

Communiqué de presse

Améliorer l'accès aux soins et limiter les dépassements d'honoraires pour tous : un accord majeur entre l'Assurance Maladie, les syndicats de médecins et l'Unocam

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie, les trois syndicats de médecins (MG France, CSMF, SML), représentant les médecins généralistes et spécialistes, et l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie ont signé un accord conventionnel majeur.

Conformément aux priorités définies par les pouvoirs publics cet avenant permet de mettre en place un dispositif de régulation des dépassements d'honoraires et d'améliorer la prise en charge des assurés et l'accès aux soins.

L'Assurance Maladie salue l'esprit de responsabilité partagé qui a conduit à la signature de ce texte, qui permet d'enrayer la hausse continue des dépassements constatée depuis de nombreuses années.

Cet accord s'articule autour de quatre principaux points :

- ⇒ **La mise en place d'une nouvelle procédure de sanctions conventionnelles des pratiques tarifaires excessives**, certes minoritaires mais qui génèrent d'importants restes à charge pour les assurés et qui nuisent à l'image de la profession médicale
- ⇒ **La création d'un « contrat d'accès aux soins »** pour les médecins à honoraires libres afin de réduire les dépassements et le reste à charge des patients
- ⇒ **L'extension des tarifs opposables à tous les assurés dont les revenus sont modestes** (éligibles à l'Aide à la Complémentaire Santé - ACS) pour l'ensemble des médecins exerçant en secteur 2.
Ce sont 4.7 millions de personnes qui sont potentiellement concernées par cette garantie de tarifs opposables.
- ⇒ **Une diversification accrue de la rémunération des médecins en secteur 1 et des adhérents au contrat d'accès aux soins** afin de mieux rémunérer l'activité clinique des médecins généralistes et spécialistes et de valoriser à un juste niveau certains actes techniques actuellement sous-côtés.

Dès sa publication, l'Assurance Maladie se mobilisera pour mettre en œuvre de manière concrète les dispositions de cet accord en informant les professionnels de santé concernés et les assurés, en particulier les plus modestes, pour leur permettre de bénéficier pleinement de cet accord.

Un **Observatoire sur les pratiques tarifaires** sera mis en place début 2013 afin d'évaluer l'impact du contrat d'accès aux soins et mesurer plus globalement l'évolution des pratiques tarifaires (taux de dépassement et part d'activité opposable) de l'ensemble des médecins à honoraires libres ainsi que la mise en œuvre des sanctions conventionnelles pour les pratiques tarifaires excessives. L'Unocam est membre de droit de cet Observatoire. Des représentants des patients y siègeront au titre des personnalités qualifiées.

Fiche 1 – Le cadre des négociations : une hausse tendancielle des dépassements d'honoraires sur longue période, une très grande hétérogénéité des situations observées

La progression des dépassements d'honoraires, depuis de nombreuses années, de certains médecins en secteur 2 conduit à une augmentation du reste à charge et constitue un frein à l'accès aux soins.

Ainsi, aujourd'hui, 1 médecin sur 4 pratique des dépassements d'honoraires et plus de 40% des médecins spécialistes sont installés en secteur 2.

La dynamique des installations renforce le poids du secteur à honoraires libres : en 2010 et 2011, 6 médecins spécialistes sur 10 s'installent en secteur 2.

Pour certaines spécialités, cette proportion est très élevée : parmi les chirurgiens, 85% d'installations en secteur 2 en 2011, 82% parmi les gynécologues, 76% pour les médecins ORL...

Parallèlement, les dépassements d'honoraires ont augmenté de manière continue sur longue période : ils atteignent **2,4 mds d'euros en 2011 dont 2,1 mds € pour les spécialistes libéraux.**

Le dépassement moyen facturé (par rapport au tarif opposable) est passé de 38% en 2000 à 56% en 2011 pour les médecins spécialistes.

