

2 0 1 6

# CISS PRATIQUE

— C.9.1 —

## SÉCURITÉ SOCIALE

# L'EXERCICE LIBÉRAL DE LA MÉDECINE

### HONORAIRES MÉDICAUX ET TAUX DE PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE

#### DE QUOI S'AGIT-IL ?

Les relations entre l'Assurance maladie et les professionnels de santé libéraux s'inscrivent dans un cadre conventionnel. Les prestations des médecins libéraux « conventionnés » sont remboursées par la Sécurité sociale suivant un tarif fixé.

Il existe différents secteurs conventionnels dont les principaux sont les secteurs 1 et 2.

**Un médecin en secteur 1** ou à honoraires opposables respecte les tarifs fixés par la Sécurité sociale. Il ne peut facturer de dépassement d'honoraires qu'à titre exceptionnel, en cas d'une exigence particulière du patient (DE).

**Un médecin en secteur 2** ou à honoraires « différents » a choisi de fixer lui-même ses honoraires.

Le prix des consultations et des actes médicaux dépend donc du secteur d'activité du médecin. En secteur 2, des dépassements d'honoraires, parfois élevés et pas toujours couverts par les garanties des complémentaires santé, peuvent être facturés aux patients alors qu'en secteur 1, les tarifs médicaux sont fixés par la Sécurité sociale.

Enfin, les médecins « non conventionnés » sont l'exception, leurs honoraires ne sont remboursés qu'à un taux symbolique.

#### CE QU'IL FAUT SAVOIR

La France n'a jamais compté autant de médecins et le nombre de médecins actifs a doublé en 35 ans. Au 1<sup>er</sup> janvier 2015, le tableau de l'Ordre des médecins recense 281 087 médecins, soit +1,7% par rapport à 2014.

198 365 médecins inscrits sont en activité régulière.  
88 750 médecins en activité exercent en libéral (soit 44,7%),  
87 410 médecins sont salariés (soit 44,1%) et 22 079 ont un exercice mixte (soit 11,1%).

En 2012, 75% des médecins libéraux exerçaient en secteur 1. 42% des médecins spécialistes et 6% des généralistes exerçaient en secteur 2.

En 2014, environ 11 000 médecins avaient signé le contrat d'accès aux soins.

Plus de 99% des médecins libéraux sont conventionnés.



## TYPOLOGIE DES RELATIONS CONTRACTUELLES ENTRE L'ASSURANCE MALADIE ET LES MÉDECINS

### • Secteur 1 et Secteur 2

**Secteur 1 :** Le médecin pratique les honoraires fixés dans la Convention, base du remboursement par l'Assurance maladie. Il n'est pas autorisé à les dépasser sauf, à titre exceptionnel, pour exigence particulière du patient (DE pour dépassement exceptionnel).

Cette possibilité de dépassement est ouverte aux médecins de secteur 1 depuis la première convention médicale en 1971 en cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence spécifique du malade. Dans ce cas, le praticien peut facturer un montant supérieur au tarif opposable uniquement pour l'acte principal qu'il a effectué et non pour les frais accessoires. Le praticien fournit au patient toutes les informations nécessaires quant à ce supplément non remboursé par l'Assurance maladie et lui en indique notamment le montant et le motif. L'indication « DE » est portée sur la feuille de soins.

**Secteur 2 :** Le médecin pratique des « honoraires libres ».

Il est autorisé à dépasser le tarif conventionnel avec « tact et mesure » et sa pratique peut faire l'objet d'une appréciation au regard de la notion de « pratique tarifaire excessive ». Le montant du dépassement facturé au-delà du tarif « sécu » n'est pas remboursé par l'Assurance maladie.

### • Les médecins exerçant en secteur 1 mais bénéficiant d'un droit permanent à dépassement (DP)

Dans la première convention de 1971, il était prévu que certains praticiens pouvaient dépasser les tarifs en raison de leur qualité particulière résultant de leurs titres universitaires ou hospitaliers, ou encore en raison d'une « autorité médicale accrue ». Ce droit à dépassement a été fermé par la convention de 1980 : il ne reste ainsi que très peu de médecins encore titulaires de ce droit.

### • Les médecins ayant adhéré au « Contrat d'accès aux soins »

Les médecins de secteur 2, les médecins titulaires du droit à dépassement permanent ainsi que les médecins titulaires des titres visés à l'article 35.1 de la Convention médicale (*ancien chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux dont le statut relève du décret n° 84-135, ancien assistant des hôpitaux dont le statut est régi par les articles R 6152-501 et suivants du Code de la Santé publique ; médecin ou chirurgien des hôpitaux des armées dont le titre relève du décret no 2004-538 du 14 juin 2004 ; praticien hospitalier nommé à titre permanent dont le statut relève des articles R 6152-1 et suivants du Code de la Santé publique ; praticien des hôpitaux à temps partiel comptant au minimum cinq années d'exercice dans ces fonctions et dont le statut relève des articles R 6152-201 et suivants du Code de la Santé publique*) peuvent adhérer au contrat d'accès aux soins.

