- formation professionnelle tout au long de la vie (professionnels paramédicaux)

5. Enseignement et recherche

- publication d'un article scientifique
- recherche clinique en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité
- maîtrise de stage (en développement)
- formateurs pour des activités de DPC

6. Simulation

- session de simulation en santé
- test de concordance de script (TCS)

Arrêté du 26 février 2013 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour l'année 2013

I. Orientation n° 1 : contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients

- la connaissance de l'état de santé de la patientèle et/ou de la population vivant sur le territoire où le professionnel exerce ;
- l'optimisation des **stratégies diagnostiques et thérapeutiques dans les pathologies aiguës et chroniques** ;
- la promotion des parcours de santé et de soins
- la promotion des **actions de prévention ou de dépistage** ;
- la maîtrise des indications et contre-indications des actes diagnostics et thérapeutiques, des prescriptions en matière de médicaments, de dispositifs médicaux, d'examens biologiques, de

II. — Orientation n° 2 : contribuer à l'amélioration de la relation entre professionnels de santé et patients

- **le développement de l'information et de l'autonomie du patient** ;
- de favoriser le bon usage et l'observance des traitements ;
- l'amélioration de la qualité de vie du patient
- la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance ;
- l'amélioration de la prise en charge de la douleur et de la fin de vie des patients ;
- la formation à **l'éducation thérapeutique**
- la formation à la relation « professionnel de santé-patient » ou au « partenariat soignant-soigné ».

III. — Orientation n° 3 : contribuer à l'implication des professionnels de santé dans la qualité et la sécurité des soins ainsi que dans la gestion des risques

- sécurité sanitaire et procédures de **déclaration d'événements indésirables** ;
- développer une culture de gestion des risques au sein des équipes (pluri)professionnelles de santé, notamment à travers **les démarches qualité et les procédures de certification** ;
- de développer la **pertinence des soins et des actes** par des outils adaptés à son amélioration ;
- **l'accréditation**
- l'accréditation des laboratoires de biologie médicale décrite aux articles L. 6221-1 et suivants du code de la santé publique ;

IV. — Orientation n° 4 : contribuer à l'amélioration des relations entre professionnels de santé et au travail en équipes pluriprofessionnelles

- **l'élaboration de référentiels communs et de coopérations professionnelles** ;
- la coordination de la prise en charge : organisation, plans de soins, protocoles pluridisciplinaires, dossier médical notamment au niveau territorial, relation entre médecins traitants et correspondants ;
- **les coopérations entre professionnels de santé** relevant des articles L. 4011-1 et suivants du code de la santé publique ;
- **la formation des maîtres de stage** ou des tuteurs d'étudiants des professions de santé ;
- le développement des systèmes d'information et le dossier médical (**dossier médical personnel**)
- la **télémédecine** définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique ;

V. — Orientation n° 5 : contribuer à l'amélioration de la santé environnementale

- liens entre pathologies et facteurs environnementaux ;
- les actions que peuvent mettre en place les professionnels de santé, notamment celles inscrites dans le plan national santé environnement 2009-2013 et le plan national santé au travail 2010- 2014.

VI. — Orientations n° 6 : contribuer à la formation professionnelle continue définie à l'article L. 6311-1 du code du travail

- **l'adaptation et le développement des compétences des salariés** définies à l'article L. 6313-3 du code du travail ;
- la promotion professionnelle définie à l'article L. 6313-4 du code du travail ;
- la radioprotection des personnes prévues à l'article L. 1333-11 du code de la santé publique, définie à l'article L. 6313-8 du code du travail ;
- **l'économie et la gestion de l'entreprise** définies à l'article L. 6313-9 du code du travail ;
- le bilan de compétences défini à l'article L. 6313-10 du code du travail ;
- **la validation des acquis d'expérience** définie à l'article L. 6313-11 du code du travail.

Cf. aussi OPCA PL

MODALITES DE FINANCEMENT DU DPC 2013

Le financement provenant de la taxe sur
l'industrie pharmaceutique : 102,5 millions d'euros

libéraux

85,3 millions
d'euros

127 000

hospitaliers

17,2 millions
d'euros

44 000
médecins
hospitaliers
adhérant à l'ANFH*

LIBERAUX : Si tous les médecins s'inscrivent à un programme de DPC, le forfait disponible est de 672 euros.
Si la moitié des médecins s'inscrivent, le forfait disponible sera de 1343 euros.

HOSPITALIERS : Le forfait de l'ANFH : 750 euros, soit un taux de couverture de 52 % environ des médecins éligibles (17,2 millions d'euros /750€). + 400 € provenant des cotisations des employeurs

Montée en charge prévue sur 3 – 4 ans

La prise en charge globale maximum par programme et par participant est de 2990 €.

Cette prise en charge comprend le paiement de l'ODPC et l'indemnisation éventuelle du professionnel de santé.

PROGRAMME PRESENTIEL ou MIXTE	PROGRAMME NON PRESENTIEL
Forfait de base ODPC / participant / <u>programme</u> = 299 € Forfait ODPC / ½ journée / participant = 211,5 €	Forfait de base ODPC / participant / <u>programme</u> = 299 € Forfait ODPC / étape / participant = 211,5 €
Indemnisation médecins / ½ journée = 172,5 €	Indemnisation médecins / <u>programme</u> = 517,5 €
Principe de prise en charge: - minimum : ½ journée - maximum : 3,5 jours (soit 7 ½ journées)	Principe de prise en charge: - minimum : 3 étapes - maximum : 7 étapes

Les conditions de prise en charge des forfaits de DPC se calculeront automatiquement lors de l'inscription des programmes par les ODPC sur leur espace dédié.