Ces moyennes nationales recouvrent cependant des situations extrêmement disparates selon les zones géographiques observées, les spécialités et au sein même d'une spécialité.

Quelques exemples et chiffres-clés permettent de l'illustrer :

- Les dépassements d'honoraires sont particulièrement élevés dans les grands centres urbains (Paris, Lyon, Marseille...) et en fonction du niveau de vie de la patientèle. Ils varient selon les spécialités : en 2011, un taux de dépassement moyen de 101% pour la gynécologie médicale, de 82% pour la psychiatrie et de 68% pour la dermatologie mais de 23% pour la cardiologie, de 28% pour la pneumologie et de 32% pour la radiologie.
- Si l'activité à tarifs opposables représente la moitié de l'activité des radiologues, anesthésistes et cardiologues, elle constitue seulement 7% de l'activité des gynécologues médicaux, 16% de celle des dermatologues et 21% des ophtalmologues.

Dans ce cadre, l'objectif des négociations menées a été de développer des réponses structurelles et adaptées aux difficultés rencontrées par les assurés en matière d'accès aux soins, en tenant compte d'une situation initiale particulièrement contrastée.

Fiche 2 - Un nouveau dispositif conventionnel pour sanctionner les pratiques tarifaires excessives

La Ministre des affaires sociales et de la santé, Mme Marisol Touraine, avait fixé deux axes principaux aux négociations menées avec les partenaires conventionnels :

- Mettre un terme aux dépassements abusifs ;
- Améliorer l'accès aux soins.

Les orientations votées par le Conseil de l'Uncam le 19 juillet dernier, conformément aux souhaits du gouvernement, fixaient ainsi comme objectif de **sanctionner les dépassements abusifs en mettant en place une procédure de sanctions conventionnelles efficace**.

En effet, le dispositif en cours s'appuyait sur la notion, particulièrement floue, du « tact et de la mesure » et s'est avéré peu efficace pour sanctionner son non-respect. Il nécessitait ainsi une décision du Conseil de l'Ordre des médecins en excluant, en l'absence d'une telle décision, la possibilité d'une procédure conventionnelle dans ce domaine.

Le dispositif mis en place par l'avenant conventionnel n°8 repose désormais sur la notion de pratique tarifaire excessive, définie selon un ensemble de critères objectifs et mesurables :

- taux de dépassements du médecin et évolution de celui-ci ;
- fréquence des actes avec dépassements et variabilité des tarifs ;
- reste à charge annuel par patient.

Le taux de dépassement de 150%, soit 2,5 fois les tarifs de remboursement de référence, constituera un repère, avec des adaptations dans certaines zones géographiques limitées. L'avenant conventionnel signé précise également que ce taux aura vocation à se modérer progressivement.

L'appréciation du caractère excessif de la pratique tiendra compte des niveaux d'expertise et de compétence attestés du praticien, de son volume global d'activité, de son lieu d'exercice et sa spécialité.

Un cadrage national après avis de la Commission Paritaire Nationale permettra de définir de manière précise les principes de sélection des médecins susceptibles d'être sanctionnés pour pratique tarifaire excessive.