Les soins réalisés par les médecins qui adhèrent au contrat d'accès aux soins bénéficient de remboursements identiques à ceux en vigueur dans le secteur à honoraires opposables.

En adhérant au contrat d'accès aux soins, le médecin s'engage à ne pas augmenter sa pratique tarifaire et à respecter le taux de dépassement moyen constaté en 2012. En tout état de cause, son taux de dépassement ne peut être supérieur à 100 % du tarif opposable (soit 2 fois le « tarif sécu »).

Le contrat comporte, par ailleurs, le pourcentage d'activité aux tarifs opposables que le praticien s'engage à respecter. Ce pourcentage, qui inclut les situations d'urgence médicale, les patients à la CMU-C ou disposant de l'attestation de droits à l'ACS, doit être supérieur ou égal à celui constaté pour l'année 2012.

En tout état de cause, les soins aux bénéficiaires de la CMU-c doivent être gratuits, comme pour les bénéficiaires de l'ACS à compter du 1er juillet 2015. La facturation des soins, avec ou sans dépassement d'honoraire, est assimilée à un refus de soins passible de sanction (voir sur ce sujet, la fiche CISS pratique A.10, toujours disponible sur l'ancienne numérotation FP n°8 – Refus de soins aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'AME et de l'ACS).

L'adhésion au contrat d'accès aux soins est valable pour une durée de trois ans.

Le nombre de médecins adhérents à ce contrat atteint près de 11.000 en juin 2014.

### • Les médecins exerçant hors convention

Tout médecin peut choisir d'exercer « hors convention ». Il est courant de dire que ces médecins exercent en « secteur 3 ».

Que ce soit au moment de l'installation ou au cours de son exercice normal, libéral, hospitalier avec secteur privé, tout médecin a le choix du secteur hors convention.

Les médecins exerçant en dehors du système conventionnel sont environ 500.

S'ils disposent de la liberté tarifaire, ils doivent toutefois respecter le tact et mesure dans le respect du Code de déontologie médicale et des recommandations de bonnes pratiques médicales édictées par la Haute Autorité de santé.

Le patient devra régler les actes réalisés par un praticien non conventionné. **Un remboursement par la Sécurité sociale intervient** mais il est basé sur un tarif d'autorité fixé à 0,98 €. **Bien que très faible**, ce remboursement présente l'avantage de déclencher l'intervention éventuelle de la complémentaire santé du patient qui en dispose.

**Il est possible de connaître le secteur d'activité dans lequel est inscrit tout médecin conventionné avec l'Assurance maladie, et également de savoir si celui-ci a adhéré au contrat d'accès aux soins sur le site de l'Assurance maladie :**

<http://ameli-direct.ameli.fr/>.

## PRISE EN CHARGE DES COTISATIONS SOCIALES DES MÉDECINS CONVENTIONNÉS ET RÉMUNÉRATION À LA PERFORMANCE

- **L'Assurance maladie paie une part importante des cotisations sociales des médecins sur la part de leur activité facturée au « tarif sécu ».**

Selon la Cour des comptes (rapport de septembre 2012), cette participation de l'Assurance maladie représente une part conséquente des revenus des seuls médecins du secteur 1 : 17,2 % en 2008 dans le cas des généralistes et près de 16 % dans celui des spécialistes.

Constituant 34 % de l'ensemble des professionnels libéraux de santé éligibles à celle-ci, ils ont été destinataires, en 2010, de 61 % de l'effort global à ce titre de l'Assurance maladie (1,2 Md€). De fait, les médecins concernés bénéficient d'une prise en charge des cotisations d'allocations familiales au titre de l'Allocation Supplémentaire de Vieillesse, d'une prise en charge aux deux tiers du forfait le plus élevé des professions de santé.

Les médecins de secteur 2 sont également éligibles à ces prises en charge, mais uniquement sur la base de leur activité facturée au « tarif sécu », notamment dans le cadre du contrat d'accès aux soins.

- **La rémunération à la performance des médecins**

La Convention médicale ajoute à la structure de rémunération des médecins un volet récompensant la performance en fonction de l'atteinte d'objectifs « de santé publique ».

Si le paiement à l'acte reste le socle de la rémunération des médecins, la nouvelle convention marque une évolution vers un mode de rémunération mixte qui comporte

trois piliers : l'acte, le forfait et une rémunération à la performance sur objectifs de santé publique.

Le dispositif repose sur le suivi d'indicateurs gradués en nombre de points, portant sur deux volets :

- l'un visant à améliorer l'organisation du cabinet et la qualité du service (400 points).
- l'autre permettant d'améliorer la qualité de la pratique : objectifs de santé publique (900 points).

