

Spécialités techniques

Négociations 2016
Réunion du 22 juin 2016

1. SPÉCIALITÉS TECHNIQUES: ETAT DES LIEUX

2. PROPOSITIONS

1. SPÉCIALITÉS TECHNIQUES: ETAT DES LIEUX

2. PROPOSITIONS

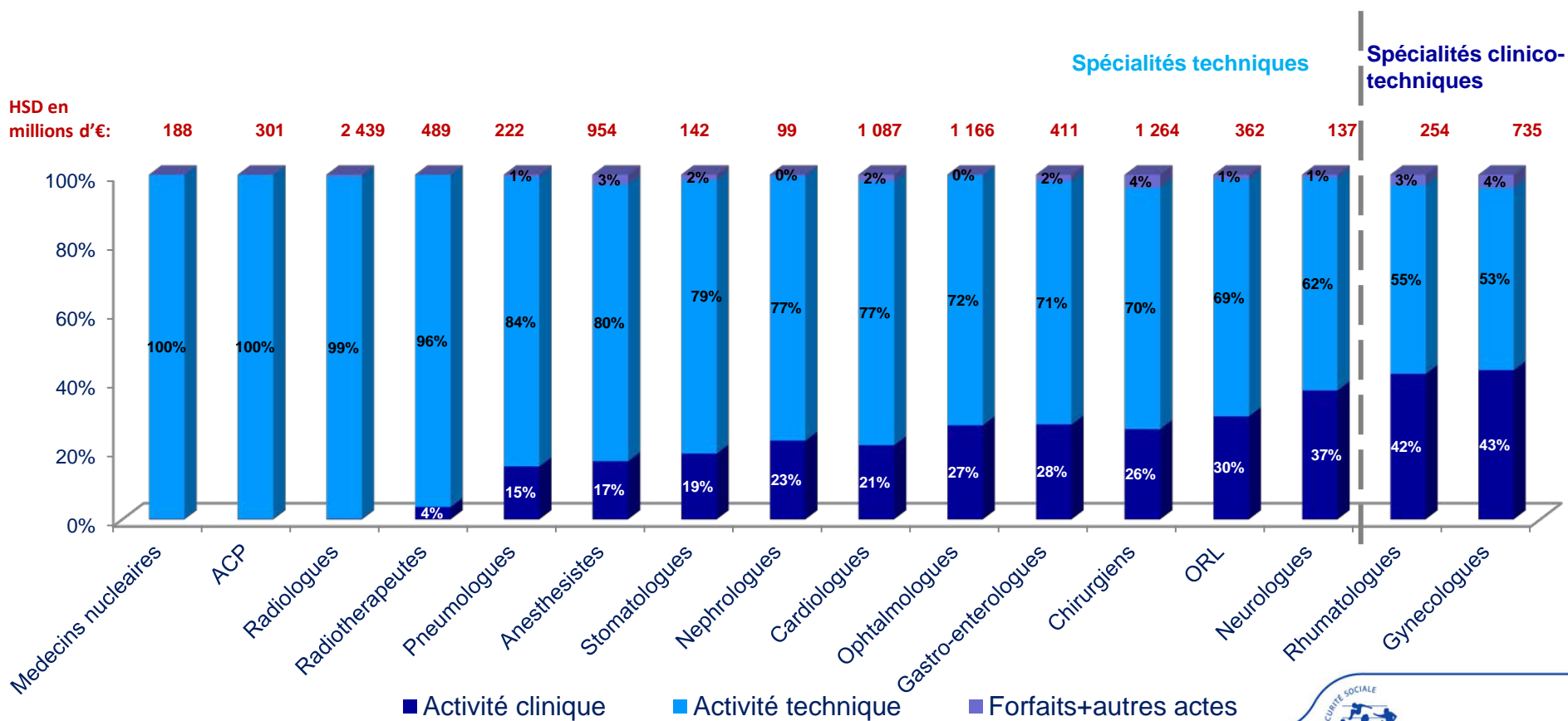
1. Les spécialités médico-chirurgicales dites « techniques »

Parmi les 25 spécialités médicales, on distingue les spécialités cliniques, techniques et clinico-techniques

- Cette répartition ne préjuge pas de la position de ces spécialités dans le parcours de soin : 1^{er} recours et 2nd recours
- Les gynécologues et les rhumatologues réalisent une part importante de leurs honoraires en actes techniques (respectivement 53% et 55%)
- On identifie 14 spécialités techniques : les médecins concernés réalisent plus de 50% de leurs honoraires remboursables en actes techniques
 - ✓ Neurologues (62% des montants remboursables)
 - ✓ ORL (69%)
 - ✓ Chirugiens (70%)
 - ✓ Gastro-entérologues (71%)
 - ✓ Ophtalmologues (72%)
 - ✓ Cardiologues (77%)
 - ✓ Néphrologues (77%)
 - ✓ Stomatologues (79%)
 - ✓ Anesthésistes (80%)
 - ✓ Pneumologues (84%)
 - ✓ Radiothérapeutes (96%)
 - ✓ Radiologues (99%)
 - ✓ ACP (100%)
 - ✓ Médecins nucléaires (100%)

