

# Enjeux des négociations sur les compléments d'honoraires :



Même si ce phénomène ne concerne qu'une très petite minorité de praticiens, les médias font très régulièrement leur une sur les « dépassements abusifs » des médecins suscitant les protestations les plus véhémentes des associations de patients et des politiques de tous bords.

## 1- Le contexte

### 1- Le sabordage du secteur optionnel

La division des syndicats médicaux et en particulier l'attitude irresponsable du BLOC, a ouvert une brèche dans la mise en œuvre du secteur optionnel pourtant inclus dans la convention médicale de juillet 2011. La Mutualité a exploité cette division et a joué la carte de l'alternance politique avant les présidentielles pour faire obstacle à son application. Le gouvernement précédant a reculé sur ce dossier et pour, espérait-il, calmer le jeu a fait voter par le Parlement un aménagement de l'option de coordination pour les praticiens de blocs opératoires (participation des caisses aux cotisations sociale des médecins en secteur 2 sur la part d'activité réalisée en tarif opposable). Cette mesure, comme le secteur optionnel, a été très largement critiquée par les députés et sénateurs de tous bords qui exigeaient une fermeture pure et simple du secteur 2.

### 2- Les promesses présidentielles

Le programme présidentiel de François Hollande comportait 60 propositions dont l'**encadrement des dépassements d'honoraires** (proposition n°20).

Au lendemain de la formation du nouveau gouvernement, la ministre des affaires sociales et de la santé annonce vouloir privilégier la négociation pour mettre en œuvre cette promesse.

### 3- Une négociation sous la menace

La CSMF obtient que cette négociation se déroule dans le cadre conventionnel entre les syndicats médicaux signataires, l'Assurance maladie (UNCAM) et les complémentaires santé (UNOCAM).

Le calendrier de la négociation a été imposé par le gouvernement. La négociation a débuté le 5 septembre et doit s'achever le 17 octobre. A défaut d'accord à cette date, le gouvernement « prendra ses responsabilités » et imposera « sa » solution par voie législative dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2013.

## 2- La position de la CSMF

### 1- Agir pour rapprocher les secteurs 1 et 2

La CSMF estime que la finalité du dispositif à construire est de rapprocher les secteurs 1 et 2. Pour y parvenir, **un investissement significatif sur la valeur des actes en tarif opposable de secteur 1 est incontournable**, ceci pour les actes cliniques à travers la CCAM clinique et les actes techniques par la CCAM technique.

Pour la CCAM technique, une 3<sup>ème</sup> étape permettrait aux actes potentiellement « gagnants » d'atteindre leur valeur cible.

Pour la CCAM clinique, la création d'un 2<sup>ème</sup> niveau (à l'instar de la VL) est à privilégier. La CSMF propose de majorer les actes cliniques effectués chez les personnes âgées (seuil à définir)

La mise en place d'une **perspective de carrière en exercice libéral** est indispensable. Les médecins de secteur 1 doivent donc pouvoir accéder eux-aussi à ce nouveau contrat : ceux qui ont aujourd'hui les critères requis pour accéder au secteur 2 (anciens chefs de cliniques, assistants,...), mais aussi les autres, sous certaines conditions à définir.

### 2- Agir sur le secteur 2 dans le cadre d'un contrat d'accès aux soins

Le cœur du problème des compléments d'honoraires est le secteur 2, imposé en 1980 aux médecins libéraux faute de moyens financiers, et qui depuis, n'a jamais été revu par aucun gouvernement. La CSMF propose de construire **un contrat d'accès aux soins ayant comme objectif de diminuer le reste à charge pour les patients**.

Pour cela, la CSMF propose

- > **De relever le plafond de remboursement de l'Assurance Maladie afin que la base de remboursement soit identique entre les actes facturés en secteur 1 et en secteur 2.** Il existe un différentiel de 20% dans la prise en charge pour les actes cliniques réalisés en tarif opposable. Par exemple, aujourd'hui une consultation spécialisée en secteur 1 est facturée 28 € et remboursée au patient sur la base de 28 €, en revanche, la même consultation facturée au même tarif opposable de 28 € par un praticien de secteur 2 n'est remboursée que sur la base de 23 €, aggravant ainsi de 20% le montant du reste à charge.
- > **Un contrat d'accès aux soins incitatif et souple.** Le contrat d'accès aux soins ne marchera que s'il est attractif pour le médecin de secteur 2. En particulier, l'assurance maladie devra participer au financement de ses cotisations sociales pour les actes qu'il facture en tarif opposable et ne pas comporter de menace de sanction. Ce contrat devra être souple afin que les praticiens qui s'engagent ne soient pas prisonniers. Il doit donc être limité dans le temps et les praticiens doivent pouvoir en sortir à tout moment sur simple demande et regagner leur secteur d'origine.
- > **Les praticiens doivent maîtriser leurs compléments d'honoraires en conservant leur niveau actuel, dans le cadre d'une approche individuelle** plutôt que collective, laquelle ne permettrait pas de prendre en considération les spécificités d'exercice et les contraintes des médecins concernés.
- > **Enfin, les complémentaires doivent être mobilisées.** Même si le plafond de remboursement des actes en tarifs opposable est relevé et que les praticiens modèrent leurs compléments d'honoraires, il demeurera un reste à charge pour les patients. La CSMF demande que les complémentaires santé soient appelées à rembourser tout ou partie de ce reste à charge.