La prise en charge ne peut pas dépasser 7 demi-journées (ou 7 étapes pour un programme en non présentiel)

Ainsi au maximum l'ODPC peut recevoir 1779,50 € pour un participant par programme de DPC :

[forfait de base + (7 x forfait de prise en charge par demi-journée)] : $299 + (211,5 \times 7) = 1480,5 + 299 = 1779,50$ €

Le médecin libéral est aussi indemnisé pour perte de ressources au maximum à hauteur de :

$172,5 \times 7 = 1207,50$ € (pour une formation en présentiel ou mixte) soit,

517,50 € (pour une formation non présentiel)

FORFAIT ANNUEL MAXIMUM PAR MEDECIN 3700 euros



EDITO

DPC : lancement réussi !

Depuis le lancement de la première phase de déclaration d'éligibilité à la période transitoire, suivi de la publication des programmes de DPC accessibles à tous, et de l'ouverture des inscriptions aux professionnels de santé éligibles*, l'OGDPC a mis tout en œuvre pour permettre aux organismes de DPC ainsi qu'aux professionnels de santé de s'adapter aux changements liés à l'année du DPC.

Ce sont désormais près de 2 000 organismes de DPC qui bénéficient de la période transitoire jusqu'au 30 juin 2013, et qui proposent, au total, plus de 5 000 programmes de DPC brassant l'ensemble des catégories professionnelles : 2 600 pour les médecins, 2 500 pour les professions paramédicales, 700 pour les pharmaciens, 400 pour les chirurgiens-dentistes et 400 pour les sages-femmes.
(Pour en savoir plus : consultez notre moteur de recherche en ligne.)

L'OGDPC recense désormais plus de 35 000 professionnels de santé* inscrits sur leur site internet dédié (www.mondpc.fr) dont, près de :

VOUS ETES...

PROFESSIONNELS
DE SANTE
www.mondpc.fr

COMMISSIONS
SCIENTIFIQUES

ORGANISME
DE DPC

INSTANCES

Dossier d'enregistrement et d'évaluation tel que prévu par l'arrêté relatif à la composition du dossier de demande d'enregistrement en qualité d'ODPC et du dossier d'évaluation du 12 décembre 2012 et en attente de la publication de l'arrêté relatif aux modalités d'appréciation des critères d'évaluation :

Tout organisme souhaitant entrer dans le dispositif de DPC, qu'il bénéficie de la période transitoire du 1^{er} janvier au 30 juin 2013 ou qu'il soit nouveau, pourra venir déposer son dossier d'enregistrement et d'évaluation sur notre site www.ogdpc.fr jusqu'au 30 juin 2013.

Le dossier à déposer doit comporter obligatoirement un dossier d'évaluation même si ce dernier pourra être complété voire modifié par l'arrêté relatif aux modalités d'appréciation des critères d'évaluation en attente de publication.

A LA UNE



Le 10/06/2013
DPC : Un mois pour se déclarer
C'est officiel, la première période d'enregistrement est ouverte. Du 1^{er} au 30 juin 2013, tout organisme, qu'il bénéficie de la période transitoire ou qu'il soit nouveau, peut venir déposer sa demande d'enregistrement et son dossier d'évaluation sur le site www.ogdpc.fr.
[En savoir plus>>](#)



Le 29/04/2013
Election de la présidence du Conseil de Surveillance de l'OGDPC et installation du Bureau
Réunis jeudi dernier au sein des locaux de l'OGDPC, les membres du Conseil de Surveillance ont procédé à l'élection de leur Président, le Dr Gérard GALLIOT et de leur Vice-Présidente, Dominique ROULAND.
[En savoir plus>>](#)



OGDPC.fr

Accueil

MON DPC

Mondpc.fr

ACCUEIL

Bienvenue sur "www.mondpc.fr", site de l'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu (OGDPC) dédié aux professionnels de santé.

Vous êtes professionnel de santé libéral ou exerçant en centre de santé ? Créez, dès à présent, votre compte personnel et inscrivez-vous en ligne aux programmes de DPC.

Pour vous accompagner lors de la création de votre compte et l'inscription à un programme de DPC, téléchargez le mode d'emploi en **cliquant ICI**

Rechercher un programme de DPC :

Retrouvez la liste de l'ensemble des programmes de DPC, quel que soit votre mode d'exercice, en cliquant sur le lien suivant : www.ogdpc.fr/index.php/ogdpc/programmes

Nous contacter par email :

Pour tout problème technique : dpc.hotline@ogdpc.fr

Pour toute question relative au dispositif de DPC, sa mise en place et à l'OGDPC : infodpc@ogdpc.fr

Nous contacter par téléphone :

Pour tout problème technique au 01 76 21 59 00

Pour toute question relative au dispositif de DPC, sa mise en place et à l'OGDPC au 01 48 76 19 05

OGDPC

Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu
93 avenue de Fontainebleau
94 276 LE KREMLIN BICETRE Cedex
Tél. 01.48.76.19.05 - Fax. 01.46.71.24.85

Vous n'êtes pas
inscrit ?

Créer votre compte
maintenant

Vous êtes inscrit :
entrez vos
identifiants ci-
dessous

IDENTIFIANT (E-MAIL)

MOT DE PASSE

VALIDER

mot de passe perdu ?

15 700 médecins et
6 000 infirmiers inscrits en 3 mois

D.P.C.

LUBIE ADMINISTRATIVE

OU

LAME DE FOND ?