1. Répartition des honoraires remboursables

- 11,8Md€ d'honoraires remboursables réalisés en 2014
 - 10,3Md€ réalisés par les spécialités médicales dites « techniques » et « clinico-techniques » (87%)
- Actes cliniques : 3,3Md€ dont 1,8Md€ réalisés par les spécialités techniques (58%)
- Actes techniques : 8,5Md€ dont 98% réalisés par les spécialités techniques



Source SNIR-PS France entière - Secteur 1 + Secteur 2

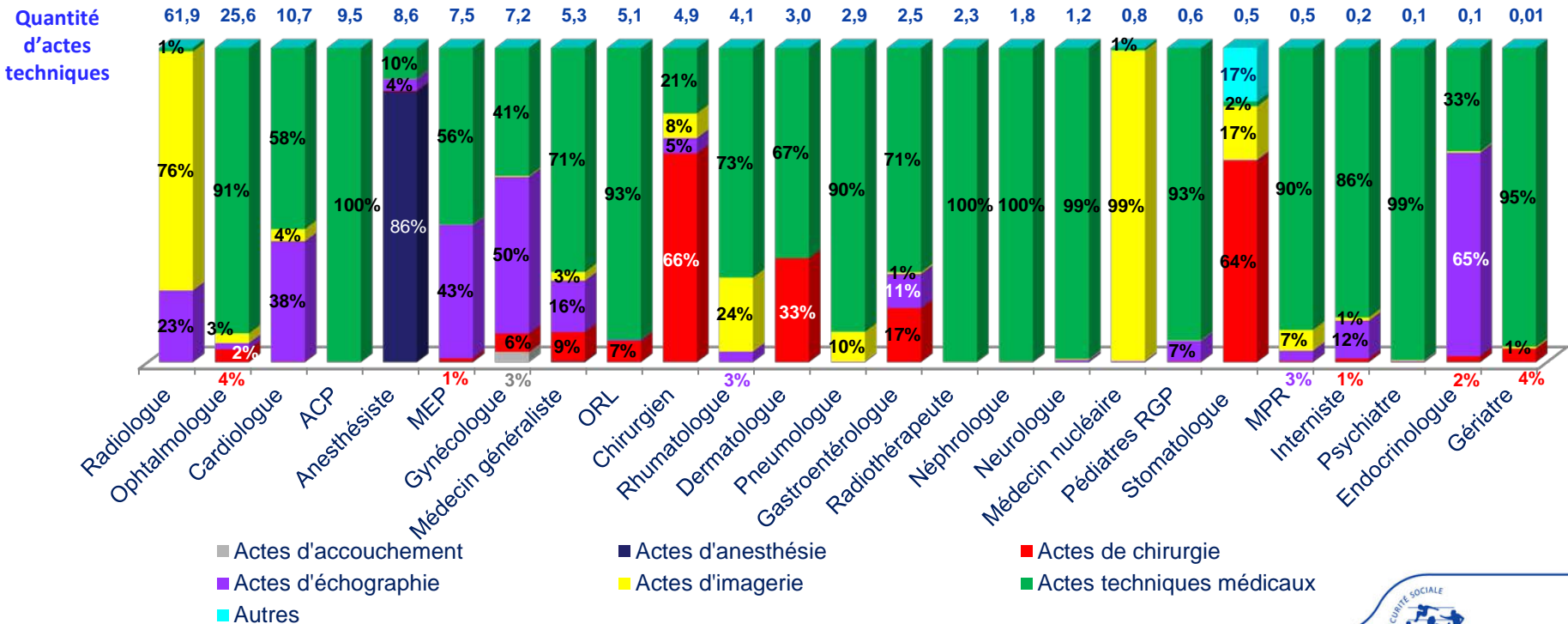
DDGOS/DOS/DACT

1. Répartition de l'activité technique par type d'actes et par spécialité

➤ Les 3 spécialités qui réalisent le plus d'actes CCAM sont :

- **Les radiologues : 61,9 Millions d'actes**
 - ✓ 76% d'actes d'imagerie ; 23% d'actes d'échographie
- **Les ophtalmologues : 25,6 Millions d'actes**
 - ✓ 91% d'actes techniques; 3% d'actes d'imagerie; 2% d'échographie et 4% d'actes de chirurgie
- **Les cardiologues : 10,7 Millions d'actes**
 - ✓ 58% d'actes techniques médicaux, 38% d'acte d'échographie et 4% d'actes d'imagerie

➤ Les 3 spécialités qui réalisent le moins d'actes CCAM sont : les gériatres, les endocrinologues et les psychiatres



Quantité d'actes y compris suppléments et gestes complémentaires

DDGOS/DOS/DACT

Données DCIR – 98% des régimes

1. SPÉCIALITÉS TECHNIQUES: ETAT DES LIEUX

2. PROPOSITIONS

2.1 Perspectives d'évolution des tarifs des actes techniques

- ❑ La maintenance de la CCAM nécessite d'analyser l'ensemble les composants du tarif de l'acte.
- ❑ En effet, on ne peut pas envisager d'actualiser le coût de la pratique indépendamment de la hiérarchisation qu'il conviendrait également d'actualiser, ce qui implique par nature des variations positives et négatives du score des actes
- ❑ Une telle opération nécessiterait des moyens, un investissement conséquent des partenaires et surtout des délais importants afin notamment de pouvoir lisser les effets dans la durée.
- ❑ L'expérience de 2006 montre qu'il faut prendre en compte très en amont l'impact sur chaque spécialité concernée en fonction de sa structure actuelle d'activité et de ses honoraires
- ❑ Un travail avec les partenaires conventionnels est indispensable pour lister en priorité les évolutions des pratiques médicales à fort impact de santé publique et économique