### 3- Agir sur les dépassements dits « excessifs ou abusifs » qui font du tort à toute la profession

Les « dépassements abusifs » ne concernent qu'une très petite minorité de praticiens (environ 400) autant à l'hôpital qu'en ville. Face à la passivité de l'Ordre, ils rejaillissent sur toute la profession de façon totalement inacceptable. C'est pourquoi, la CSMF estime qu'il convient de donner le signal fort d'une volonté de **moralisation de la profession pour en finir avec les idées reçues** qui font du tort à l'ensemble du corps médical.

Comment ?

- > En caractérisant les « dépassements abusifs » au moyen de **critères objectifs** permettant de déboucher sur des mesures **proportionnelles à la gravité et à la fréquence des dépassements reconnus comme « abusifs »**. Chaque cas doit être examiné individuellement par les commissions conventionnelles paritaires (volontiers au niveau régional), qui saisissent l'Ordre, au regard de la situation personnelle du médecin et de ses particularités d'exercice. **La CSMF exige l'examen individuel de chaque cas** pour éviter l'apparition d'un « délit statistique ».

Afin de ne pas livrer les confrères aux mains des directeurs de caisses et de laisser s'installer l'arbitraire, les commissions conventionnelles doivent être réellement décisionnelles et plus seulement consultatives. Ses décisions doivent s'imposer aux directeurs.

- > **En appliquant une égalité totale de traitement entre les médecins libéraux de ville et les médecins hospitaliers.** La CSMF refuse toute différenciation de traitement tendant à favoriser les praticiens hospitalo universitaires qui pourraient être autorisés à appliquer des compléments d'honoraires plus élevés que les médecins de ville à compétence et notoriété équivalente. La CSMF demande que les critères retenus soient les mêmes.

La CSMF pourrait s'engager vers un accord à la condition que le dispositif final permette d'**agir simultanément dans ces trois leviers.**

### 3- Le point sur les négociations à mi-parcours



**La CSMF a vivement rejeté le dispositif coercitif présenté par l'Assurance maladie qui voulait renforcer les pouvoirs des directeurs de caisse afin qu'ils puissent unilatéralement sanctionner les médecins pratiquant des dépassements « abusifs ». L'Assurance maladie a retiré son projet.**

Au cours de la réunion du 14 septembre, l'Assurance maladie a présenté son projet de contrat d'accès aux soins. Celui-ci comporte les points suivants :

- > Ouverture sur la base du volontariat
- > Opposabilité des tarifs pour les CMU-C (4 millions de personnes), les urgences et les patients éligibles à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire (ACS) (4,7 millions de personnes concernées)
- > Alignement du taux de remboursement des actes sur les tarifs de secteur 1
- > Engagement du praticien à ne pas augmenter son taux de dépassement moyen pendant la durée du contrat
- > Engagement de l'Assurance maladie de revoir certains tarifs d'actes par le biais de la nomenclature
- > Prise en charge pour le médecin d'une partie des cotisations sociales pour les actes réalisés en tarif opposable

Plusieurs points restent à négocier :

- > Les **critères d'éligibilité** dans le dispositif, et notamment :
  - Le secteur concerné : secteur 2 pour les Caisses. La CSMF demande qu'il soit élargi **aux anciens chefs de secteur 1** et plus largement aux secteurs 1 sous certaines conditions, ce qui permettrait d'instaurer une perspective de carrière en exercice libéral.
  - Le plafond du taux de dépassement moyen, pour lequel aucun chiffre n'a été avancé à ce stade.
- > Les conditions d'ouverture pour les **nouveaux installés**
- > **La durée du contrat.** La CSMF demande que celle-ci n'excède pas 3 ans, soit jusqu'au terme de la présente convention.
- > Les clauses de sortie du contrat. La CSMF demande qu'il soit possible d'en sortir à tout moment et de rejoindre son secteur d'origine.

Bien entendu, **la nécessité de revaloriser le secteur 1 a été largement évoquée** (CCAM technique et clinique), et fera l'objet d'une réunion spécifique début octobre.

Les marges de manœuvre financières sont conditionnés au montant de l'ONDAM pour 2013, et plus particulièrement du sous-ONDAM « soins de ville ». Or celui-ci devrait être rendu public le 1<sup>er</sup> Octobre, jour de réunion de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale. De ce chiffre dépend l'avenir de la négociation en cours.

# Ce qu'il faut retenir

## La CSMF :

- > veut **privilégier la négociation** pour éviter une mesure législative meurtrière pour les praticiens de secteur 2. Certains parlementaires rêvent d'en découdre avec les médecins libéraux et misent sur l'échec des négociations.
- > défend le principe d'un **contrat d'accès aux soins souple et réellement incitatif** qui concerne toutes les spécialités, les praticiens de secteur 2, les anciens chefs de clinique de secteur 1 et sous certaines conditions les médecins en secteur 1 afin d'ouvrir une perspective de carrière en exercice libéral.
- > exige un **investissement significatif sur la valeur des actes en tarif opposable** et une égalité des plafonds de remboursement pour les deux secteurs d'exercice pour tout acte facturé au tarif opposable.
- > estime qu'il faut agir sur les dépassements dits « abusifs » afin de donner le signal fort d'une moralisation de la profession pour en finir avec ce sujet qui ternit l'image de tous les médecins. Le dispositif à construire doit avoir une **finalité pédagogique et non punitive**, et privilégier l'examen individuel de la situation de chaque praticien par les commissions paritaires conventionnelles et l'Ordre, sans donner un pouvoir absolu de sanction aux directeurs de caisse.
- > exige une **égalité de traitement** entre les médecins libéraux et les médecins hospitaliers.