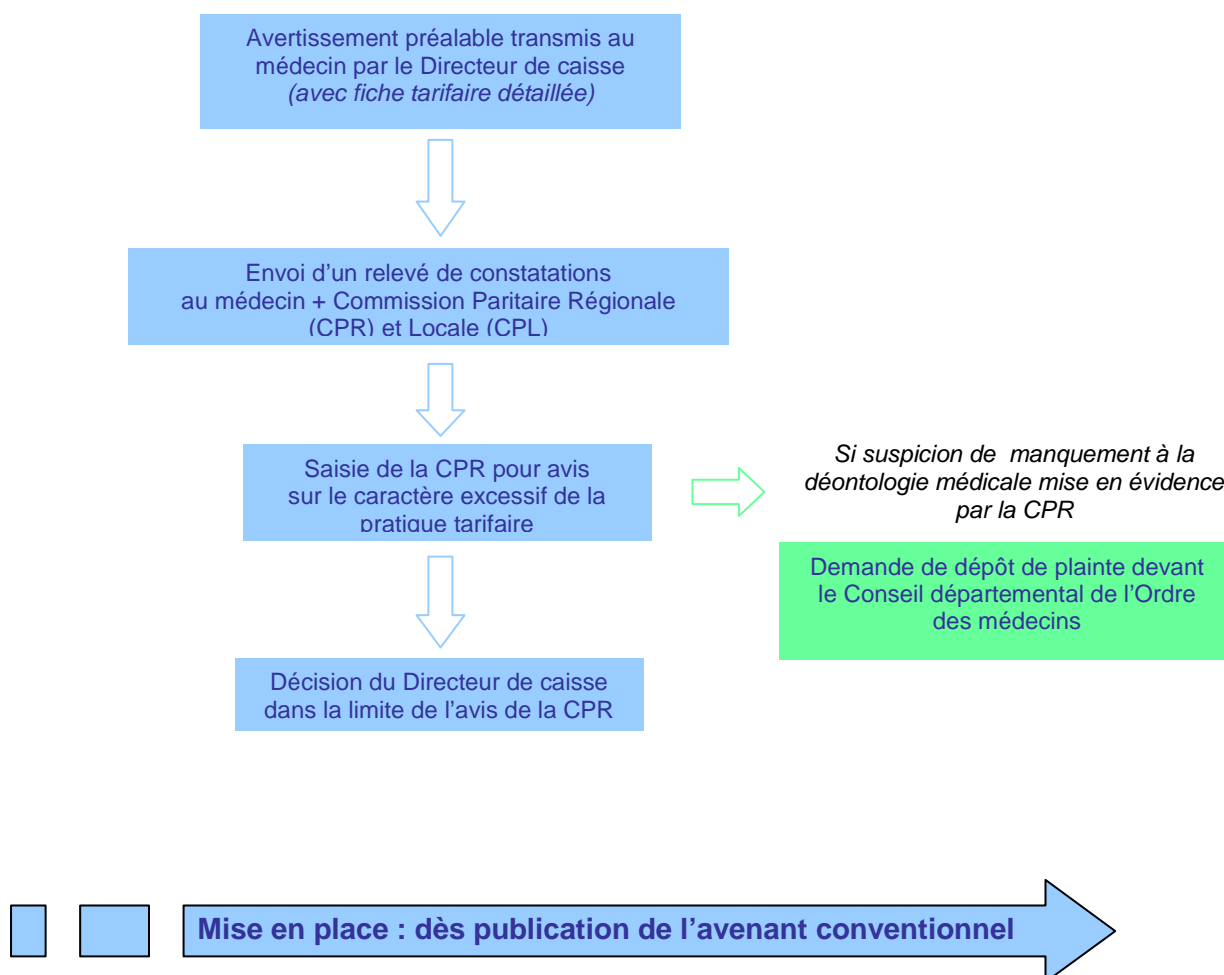
En pratique :

Une procédure paritaire est mise en place :

- La Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du lieu d'exercice du médecin, envoie à celui-ci **un courrier d'avertissement** lorsqu'elle constate une pratique tarifaire excessive au regard des critères définis.
- A l'issue d'une période de 2 mois, si le professionnel de santé n'a pas modifié sa pratique tarifaire, **un relevé de constatations** présentant une vision détaillée de son profil tarifaire, des informations sur la procédure et les sanctions encourues est transmis au médecin. Le praticien peut sous un délai d'un mois présenter ses observations ou être entendu.
- En cas de poursuite de la procédure, **la CPAM saisit la Commission paritaire régionale (CPR)**, composée de 12 représentants des médecins et de 12 représentants de l'Assurance Maladie. Celle-ci rend son avis dans un délai de 2 mois.
- Le Directeur de la caisse primaire, en concertation avec les autres régimes, rend une **décision**, qui ne peut excéder les sanctions proposées par la CPR.