2.1 Perspectives d'évolution des tarifs des actes techniques

❑ Les partenaires conventionnels pourraient :

- Mettre en place dès l'automne 2016 un groupe de travail pour définir un cadre méthodologique permettant la mise en œuvre d'une première étape d'actualisation en 2017
- Choisir des actes et des spécialités prioritaires pour opérer une opération de maintenance et établir un programme de travail sur la durée de la convention

❑ La hiérarchisation, quelques pistes de réflexion :

- Prendre en compte la courbe d'apprentissage plus systématiquement avec une réévaluation régulière pour permettre d'investir sur l'innovation
- Affiner les analyses sur les durées à dire d'experts à partir d'observations sur les actes

❑ L'évolution du coût de la pratique :

- Objectivation des charges avec appariement des données de la DREES tous les 3 ans
- Analyse partagée de l'efficacité pour favoriser les organisations performantes médicalement
- Analyse partagée de l'impact des volumes dans l'évolution du taux de charge

❑ Dans l'immédiat, les propositions qui suivent permettent d'apporter une réponse pragmatique dans le cadre actuel pour permettre une évolution tarifaire des spécialités techniques en répondant à 3 objectifs

- L'innovation
- La revalorisation d'actes ciblés à fort impact en termes de santé publique
- Les évolutions de modes de prise en charge vers des techniques moins invasives

2.2 Propositions de l'UNCAM

□ L'UNCAM propose une évolution des modificateurs J et K

➤ Contexte

Lors du passage de la NGAP à la CCAM en 2005, deux modificateurs ont été introduits :

- ➔ Pour maintenir la valeur des actes de chirurgie : **modificateur J (+6,5%)**, majoration transitoire de chirurgie, applicable aux actes thérapeutiques sanglants non répétitifs réalisés en équipe sur un plateau technique lourd **pour tous les secteurs d'exercice conventionnel**
- ➔ Pour favoriser la réalisation des actes de chirurgie en secteur à tarif opposable : **modificateur K (+11,5%) pour les actes ayant droit au modificateur J réalisés par les praticiens secteur 1 ou adhérant au contrat d'accès aux soins, élargi aux actes d'accouchement en 2013**

Les évolutions sont proposées en maintenant les règles existantes en CCAM, de tarification en fonction du secteur de conventionnement du praticien

2.2 Propositions de l'UNCAM

➤ Modification du périmètre des actes autorisant les modificateurs J et K

- ❖ **Ajout à certains actes lourds** : appliquer le modificateur de chirurgie J (*et par voie de conséquence le modificateur K*) à certains actes de chirurgie qui n'en bénéficient pas actuellement (interventions chirurgicales moins invasives...)
 - 34 actes sont concernés dont :
 - des actes réalisés sous arthroscopie, comme la « libération mobilisatrice de l'articulation tibiotaliennne (NGPC001) »
 - des exérèses de lésions tumorales comme « l'exérèse de tumeur du rectum, par voie anale (HJFD002) »

- ❖ **Suppression pour certains actes des modificateurs J et K** : mise en cohérence de la définition du modificateur J (*acte thérapeutique sanglant réalisé sur un plateau technique lourd*)
 - 5 actes sont concernés dont :
 - Des actes thérapeutiques non sanglants, comme la lithotripsie extracorporelle
 - Des actes qui ne nécessitent pas l'utilisation d'un plateau technique lourd

2.2 Propositions de l'UNCAM

- **Revalorisation du modificateur K porté de 11,5 % à 15 % (+3,5 points)**

L'objectif de cette mesure est de revaloriser les actes lourds réalisés par les chirurgiens et gynécologues-obstétriciens de secteur 1 ou adhérent au contrat d'accès aux soins

2.2 Propositions de l'UNCAM

- ❑ **Revalorisation d'actes ciblés à fort impact en termes de santé publique**
 - **Revalorisation d'actes** pour les médecins de secteur 1 et adhérent au contrat d'accès aux soins : **chirurgie carcinologique lourde, chirurgie reconstructrice pour cancer** (comme la chirurgie mammaire reconstructrice) ou **pour pathologie congénitale : hausse + 5%**
 - **Passage au tarif cible de certains actes lourds** notamment les actes interventionnels sur l'appareil digestif pour valoriser les techniques moins invasives
- ❑ **Prise en compte de la spécificité de la chirurgie infantile : création d'un modificateur pour les actes de chirurgie lourde des enfants de moins de 4 ans**
 - **Création d'un modificateur de chirurgie de l'enfant** : tarif de 23 €, aligné sur la base du modificateur enfant des anesthésistes, utilisable tous secteurs, applicable aux actes de chirurgie lourde réalisés sur les enfants de moins de 4 ans, principalement par les chirurgiens pédiatriques
- ❑ **Prise en compte de l'obésité morbide, facteur compliquant de façon conséquente l'intervention**
 - **Création d'un modificateur** pour les actes de chirurgie lourde, réalisé chez un patient présentant une obésité morbide, cette pathologie compliquant de façon conséquente certaines interventions de chirurgie viscérale et orthopédique (hors chirurgie bariatrique)