La rémunération à la performance tient compte à la fois de l'atteinte des objectifs mais aussi des progrès accomplis. Pour chaque indicateur, sont définis un taux de départ, un objectif intermédiaire et un objectif cible, communs à l'ensemble des médecins.

En 2014, la rémunération moyenne à la performance varie de 1 129 euros pour les spécialistes à 6 264 euros pour les généralistes. La rémunération moyenne s'établit à 4 215 euros.

## COMMENT ÇA MARCHE ?

### 1

#### LES DIFFÉRENTS NIVEAUX DE REMBOURSEMENT

Le montant des remboursements des consultations médicales par la Sécurité sociale varie en fonction du respect par l'assuré du parcours de soins coordonnés, c'est à dire qu'il diffère selon que le patient a été orienté par son médecin traitant désigné ou qu'il consulte directement un autre médecin.

Pour plus d'informations sur le parcours de soins, se reporter à la fiche CISS pratique C.7, toujours disponible sur l'ancienne numérotation FP n°13 – Le parcours de soins.

Tous les tarifs de consultations et taux de remboursement sont

consultables sur le site Internet de l'Assurance maladie :

[www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/consultations/index.php](http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/consultations/index.php)

**Les soins réalisés par les médecins qui adhèrent au nouveau contrat d'accès aux soins bénéficient des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur 1.**

D'autres tarifications existent pour les médecins « correspondants », c'est-à-dire ceux vers lesquels le médecin traitant oriente son patient soit pour un avis ponctuel soit pour un suivi régulier.

### 2

#### LES MAJORATIONS D'HONORAIRES

Dans certains cas, les médecins libéraux sont autorisés à facturer des majorations d'honoraires.

Pour toutes ces consultations majorées, la Sécurité sociale rembourse au patient 70% du tarif total de la consultation (C + majoration). Pour consulter les tarifs des honoraires, rémunérations,

majorations et frais accessoires des médecins généralistes et spécialistes, il convient de se référer à l'Annexe I de la Convention médicale du 26 juillet 2011, accessible au lien ci-dessous : [www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medecins-convention-annexes-version\\_consolidée-avenant2.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medecins-convention-annexes-version_consolidée-avenant2.pdf)

### 3

#### LES LIMITES À LA LIBERTÉ TARIFAIRE DES MÉDECINS EXERÇANT EN SECTEUR 2

##### La notion de « pratique tarifaire excessive »

L'appréciation du caractère excessif de la pratique tarifaire des médecins exerçant en secteur 2 ou titulaires du droit à dépassement permanent s'effectue au regard de tout ou partie des critères suivants :

- le rapport entre la somme des honoraires facturés aux assurés sociaux au-delà du tarif opposable et la somme des tarifs opposables des soins délivrés par le médecin : taux de dépassement ;
- le taux de croissance annuel du taux de dépassement ;
- la fréquence des actes avec dépassements et la variabilité des honoraires pratiqués ;
- le dépassement moyen annuel par patient.

Lorsque le taux de dépassement est utilisé comme critère de sélection, le seuil de déclenchement pour engager la procédure sur les pratiques tarifaires excessives est fixé à 150 % du tarif

opposable (soit 2,5 fois le tarif « sécu »), ce taux étant calculé en moyenne (la valeur repère de 150 % du taux de dépassement peut toutefois être modulée à la hausse dans les départements des Hauts-de-Seine, de Paris et du Rhône).

L'appréciation tient compte, par ailleurs, des éléments suivants :

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

##### La limite du tact et de la mesure

Les médecins doivent fixer le montant de leurs honoraires avec tact et mesure.

L'article R4127-53 Code de la Santé publique, tiré du Code de

déontologie médicale, dispose que « les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières ». Il n'existe pas de définition législative ou réglementaire du « tact et mesure ». Les critères retenus le plus souvent par la jurisprudence pour déterminer que des dépassements sont contraires au tact et à la mesure sont le caractère systématique du dépassement, un montant du dépassement non justifié par la notoriété du praticien, la complexité de l'acte, la valeur du service rendu ou encore la situation financière du patient.

### L'interdiction de facturer des dépassements d'honoraires dans certains cas

Il est interdit à tout médecin de facturer un dépassement d'honoraires à un patient :

- qui le consulte en urgence (y compris dans un établissement de santé privé). Cette interdiction s'étend aux chirurgiens qui opèrent en urgence ;
- bénéficiaire de la CMU-C ou de l'ACS sauf en cas d'exigence particulière du patient (dépassement exceptionnel) ou de consultation en dehors du parcours de soins coordonnés (dépassement autorisé).