Les sanctions sont progressives, allant jusqu'à la suppression du droit à dépasser et au déconventionnement (pour une période limitée ou sur la durée de la convention)

Les médecins et Directeurs de caisses primaires disposent de **possibilités de recours** auprès de la Commission paritaire nationale (CPN) lorsqu'ils estiment la décision ou l'avis de la CPR injustifiés. Le Président de la CPN saisit le Président du Conseil national de l'Ordre des médecins pour avis. La CPN rend alors sa décision dans un délai de deux mois.



- **Décembre 2012 :** Publication de l'avenant conventionnel
Concertation en Commission Paritaire Nationale (CPN) pour acter les critères de sélection des médecins ayant une pratique tarifaire excessive
Information générale des médecins sur les nouvelles règles tarifaires
- **Janv-fev 2013 :** Examen de l'évolution de la pratique tarifaire des médecins concernés dans un délai de 2 mois
- **Avant la fin du 1^{er} trim. 2013 :** Déclenchement de la procédure de sanction

Fiche 3 - Un contrat d'accès aux soins pour réduire le reste à charge et favoriser l'accès aux soins à tarifs opposables

Les partenaires conventionnels ont acté la mise en place d'un contrat d'accès aux soins pour les médecins pratiquant des honoraires libres, afin de réduire le reste à charge des patients, améliorer leur prise en charge et favoriser les soins à tarifs opposables.

Ce contrat, souscrit sur une base de volontariat pour une durée de 3 ans, est ouvert aux médecins exerçant en secteur 2¹ ou disposant des titres permettant de s'y installer².

Il s'articule autour de plusieurs axes forts :

- Une prise en charge améliorée des assurés

Mesure phare de ce contrat, la prise en charge des actes et consultations chez un médecin signataire est améliorée : la différenciation de la base de remboursement entre secteurs 1 et 2 est supprimée dans le contrat d'accès aux soins, la base de remboursement de l'Assurance Maladie augmente ainsi pour les patients des médecins signataires.

A la clé : des remboursements plus élevés pour les assurés et ainsi un reste à charge diminué, avec des tarifs (consultation ou actes) stables.

Consultation auprès d'un spécialiste de secteur 2, facturée 33 €	
Hors contrat d'accès aux soins Reste à charge* : 11 €	Contrat d'accès aux soins Reste à charge* : 6 €
Consultation auprès d'un pédiatre de secteur 2, enfant de 2 à 6 ans, facturée 38 €	
Hors contrat d'accès aux soins Reste à charge : 16 €	Contrat d'accès aux soins Reste à charge : 8 €
Ablation de la vésicule biliaire par un spécialiste de secteur 2, facturée 410 €	
Hors contrat d'accès aux soins Reste à charge : 120 €	Contrat d'accès aux soins Reste à charge : 89 €
*Reste à charge avant prise en charge éventuelle du dépassement par la complémentaire santé.	

- Une stabilisation des tarifs et une réduction progressive des dépassements sur la durée du contrat

Les médecins signataires du contrat d'accès aux soins s'engagent à stabiliser leurs tarifs ainsi que leur taux de dépassements sur la durée du contrat. Celui-ci est recalculé avec les tarifs en vigueur pour le secteur opposable.

Ainsi, le montant et le taux des dépassements des médecins adhérents diminuent au fur et à mesure des revalorisations des tarifs opposables sur la durée du contrat. En effet, le taux de dépassements sur lequel le praticien s'engage est recalculé en fonction des nouveaux tarifs de remboursement opposables en vigueur.

Les médecins signataires ne peuvent enregistrer un taux moyen de dépassement recalculé supérieur à 100%, soit le double des tarifs opposables.