2.2 Propositions de l'UNCAM

□ Revalorisation des modificateurs d'urgences chirurgicales et obstétricales

- L'objectif est de revaloriser les urgences réalisées sur plateaux techniques lourds en chirurgie, anesthésie et gynécologie-obstétrique
 - ✓ **Modificateur d'urgence pour les actes réalisés en nuit profonde (S)** : revalorisation du tarif des actes réalisés sur plateau technique lourd de 40€ à 80€
 - ✓ **Modificateur d'urgence pour les actes réalisés de 20h à minuit (U)** : revalorisation du tarif des actes réalisés sur plateau technique lourd de 25,15€ à 50€
 - ✓ **Modificateur d'urgence pour les actes réalisés le dimanche et jours fériés (F)** : revalorisation du tarif des actes réalisés sur plateau technique lourd de 19,06€ à 40€

Accessibilité financière aux soins

Négociations 2016
Réunion du 22 juin 2016

1. Bilan de l'avenant 8 à la convention médicale sur la modération des dépassements d'honoraires

2. Propositions d'évolution

Bilan de l'avenant 8 à la convention médicale sur la modération des dépassements d'honoraires

Un bilan du contrat satisfaisant mais des adaptations nécessaires

- **Après 2 ans et demi de mise en place, le bilan tiré du contrat d'accès aux soins est globalement satisfaisant au regard :**
 - ✓ du nombre d'adhérents même si on constate des disparités entre les différentes spécialités médicales,
 - ✓ du rythme d'adhésion auprès des médecins nouvellement installés,
 - ✓ du niveau de respect de leurs engagements contractuels par les médecins adhérant au contrat,
 - ✓ et surtout de l'impact sur la baisse des taux de dépassements d'honoraires.
- **Toutefois, il apparaît nécessaire de revoir certaines modalités d'application du contrat pour améliorer sa lisibilité et renforcer son attractivité notamment auprès de certaines spécialités.**

Un taux d'adhésion satisfaisant

- **Au 31/12/2015, 11 249 adhérents dont :**
 - 22% de médecins généralistes (ou MEP) et 78% de médecins d'autres spécialités,
 - 7 891 médecins de secteur 2 (70%),
 - 3 358 médecins de secteur 1 (30%) installés avant 2013 et disposant des titres permettant l'accès au secteur 2,
- A fin 2015, le taux d'adhésion moyen des médecins spécialistes de secteur 2 (autres que MG et MEP) parmi les médecins éligibles est de 30% (*c'est-à-dire un ayant un taux de dépassement recalculé inférieur à 100%*).
- Cependant cette moyenne masque une forte hétérogénéité entre les différentes spécialités :
 - pour les spécialités de cardiologues, pneumologues, anato-cytopathologistes, radiologues, neurologues, néphrologues, internistes près de la moitié des médecins exerçant en secteur 2 (voire parfois 60%) ont adhéré au contrat ;
 - pour d'autres spécialités comme les dermatologues, les gynécologues, les ophtalmologues, le taux d'adhésion n'est que de 20 %, de même pour les spécialistes de plateaux techniques lourds chirurgiens (24%), gynécologues-obstétriciens (30%) et anesthésistes-réanimateurs (28%).

Un taux d'adhésion qui progresse toujours mais à un rythme moins élevé

- **En 2015, le nombre de contrats a augmenté de 200 avec :**
 - **798 médecins nouveaux adhérents** (*88% de médecins de secteur 2*), dont près de **48% (336 PS) de nouveaux installés en secteur 2** ce qui répond à l'un des objectifs du contrat (*favoriser l'installation de médecins en secteur 1 ou secteur 2 avec contrat à tarifs maîtrisés*),
 - **contre 598 qui en sont sortis** (*dans 73% des cas, la sortie du contrat est liée à une cessation d'activité libérale dont 54% pour retraite*).
- **Sur les premiers mois de 2016, la dynamique se poursuit avec 189 contrats supplémentaires à fin mars 2016 :**
 - **376 médecins nouveaux adhérents** (*91% de médecins de secteur 2*),
 - **187 médecins sortants**

Une dynamique d'adhésion auprès des nouveaux installés

➤ Entre 2011 (avant l'avenant 8) et 2015, les nouvelles installations par secteur ont évolué :

- pour l'ensemble des spécialistes (hors MG et MEP), la part des installations en S1 reste relativement stable (41% en 2011 et 39% en 2015),
- les installations en secteur 2 hors contrat baissent de 59% en 2011 à 44% en 2015 et 16% de médecins ont choisi le secteur 2 avec contrat soit 27% des médecins de secteur 2.

➔ C'est donc un résultat positif.

