

---

# DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

---



30 octobre 2012

## Un premier coup d'arrêt

Avenant n°8 à la convention nationale  
signé le 25 octobre 2012

### ► POURQUOI LA MUTUALITÉ FRANÇAISE A ACCEPTÉ QUE L'UNOCAM SIGNE L'ACCORD ?

Depuis 32 ans, les dépassements d'honoraires ne cessent d'augmenter entraînant de véritables difficultés d'accès aux soins. Pour limiter les restes à charge, la Mutualité Française s'est depuis toujours prononcée pour le retour à terme à des tarifs opposables et dans l'immédiat pour une maîtrise des dépassements d'honoraires des médecins de secteur 2 en alertant notamment sur les risques croissants de renoncement aux soins.

Aujourd'hui, une forte majorité de la population manifeste à la fois son opposition aux dépassements d'honoraires et son scepticisme vis-à-vis d'un changement concret et rapide.

La Mutualité s'est engagée, à travers l'UNOCAM, dans un accord conventionnel qui peut permettre, pour la première fois, de diminuer les dépassements d'honoraires. C'est une perspective nouvelle qui devrait améliorer concrètement l'accès aux soins.

### **Un accord favorable aux tarifs opposables...**

L'accord favorise un rééquilibrage progressif des tarifs au profit des médecins exerçant en secteur à honoraires opposables<sup>1</sup> et des médecins adhérant au contrat d'accès aux soins.

Dans ce sens, 550 millions d'euros d'augmentation de tarifs et de nouveaux forfaits sont prévus par l'accord.

Ainsi, dans la suite de la convention médicale de 2011, l'accord apporte un effort supplémentaire de revalorisation de tarifs et rend possible un changement réel sans laisser de côté les 75 % de médecins de secteur 1 qui pratiquent quotidiennement la médecine sans dépassement d'honoraires.

1 - c'est-à-dire conformes aux tarifs de la Sécurité sociale, donc sans dépassement.

### **...qui diminue les dépassements d'honoraires...**

Cet accord est une première marche essentielle pour aller vers une modernisation des modes de rémunération de la médecine ambulatoire. En mettant en place un dispositif qui permet peu à peu de remplacer des dépassements d'honoraires par des tarifs remboursables revalorisés, il doit permettre de diminuer progressivement les dépassements d'honoraires pour revenir à des tarifs opposables réévalués.

### **...sans les solvabiliser puisqu'il n'y a aucune obligation de remboursement des dépassements par les complémentaires santé.**

Lorsque les garanties le prévoient, les mutuelles sont invitées à prendre en charge de manière privilégiée les dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins.

Mettre fin à l'illusion de pouvoir rembourser des dépassements d'honoraires non maîtrisés témoigne d'un changement de logique qui seul peut permettre de courir derrière les dépassements en constante augmentation et de diminuer ainsi le reste à charge pour les patients.

Le « zéro renoncement » aux soins pour les assurés sociaux, tel est notre objectif.

## **► QUE PRÉVOIT CET ACCORD ?**

### **Des dépassements maîtrisés grâce à la création d'un contrat d'accès aux soins pour les médecins de secteur 2.**

Les praticiens qui adhèrent à ce contrat, pour une durée de trois ans, s'engagent à diminuer leurs dépassements d'honoraires à due proportion des revalorisations tarifaires à venir.

### **La revalorisation des tarifs du secteur 1 et de nouveaux modes de rémunération.**

L'accord prévoit que les revalorisations tarifaires et l'instauration de nouveaux forfaits soient réservés aux médecins du secteur 1 mais aussi aux médecins de secteur 2 ayant adhéré au contrat d'accès aux soins. Au-delà de leur intervention financière mécanique sur le ticket modérateur, les organismes complémentaires ont voulu apporter un financement supplémentaire de 150 millions d'euros sur trois ans à ces mesures de revalorisations tarifaires.

Au total sur 3 ans, avec l'intervention du régime obligatoire et du régime complémentaire, la rémunération des médecins du secteur 1 et ceux optant pour le contrat d'accès aux soins s'en trouve revalorisée de 550 millions d'euros.

### **Une volonté d'apprécier et de sanctionner les pratiques abusives.**

La notion de « tact et mesure » pour fixer les tarifs n'est plus d'actualité. Un tarif sera jugé excessif dès lors qu'il dépassera 150 % du tarif opposable. Mais le repérage de ce seul tarif ne suffira pas à qualifier une pratique d'abusives. En effet, ce seuil sera pondéré par différents critères : fréquence des actes, volume global d'activité, lieu d'implantation. C'est sur ces bases que des sanctions pourraient être prononcées.

### **Un observatoire des pratiques tarifaires.**

Pour vérifier que les objectifs de l'accord sont atteints, un observatoire s'attachera à définir dès le départ des indicateurs de suivi fiables. Composé de médecins, d'experts, des complémentaires santé, des associations..., cet observatoire devra suivre la mise en œuvre du contrat et des pratiques tarifaires. Si le pari de la diminution effective des dépassements d'honoraires n'est pas gagné à la fin des 3 ans, la Mutualité Française demandera la fin du contrat d'accès aux soins et la mise en place d'autres mesures de régulation.

### **La rémunération du temps consacré à une meilleure coordination des soins.**

Pour favoriser le maintien à domicile et limiter le recours à l'hospitalisation, une consultation de suivi de sortie d'hospitalisation sera créée.

## **► QU'EN PENSENT LES FRANÇAIS ?**

Une majorité de Français soutient l'accord signé sur les dépassements d'honoraires des médecins, selon un sondage BVA réalisé publié le 14 novembre 2012.

Ils estiment également que le mouvement de grève illimitée des praticiens libéraux n'est pas justifié (pour 64 % d'entre eux).

58 % des personnes interrogées estiment qu'il s'agit « plutôt » d'un bon accord, alors que 40 % pensent l'inverse.

*L'enquête a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 955 personnes âgées d'au moins 18 ans.*