¹ Ou titulaires du droit à dépassement permanent (DP)

² Anciens chefs de clinique, anciens assistants des hôpitaux généraux et spécialisés, praticiens hospitaliers, médecins militaires

- Reconnaissance de l'activité à tarif opposable

Les médecins signataires du contrat s'engagent, à l'instar de l'ensemble des médecins spécialistes de secteur 2 à ne pas pratiquer de dépassements d'honoraires pour les patients aux revenus modestes, éligibles à l'aide à la complémentaire santé (ACS).

Le contrat mentionne la part d'activité opposable minimale à réaliser dans l'année (sur la base de celle mesurée en 2012).

Ils bénéficient des exonérations de cotisations sociales pour leur activité à tarifs opposables.

- Un investissement de l'Assurance Maladie et des complémentaires santé

Permettant une prise en charge améliorée, le contrat d'accès aux soins constitue un investissement important de la part de l'Assurance Maladie, qui participe également à la prise en charge des cotisations sociales des médecins adhérent, pour leur activité à tarifs opposables.

L'Unocam s'est engagée, de son côté, à inciter les complémentaires santé à prendre en charge de manière privilégiée les dépassements des médecins signataires du contrat lorsque le contrat complémentaire prévoit une prise en charge du dépassement.

En pratique :

Le contrat d'accès aux soins entrera en vigueur au 1^{er} juillet 2013, sous réserve de l'adhésion d'au moins un tiers des médecins éligibles. Un point sera dressé au 30 juin 2013 à l'issue de la période de souscription. L'Assurance Maladie présentera aux médecins éligibles les contours et modalités de ce contrat, leur profil tarifaire détaillé, leur taux de dépassements pour l'année 2012 et leur taux de dépassements recalculé sur la base des tarifs opposables, ainsi que la part d'activité réalisée à tarifs opposables.

Une fiche tarifaire détaillée sera ensuite remise chaque trimestre au médecin adhérent, afin de lui permettre de suivre sa pratique et de garantir le respect des engagements du contrat d'accès aux soins.

Le médecin a la possibilité, à chaque date anniversaire du contrat, de le résilier s'il le souhaite. La caisse primaire d'assurance maladie peut également résilier le contrat, en cas de non-respect de ses engagements par le médecin.



Le contrat d'accès aux soins

Pour tous les assurés :

- De meilleurs remboursements avec des tarifs stabilisés
- Des dépassements limités
- Un niveau sans dépassements garanti

Pour les assurés aux revenus modestes (éligibles à l'ACS) :

- La garantie de tarifs sans dépassements grâce à l'attestation de droits à l'ACS mise à disposition par l'Assurance Maladie

Pour les médecins adhérents :

- Un engagement à ne pas augmenter leurs tarifs
- Une prise en charge de leurs cotisations sociales pour l'activité sans dépassements

Fiche 4 – Une amélioration de l'accès aux soins pour les assurés aux revenus modestes

Les partenaires conventionnels ont souhaité donner un signal fort en faveur de l'accès aux soins des assurés les plus modestes, dans un contexte économique difficile.

Ainsi, l'accord conclu élargit à l'ensemble des assurés éligibles à l'aide à la complémentaire santé (ACS) la garantie de bénéficiaire de tarifs opposables, c'est-à-dire sans dépassements.

Aujourd'hui, selon les données de l'Assurance Maladie, 60% des actes pratiqués auprès des bénéficiaires de l'ACS sont pratiqués sans dépassements et le taux de dépassement moyen s'élève à 26%.

Quels sont les assurés concernés ?

Selon les estimations, **4,7 millions de personnes sont aujourd'hui éligibles à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé**, compte tenu de leurs ressources (10 711 € de ressources annuelles, soit 892,5 € par mois pour 1 personne seule, 22 494 € de ressources annuelles, soit 1 874,5 € pour une famille de 4 personnes).

Au total, ce sont 4,7 millions de personnes potentielles qui sont concernées par cette garantie de tarifs opposables.