➤ Ces résultats ne sont pas homogènes pour toutes les spécialités :

- **pour les chirurgiens :**
 - ✓ la part des installations en S1 avait baissé de 17% à 14% entre 2011 et 2014 avant de remonter à 18% en 2015,
 - ✓ celle du secteur 2 hors contrat baisse de 83% à 68%, 18% ont opté pour le secteur 2 avec contrat en 2015.
- **pour les gynécologues-obstétriciens :**
 - ✓ la part des installations en S1 a augmenté de 15% à 20% entre 2011 et 2014 avant de redescendre à 16% en 2015,
 - ✓ celle du secteur 2 hors contrat baisse de 85% à 62% en 2015.
- **pour les ophtalmologues :**
 - ✓ la part des installations en S1 reste constante à 31%,
 - ✓ toutefois seulement 4 à 5 % d'adhésions en secteur 2 avec contrat en 2015.

Un bon taux de respect des engagements

➤ Respect des engagements* :

▪ Pour 2015 (sur la base des données provisoires)** :

- ↘ 8 808 médecins ont respecté leurs engagements (environ 76% des adhérents) dont 5 505 médecins de secteur 2,
- ↘ 2 821 n'ont pas respecté leurs engagements.

* Le respect des engagements est toujours évalué au regard des taux recalculés (intégrant les majorations et tarifs réservés aux médecins de secteur 1 et aux adhérents au CAS).

** Le calcul du respect des engagements sur l'année 2015 sera réalisé fin juin sur la base des données consolidées (liquidées à fin mars 2016).

Un impact sur la baisse des taux de dépassements d'honoraires

- **Après 20 ans de hausse ininterrompue, le taux de dépassement des médecins de secteur 2 s'est stabilisé en 2012 et amorce une baisse en 2013, qui s'est accélérée en 2014 et 2015.**
- **Pour l'ensemble des médecins de secteur 2 (y compris adhérents au contrat) :**
 - le taux de dépassement passe de 55,4% en 2012 à 54,1% en 2014 et à 53,3% à fin 2015,
 - le taux d'actes à tarif opposable passe de 32,9% en 2012 à 34,7% en 2014 et à 36,2% à fin 2015.
- **Pour les médecins de secteur 2 ayant adhéré au contrat :**
 - le taux de dépassement est passé de 28,4% en 2012, à 24,3% en 2014 et à 22,4% à fin 2015 et pour les spécialistes (hors MG et MEP) de 27,7% en 2012, à 23,0% en 2014 et à 21% à fin 2015,
 - le taux d'actes à tarif opposable est passé de 46,2% en 2012 à 51,6% en 2014 et 55,5% à fin 2015 et pour les spécialistes (hors MG et MEP) de 51,9% en 2012 à 56,4 % en 2014 et 59,9% à fin 2015.

Un taux d'adhésion faible pour certaines spécialités malgré un potentiel important de médecins éligibles

- Pour certaines spécialités, notamment celles des plateaux techniques lourds, le taux d'adhésion au contrat reste relativement faible alors que potentiellement un grand nombre de médecins y sont éligibles puisqu'ils ont un taux de dépassement inférieur à 100%.

□ Chirugiens :

- ✓ 4 520 chirurgiens non adhérents (vs 971 adhérents) dont près de 80% seraient éligibles au contrat au vu du taux de dépassement recalculé (avec les majorations, le modificateur K, les tarifs S1 CCAM, etc.).
- ✓ ORL chirurgiens : 639 non adhérents (vs 188 adhérents) dont plus de 90% seraient éligibles au contrat au vu du taux de dépassement recalculé (avec les majorations, le modificateur K, les tarifs S1 CCAM, etc...),
- ✓ Ophtalmologues chirurgiens : 1 632 non adhérents (vs 159 adhérents) dont 86% seraient éligibles au contrat au vu du taux de dépassement recalculé (avec les majorations, le modificateur K, les tarifs S1 CCAM, etc...).

Un taux d'adhésion faible pour certaines spécialités malgré un potentiel important de médecins éligibles

- ❑ **Anesthésistes** : 1 301 non adhérents (vs 295 adhérents) dont 82% seraient éligibles au contrat au vu du taux de dépassement (recalculé avec les majorations, etc...),
- ❑ **Gynécologues-obstétriciens** : 1 077 non adhérents (vs 323 adhérents) dont 80% seraient éligibles au contrat recalculé (avec les majorations, le modificateur K et les tarifs S1 CCAM, etc...).
- **En conclusion, 80 % des non-adhérents au contrat parmi ces spécialistes seraient éligibles au CAS dès aujourd'hui (taux de dépassement inférieur à 100 % de taux moyen de dépassement).**
- **Ces données mettent en évidence la nécessité de faire évoluer certaines modalités du contrat pour renforcer son attractivité notamment auprès de certaines spécialités.**

Distribution des taux de dépassement des médecins de secteur 2 non adhérents au contrat d'accès aux soins

Année 2015 en date de liquidation

Pour les spécialités de gynécologie, orl et ophtalmologie, les spécialistes "chirurgiens" ont été repérés sur la base d'un minimum de 50 actes de chirurgie ou obstétrique réalisés en 2015.