4

## LES VOIES DE RECOURS EN CAS DE PRATIQUE TARIFAIRE EXCESSIVE OU NON RESPECT DU TACT ET DE LA MESURE

### Signalement au directeur de la Caisse primaire d'Assurance maladie ou de la Caisse générale de Sécurité Sociale

Après le respect d'une procédure strictement prévue par l'article 3 de l'annexe XXII de la Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie du 26 juillet 2011, il pourra prononcer des sanctions à l'encontre du médecin mis en cause pouvant aller de la suspension de la participation des caisses à la prise en charge de ses avantages sociaux, à la suspension du droit permanent à dépassement ou du droit à pratiquer des dépassements d'honoraires, jusqu'au déconventionnement.

### Saisine le Conseil départemental de l'Ordre des médecins

Aux termes de l'article 53 du Code de déontologie médicale, « les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et

mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières ».

Selon l'Ordre des médecins, si un médecin exerçant en secteur 2 peut déterminer librement ses honoraires, il doit le faire avec « tact et mesure », en tenant compte de la situation financière du patient et éventuellement de circonstances particulières.

Le médecin mis en cause peut encourir une sanction disciplinaire pour honoraires abusifs.

Par ailleurs, il n'a pas le droit d'abaisser ses honoraires au-dessous des tarifs conventionnels dans un but de concurrence (article 67 du Code de déontologie) mais il peut toujours donner ses soins gratuitement.

## POSITIONS DU CISS

Les dépassements d'honoraires représentent un frein à l'accès aux soins pour de nombreux usagers qui n'ont pas les moyens de les financer directement ou indirectement, par l'adhésion à une complémentaire santé.

Le montant des dépassements d'honoraires a doublé en quinze ans et atteint parfois des niveaux tels qu'une sélection des patients s'opère souvent par l'argent.

Le taux de 150% de dépassement par rapport au « tarif sécu » n'est qu'un repère retenu pour l'appréciation de la « pratique tarifaire excessive », une moyenne examinée sur une période. Autrement dit, la part d'activité libérale pratiquée au « tarif sécu » (urgences, CMU-C, ACS) pourra tout-à-fait compenser des dépassements supérieurs à 150% facturés aux autres patients sans

que la procédure de sanction ne soit déclenchée.

Le taux fixé à 100% pour les médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins présente les mêmes défauts. Mais il faut en outre noter que la procédure de sanction détaillée en cas de pratique tarifaire excessive n'a pas vocation à s'appliquer dans le cas où le médecin adhérent au contrat d'accès aux soins ne respecterait pas ses engagements. Selon quelle procédure seront donc examinés les éventuels manquements ?

Le CISS est favorable à la substitution progressive du paiement à l'acte des médecins par une rémunération forfaitaire, plus en lien avec la complexité de leur exercice et les exigences de la prise en charge des maladies chroniques.

## TEXTES DE RÉFÉRENCE

- Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie signée le 26 juillet 2011 ;
- Arrêté du 29 novembre 2012 portant approbation de l'avenant n° 8 à la Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie signée le 26 juillet 2011 ;
- Arrêté du 21 mars 2012 pris en application de l'article 56 de la loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;
- Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP).

### EN SAVOIR PLUS

#### Santé Info Droits 01 53 62 40 30

La ligne d'information et d'orientation du CISS sur toutes les problématiques juridiques et sociales liées à l'état de santé.

**Lundi, mercredi, vendredi : 14h-18h. Mardi, jeudi : 14h-20h**

*Vous pouvez également poser vos questions en ligne sur [www.leciss.org/sante-info-droits](http://www.leciss.org/sante-info-droits).*



#### Site Internet de l'Assurance maladie - [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

Le site de l'Assurance maladie met notamment en ligne un annuaire des professionnels de santé (par ville, par secteur conventionnel, par spécialité) et permet ainsi d'en connaître les tarifs. Le site permet également d'accéder à ses données personnelles de remboursement par la création d'un compte individuel.

**Fiche A.9** (toujours disponible sur l'ancienne numérotation FP n° 10) - La procédure disciplinaire devant les ordres des professions de santé

**Fiche A.10** (toujours disponible sur l'ancienne numérotation FP n° 8) - Refus de soins aux bénéficiaires de la CMU complémentaire, de l'Aide médicale d'Etat et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé

**Fiche C.6** (toujours disponible sur l'ancienne numérotation FP n° 17), Forfaits et franchises

**Fiche C.7** (toujours disponible sur l'ancienne numérotation FP n° 13) - Parcours de soins

### EVALUEZ LA DOCUMENTATION DU CISS !

N'hésitez pas à le remplir, votre retour est essentiel !

Afin de mieux adapter nos publications à vos besoins nous avons mis en place un formulaire d'évaluation de la documentation du CISS disponible en ligne à l'adresse suivante :

<http://www.leciss.org/publications-documentation/evaluer-notre-doc>