Ce point majeur des négociations permet ainsi de doubler potentiellement le nombre d'assurés ne pouvant se voir appliquer des dépassements et de limiter l'impact de la sortie du dispositif de la CMU-C.

En pratique :

L'Assurance Maladie informera les assurés déjà bénéficiaires de l'ACS de l'ouverture de ce nouveau droit -la garantie de tarifs opposables quel que soit le médecin consulté- par le biais d'un courrier et en leur joignant une nouvelle attestation.

Par ailleurs, pour tous les assurés éligibles mais ne bénéficiant pas de l'ACS, l'Assurance Maladie via ameli.fr propose d'ores et déjà d'utiliser **un simulateur qui permet à chacun de vérifier très simplement s'il est éligible à cette aide.**

Chaque assuré éligible pourra ensuite **télécharger un dossier³ et le renvoyer à sa caisse primaire afin de pouvoir bénéficier d'une attestation d'éligibilité à l'ACS, après réception du dossier complété.**

Parallèlement, l'Assurance Maladie apportera aux médecins libéraux l'information nécessaire sur leurs patients éligibles à l'ACS. D'ores et déjà, sur leur portail Espace Pro, les médecins disposent de la liste de leurs patients qui en sont bénéficiaires.

La caisse primaire instruira le dossier de l'assuré, l'Assurance Maladie poursuivant son engagement pour accompagner les assurés dans leurs démarches, améliorer les délais de traitement des dossiers.

A noter : les médecins non signataires du contrat d'accès aux soins ne bénéficieront pas d'une prise en charge d'une partie de leurs cotisations sociales pour leur activité à tarifs opposables.



Le dispositif d'information pour favoriser l'accès des assurés à l'ACS et aux tarifs opposables

Pour les assurés déjà bénéficiaires :

- Information de l'ouverture d'un nouveau droit par le biais d'un courrier qui comprendra une nouvelle attestation

Pour les assurés éligibles qui ne sont pas détenteurs de l'ACS :

- Simulateur ACS sur ameli.fr afin de vérifier leur éligibilité
- Téléchargement d'un dossier sur ameli.fr afin de bénéficier d'une attestation d'éligibilité à l'ACS
- Envoi du dossier complété par l'assuré
- Envoi par la CPAM de l'attestation d'éligibilité à l'ACS
- Instruction du dossier de demande d'ACS par la caisse

Fiche 5 – Une diversification accrue de la rémunération des médecins de secteur 1, un engagement en faveur des tarifs opposables

Les partenaires conventionnels souhaitent rééquilibrer de manière progressive les tarifs ou rémunérations au profit des médecins de secteur 1 ou adhérant au contrat d'accès aux soins, dans le cadre d'évolutions compatibles avec la croissance économique et l'objectif de dépenses voté annuellement par le Parlement.

Ces revalorisations s'appuient sur 2 principaux axes :

- **La revalorisation de certains actes techniques « sous-côtés »**, conformément aux tarifs cibles de la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) en 3 étapes-clés : 1^{er} juillet 2013, 1^{er} mars 2014, 1^{er} janvier 2015.

Ces revalorisations concernent principalement les actes chirurgicaux (pose de prothèse du genou, fracture de la main, opération de la prostate...) ou de gynécologie-obstétrique (accouchement, ablation de l'utérus, de polype...). Un ensemble de spécialités bénéficie également de revalorisations : dermatologie, endocrinologie, hématologie, neurologie, omnipraticiens, ORL, pédiatres, pneumologie...

Ces revalorisations sont financées grâce aux marges de manœuvre mobilisées sur certains actes d'imagerie (radiographie, IRM, scanner, échographie...), compte-tenu de gains de productivité réalisés.

Ces actes verront ainsi leurs tarifs diminuer sur une période de 3 ans, pour un montant d'économies global de 180 M€ (en année pleine).