Spécialité	Effectifs (si >30)	Moyenne	p10	p20	p30	p40	p50	p60	p70	p80	p90	nb de PS dont le tx de dépassements est inférieur ou égal à 100%	% de PS dont le tx de dep recalcule est inférieur ou égal à 100%	nb de PS dont le tx de dep recalculé est inférieur ou égal à 100%	% de PS dont le tx de dep recalculé est inférieur ou égal à 100%
Anesthésistes	1 301	60,4%	18,6%	29,6%	37,9%	45,7%	52,0%	65,2%	77,7%	96,5%	136,8%	1 052	80,9%	1 069	82,2%
Cardiologues	589	35,4%	9,5%	16,3%	22,0%	27,3%	33,2%	41,8%	50,8%	63,9%	111,2%	525	89,1%	532	90,3%
Chirurgiens	4 520	73,3%	26,3%	37,0%	46,5%	56,9%	67,6%	82,1%	101,6%	132,9%	199,8%	3 135	69,4%	3 551	78,6%
Dermatologues	1 084	76,5%	33,1%	43,0%	52,9%	61,3%	73,0%	85,0%	102,8%	129,2%	170,2%	745	68,7%	870	80,3%
Endocrinologues	337	79,6%	26,7%	38,2%	48,2%	60,6%	74,3%	89,4%	112,0%	141,9%	185,7%	221	65,6%	255	75,7%
Gastro-entérologues	555	47,1%	14,6%	21,6%	27,2%	32,9%	40,7%	50,1%	62,9%	76,1%	110,0%	491	88,5%	495	89,2%
Gynécologues-médicaux	1 372	100,6%	46,6%	64,1%	78,9%	91,9%	105,2%	121,3%	140,9%	162,1%	205,5%	639	46,6%	913	66,5%
Gynécologues-obstétriciens et mixtes	1 077	81,9%	34,1%	44,9%	53,9%	62,1%	71,6%	82,1%	100,5%	127,1%	178,7%	751	69,7%	865	80,3%
Internistes	172	84,0%	20,5%	32,7%	43,6%	58,7%	95,6%	128,0%	171,2%	212,4%	262,1%	89	51,7%	94	54,7%
MPR	120	89,2%	31,1%	46,6%	58,6%	75,7%	82,5%	103,7%	123,4%	151,9%	224,3%	69	57,5%	85	70,8%
Neurologues	150	46,3%	16,4%	21,7%	28,5%	37,6%	50,6%	67,9%	88,0%	111,7%	146,6%	110	73,3%	122	81,3%
ORL Chirurgiens	639	54,3%	20,7%	28,2%	34,3%	39,7%	46,8%	54,5%	65,0%	81,3%	120,3%	550	86,1%	580	90,8%
ORL Médicaux	437	59,9%	23,0%	32,7%	38,6%	45,0%	54,9%	67,0%	84,5%	105,1%	157,7%	344	78,7%	372	85,1%
Ophtalmologues Chirurgiens	1 632	57,1%	23,1%	32,1%	39,6%	46,5%	54,9%	64,4%	75,3%	92,7%	122,3%	1 354	83,0%	1 412	86,5%
Ophtalmologues Médicaux	815	77,1%	30,0%	44,6%	56,8%	69,1%	80,0%	95,6%	109,0%	128,5%	159,6%	521	63,9%	631	77,4%
Pneumologues	113	41,4%	16,2%	21,3%	25,9%	33,1%	39,4%	49,7%	62,3%	80,5%	122,2%	95	84,1%	99	87,6%
Psychiatres-neuro-psychiatres	1 602	94,2%	45,8%	59,5%	68,6%	78,9%	89,1%	101,2%	116,6%	137,8%	169,9%	951	59,4%	1 240	77,4%
Pédiatres	639	84,3%	40,5%	50,9%	59,2%	68,9%	78,2%	89,8%	102,9%	119,6%	156,0%	435	68,1%	532	83,3%
Radiodiagnostic et imagerie médicale	598	45,0%	15,1%	21,1%	28,1%	34,1%	39,4%	47,2%	60,6%	81,3%	116,1%	519	86,8%	523	87,5%
Rhumatologues	614	62,4%	25,9%	33,3%	41,8%	50,3%	61,1%	72,0%	88,1%	112,3%	155,1%	469	76,4%	510	83,1%
Stomatologues	406	77,2%	29,4%	42,2%	55,2%	66,0%	79,0%	95,6%	111,9%	134,5%	167,7%	256	63,1%	273	67,2%
ACP	43	27,0%	5,9%	8,8%	16,0%	19,5%	22,4%	24,8%	28,8%	36,8%	57,7%	43	100,0%	43	100,0%
Total Spécialistes	18 874	65,5%	24,5%	35,4%	45,6%	55,8%	67,2%	80,4%	98,0%	123,5%	167,5%	13 405	71,0%	15 110	80,1%
Généralistes	1 239	64,7%	21,3%	32,3%	40,6%	49,5%	62,7%	77,6%	98,3%	117,2%	153,7%	878	70,9%	883	71,3%
MEP	1 479	67,6%	25,1%	38,4%	49,0%	62,0%	77,6%	92,5%	107,9%	128,9%	167,1%	949	64,2%	960	64,9%
Généralistes et MEP	2 718	66,4%	23,5%	34,8%	44,6%	55,7%	70,1%	86,9%	103,9%	124,2%	158,9%	1 827	67,2%	1 843	67,8%
Total Médecins	21 592	65,6%	24,4%	35,4%	45,5%	55,8%	67,5%	81,2%	99,0%	123,5%	166,4%	15 232	70,5%	16 953	78,5%

DCIR - 2015 - tous régimes - en date de liquidation - France entière - Médecins de S2 et 1DP actifs à la fin de l'année

Propositions d'évolution

Un dispositif à pérenniser mais des évolutions à apporter

- ❑ **Au regard des résultats obtenus, l'architecture du dispositif a vocation à être pérennisée** dans la nouvelle convention avec le maintien des principes fondateurs autour de la mise en place d'avantages conventionnels favorisant la pratique de l'activité à tarif opposable au profit des médecins de secteur 2 s'engageant de façon optionnelle dans la maîtrise de leurs dépassements d'honoraires. La régulation des pratiques tarifaires excessives doit également être poursuivie.
- ❑ Toutefois, certaines limites ont été identifiées dans les modalités du contrat qui peuvent nuire à sa lisibilité et à son attractivité.
 - Un décalage important entre la date à laquelle le respect des engagements du contrat est déterminé et la date de versement de la participation aux cotisations sociales (ex : paiement en avril 2016 au titre du respect sur l'année 2014) lié aux échanges avec les organismes de recouvrement (ACOSS, RSI, CARMF) pour récupérer les assiettes de cotisations sociales.
 - Ce décalage conduit à ce que les médecins adhérant au contrat n'identifient pas bien le complément de revenus important lié à cette prise en charge.

Un dispositif à pérenniser mais des évolutions à apporter

□ La révision des taux d'engagement par avenant au contrat

Rappel des dispositions actuelles de la convention :

➤ Extrait de l'article 38 de la Convention :

« Pendant la durée du contrat, les évolutions des tarifs de remboursement donnent lieu à un avenant au contrat d'accès aux soins soumis au médecin. Cet avenant comporte le taux de dépassement recalculé en fonction des nouveaux tarifs de remboursement modifié conformément aux dispositions de l'annexe XIX. »

➤ Extrait de l'Annexe XIX de la Convention :

« Pendant la durée du contrat, ce taux est recalculé en fonction des évolutions des tarifs de remboursement. Compte tenu de l'objectif d'amélioration de l'accès aux soins, les hausses tarifaires applicables au tarif opposable bénéficient intégralement au patient par l'amélioration de sa base de remboursement, le patient bénéficiant alors d'une diminution équivalente du dépassement. Dans ce cas, un avenant au contrat d'accès aux soins est soumis au médecin adhérent dans lequel figure le taux de dépassement recalculé avec les nouveaux tarifs de remboursement. ».

□ La révision des taux d'engagement par avenant au contrat (suite)

- Un avenant aux contrats signés doit donc être proposé à l'ensemble des médecins pour lesquels on constate une différence entre le taux de dépassement (TD) sur lequel ils se sont engagés et les taux recalculés intégrant les revalorisations de la base de remboursement de certains actes intervenant pendant la durée du contrat.
- ➔ Ce mécanisme conduit à ce que le médecin signataire ne bénéficie pas directement des revalorisations des tarifs opposables qui sont intégralement neutralisées par une réduction à due concurrence du niveau des dépassements pratiqués. Dès lors, ce dispositif revient à figer les tarifs pratiqués, y compris lorsque les tarifs opposables sont revalorisés.

Exemple

Acte A – Tarif opposable pour les secteurs 1 et les adhérents au CAS revalorisé de 100 € à 120 €:

- ✓ Si le médecin facturait cet acte 150 € avant la revalorisation (100 € + 50 € de dépassement à la charge de l'assuré), il avait un engagement de taux de dépassement de 50 %.

Tarif facturé	Base remboursement	Dépassement à charge de l'assuré	Taux de dépassement
150 €	100 €	50 €	50 %

- ✓ **En l'absence d'avenant**, avec l'augmentation de la base de remboursement, le médecin pourrait augmenter son tarif à 170 € (120 € + 50 € de dépassement) tout en respectant ses engagements contractuels (*taux de dépassement de 42 % avec un objectif de 50%*) ce qui aurait pour conséquence de ne pas réduire le dépassement à la charge du patient (*maintenu à 50€*).

Tarif facturé	Base remboursement	Dépassement à charge de l'assuré	Taux de dépassement
170 €	120 €	50 €	42 %

- ✓ **Avec l'avenant**, l'engagement en matière de taux de dépassement du médecin passe à 25 %. En conséquence, en maintenant son tarif à 150 €, le dépassement restant à la charge de son patient n'est plus que de 30 €.