- **La valorisation de l'activité clinique et le développement de nouveaux modes de rémunération** pour valoriser et améliorer la prise en charge des patients :
 - o **Mise en place d'une rémunération forfaitaire** (5 euros par consultation) versée directement aux médecins pour la prise en charge de leurs patients âgés. En effet, le suivi de ces patients nécessite de tenir compte de leurs comorbidités et de suivre attentivement leurs traitements pour prévenir la iatrogénie médicamenteuse.
Cette rémunération forfaitaire n'impacte pas le tarif de la consultation et est versée trimestriellement aux médecins. Elle intervient en 2 étapes : au 1^{er} juillet 2013 pour les patients de plus de 85 ans, au 1^{er} juillet 2014 pour les patients de plus de 80 ans.
 - o **Création d'un forfait médecin traitant pour les patients hors affection de longue durée (ALD)** : une rémunération forfaitaire annuelle valorisant les missions du médecin traitant pour l'ensemble de sa patientèle, au-delà de ses patients en ALD est mise en place. Cette rémunération spécifique (Forfait Médecin Traitant) entrera en vigueur au 1^{er} juillet 2013 et sera versée directement au médecin traitant sans incidence sur les tarifs de consultation (5 euros par an et par patient).
Elle est mise en place compte tenu de l'engagement financier de l'Unocam estimé à 150 M€, en lien avec le volet médical de synthèse.
- Cette rémunération spécifique constitue ainsi un investissement important et témoigne de la reconnaissance du rôle du médecin traitant dans la coordination des soins.**

- **Mise en place de consultations longues** : les médecins traitants auront la possibilité de réaliser une consultation longue
 - ⇒ dans le mois qui suit la sortie d'hospitalisation d'un patient à forte comorbidité et qui nécessite un suivi rapproché et coordonné,
 - ⇒ dans les 2 mois qui suivent une hospitalisation de patients en insuffisance cardiaque.

Ces consultations ont pour objectif de favoriser le maintien à domicile des patients et de limiter le recours à l'hospitalisation. Elles encouragent l'investissement des médecins traitants dans le suivi de ces patients complexes.

Ces consultations, cotées 2C par le biais d'une majoration, sont réalisées à tarifs opposables (2C) par les médecins de secteur 1 ou signataires du contrat d'accès aux soins.

Les partenaires conventionnels ont également convenu de mieux valoriser le suivi de certains jeunes patients (nouveaux-nés grands prématurés et enfants atteints de maladie congénitale grave) (majoration de 5 euros sur les consultations à tarifs opposables) et les consultations d'expertise des spécialistes.



Adhésion au contrat d'accès aux soins

Ce document est à remplir par le médecin qui l'envoie, en double exemplaire, à la Caisse d'assurance maladie du lieu de son exercice principal qui lui en retourne un exemplaire.

Identification du médecin

"Je, soussigné(e),

NOM :

Prénom :

N° d'identification :

Secteur conventionnel : DP Secteur 2 Secteur 1 titulaire des titres visés à l'article 35.1

Adresse du lieu d'exercice principal :

.....
.....

déclare avoir pris connaissance et m'engage à respecter dans ma pratique :

- un pourcentage d'activité réalisé à tarif opposable égal à Y%
- la non augmentation de ma pratique tarifaire présentée dans l'état de pratique tarifaire de l'année 2012 qui m'a été remis et joint au présent formulaire
- un taux de dépassement moyen recalculé dans les conditions définies à l'article 38 de la convention nationale égal à x% (figurant dans l'état de pratique tarifaire précité)

déclare adhérer au contrat d'accès aux soins et m'engage à en respecter les dispositions, prévues aux articles 36 et suivants de la convention nationale des médecins libéraux signée le 26 juillet 2011."

Cachet du médecin

Fait à

Le

Signature

Accusé de réception de la Caisse

Adhésion enregistrée le, à effet du
Cachet de la caisse | Date