Tarif facturé	Base remboursement	Dépassement à charge de l'assuré	Taux de dépassement
150 €	120 €	30 €	25 %

Les propositions de l'UNCAM pour renforcer l'attractivité du dispositif

- ❑ **Mettre en place un partage plus équilibré des gains liés aux revalorisations des actes à tarifs opposables pendant la durée du contrat :**
 - L'évolution proposée consiste à maintenir un mécanisme conduisant à ce que les hausses des tarifs opposables se traduisent par une baisse du taux de dépassements d'honoraires, afin de pouvoir améliorer les conditions de remboursement des assurés.
 - Pour autant, un mécanisme de partage des effets des revalorisations des tarifs opposables pourrait être introduit afin qu'une partie de ces revalorisations bénéficie au médecin signataire. Cette part devrait être inférieure à la moitié.
 - Il s'agirait de proposer dans l'avenant au contrat une réduction du taux de dépassement calculé en défalquant du montant des dépassements une partie seulement du montant des revalorisations et non la totalité comme actuellement.
 - Cet assouplissement permettrait aux adhérents de ne pas voir leurs tarifs figés tout en réduisant leur taux de dépassement pour améliorer aussi la prise en charge des patients.

- ❑ **Renforcer le caractère optionnel et réversible de l'adhésion au contrat**
 - Passer à un contrat renouvelable tacitement chaque année pour afficher plus visiblement la possibilité déjà existante de sortie durant la durée du contrat (*actuellement sortie volontaire du médecin à chaque date anniversaire du contrat et au moment de la proposition d'avenant intervenant pour appliquer la baisse du taux de dépassement en cas de hausse tarifaire intervenue*).

□ Réfléchir à des mesures pour faire évoluer le mode de rémunération

- mettre en place une dégressivité du montant de l'aide versée dû en fonction de l'écart aux engagements contractuels pour éviter « le tout ou rien » actuel qui conduit à ne verser aucune rémunération dès lors qu'il est constaté un non respect des engagements (arrondi à un point).
- un tel mécanisme permettrait de valoriser l'adhésion de manière dégressive pour les médecins ayant un faible écart avec leurs engagements (*pour information environ 900 contestations de médecins sont remontées chaque année à la CNAMTS qui pour la plupart ont des écarts très faibles par rapport à leur engagements, moins de 3 points en cumulé sur leurs 2 taux d'engagement*).
- Le calcul de la rémunération liée au contrat (au-delà des revalorisations et des rémunérations forfaitaires dont bénéficient les adhérents) par une participation à la prise en charge des cotisations sociales conduit à faire dépendre le calcul de la remontée des informations des organismes de recouvrement sur les assiettes de cotisations ; ainsi le paiement de la participation aux cotisations sociales n'intervient actuellement qu'en avril/mai de l'année N+2 alors que la vérification du respect des engagements au titre de l'année N intervient dès juin de l'année N+1.

Participation aux cotisations sociales et réflexion sur l'évolution de la rémunération

- ❑ **Rappel des formules de calcul pour le calcul de la participation aux cotisations sociales**
 - Prise en charge (PEC) de la cotisation maladie :
 - Si affiliation aux PAMC : $PEC \text{ cotisation maladie} = 9,7\% \times \text{assiette maladie} \times \text{Part des honoraires réalisés aux tarifs opposables (sans aucun dépassement)}$
 - Si affiliation au RSI : $PEC \text{ cotisation maladie} = 6,5\% \times \text{assiette maladie} \times \text{Part des honoraires réalisés aux tarifs opposables (sans aucun dépassement)}$
 - Prise en charge(PEC) de la cotisation famille :
 - Si l'assiette famille est inférieure au PSS (Plafond de la sécurité sociale) alors : $PEC \text{ cotisation famille} = \text{assiette famille} \times 5\% \times \text{Part des honoraires réalisés aux tarifs opposables (sans aucun dépassement)}$.
 - Si l'assiette famille est supérieure ou égale au PSS (Plafond de la sécurité sociale) alors : $PEC \text{ cotisation famille} = [5\% \text{ du PSS} + (\text{assiette} - \text{PSS}) \times 2,9\%] \times \text{Part des honoraires réalisés aux tarifs opposables (sans aucun dépassement)}$.
 - Prise en charge (PEC) de la cotisation vieillesse :
 - $PEC \text{ cotisation vieillesse} = 2/3 \times \text{Cotisation vieillesse} \times \text{Part des honoraires réalisés aux tarifs opposables (sans aucun dépassement)}$.
 - Les formules de calcul intègrent la proratisation en fonction de la durée dans le contrat au cours de l'année civile de référence.
- ❑ **Une réflexion pourrait être menée pour que la rémunération ne dépende plus de l'information sur les assiettes de cotisations pour le calcul du gain du contrat ; plusieurs pistes envisageables : l'une d'entre elles serait de fonder le calcul sur les honoraires à tarif opposable, tout en respectant les spécificités de chaque spécialité.**

- ❑ **Autres pistes de réflexion, notamment pour les spécialités exerçant en établissement :**
 - Si les médecins le souhaitent, définir des taux d'engagement dans le contrat au niveau du groupe (et pas au regard de la pratique tarifaire de chacun des membres) notamment pour les médecins exerçant dans les cliniques et ayant une pratique tarifaire commune, tout en conservant le principe d'un contrat individuel (suivi du respect des engagements au niveau de chaque médecin).
 - Mettre en place une procédure particulière pour prendre en compte l'activité réalisée à tarifs opposables dans le cadre des contrats d'exercice libéral dans les établissements de type ESPIC pour les médecins ayant une activité mixte : prise en compte de cette activité à la fois pour le suivi du respect des engagements et pour le calcul du gain du contrat.