



INTER SYNDICALE NATIONALE
AUTONOME REPRÉSENTATIVE
DES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Comprendre les secteurs de conventionnement et les enjeux des négociations

*Guide pratique
à l'usage des internes*

Septembre 2012
Mise à jour janvier 2017

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	4
2. HISTORIQUE	4
2.1. L'Assurance Maladie	4
2.2. Les conventions médicales	5
3. LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES : COMMENT SONT-ILS PRATIQUÉS ?	8
3.1. Une pratique occasionnelle pour les médecins en secteur 1	8
3.2. Une pratique régulière pour les médecins ayant un droit permanent à dépassement ou les médecins du secteur 2	8
3.3. Des tarifs libres pour les médecins non conventionnés	9
3.4. Le cas particulier des médecins hospitaliers avec secteur privé à l'hôpital	9
4. MEDECIN CONVENTIONNÉ : QUELLES SONT LES CLAUSES DU CONTRAT PASSÉ AVEC L'UNCAM ?	10
4.1. Définition	10
4.2. Introduction	10
4.3. Médecin appliquant des tarifs opposables	10
▪ À quoi s'engage le médecin ?	10
▪ À quoi s'engage la CNAM vis à vis des médecins conventionnés exerçant en secteur à honoraires opposables ?	10
4.4. Droit permanent à dépassement	11
▪ Qui peut y prétendre ?	11
▪ À quoi s'engage le médecin ?	11
▪ À quoi s'engage la CNAM ?	11
4.5. Maîtriser les dépassements d'honoraires permanents pour un meilleur accès aux soins : secteur optionnel	11
5. ANNEXES	12
5.1 Définitions : Médecin Traitant et Médecin Correspondant	12
5.2 Evolution des consultations et revalorisations	14
6. Bibliographie	15

1. INTRODUCTION

Pourquoi ce guide ?

Les notions de « secteurs 1 et 2 », « négociations conventionnelles » et « dépassement d'honoraires » sont souvent utilisées à mauvais escient dans les discussions sur l'accès aux soins. Il est indispensable que les futurs médecins que nous sommes comprenions précisément de quoi il s'agit pour pouvoir l'expliquer et de ne pas véhiculer de fausses idées.

D'une manière beaucoup plus concrète, nous devons connaître les modalités de la convention médicale pour maîtriser les droits et devoirs des médecins conventionnés. Enfin pour nos futurs patients nous nous devons d'être à l'aise avec ce sujet afin de leur fournir l'information à laquelle ils ont droit.

Avec la rédaction de ce guide, qui rassemble des informations primordiales et simples, l'objectif est de vous donner les clés pour comprendre les enjeux des négociations conventionnelles et vous guider dans vos réflexions sur le sujet.

2. HISTORIQUE

2.1. L'Assurance Maladie¹

Depuis 1945, l'Assurance Maladie s'est construite sur trois principes fondamentaux : **l'égalité d'accès aux soins, la qualité des soins et la solidarité.**

À l'origine réservé aux salariés et à leur famille, le régime général de l'Assurance Maladie s'est progressivement élargi à d'autres catégories de la population (jeunes libérés du service militaire, femmes divorcées ne travaillant pas, anciens détenus, etc.). L'Assurance Maladie permet ainsi à chacun de se faire soigner selon ses besoins, quels que soient son âge et son niveau de ressources.

Quelques dates clés...

1945 : Création de la Sécurité sociale :

- Fondation du régime général de la Sécurité sociale ;
- Affirmation du caractère obligatoire de la protection contre les risques vieillesse, maladie, maternité, accident du travail, charge de famille pour les salariés du commerce et de l'industrie.

1967 : Création des trois caisses nationales de Sécurité Sociale et d'une agence centrale :

- Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) ;
- Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés (CNAVTS) ;
- Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF) ;
- Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (ACOSS) assurant la gestion commune des ressources du régime.

1996 : Plan de réforme de la Sécurité sociale :

- Objectif de création d'un « Régime universel d'Assurance Maladie » permettant l'ouverture automatique du droit à la Sécurité Sociale à toute personne âgée de plus de 18 ans résidant régulièrement sur le territoire français ;
- Modification dans la gestion des caisses d'Assurance Maladie avec, notamment, le retour du paritarisme au sein des Conseils d'Administration ;
- Maîtrise des dépenses de soins ;
- Réforme de l'hospitalisation publique et privée ;
- Création de la Contribution au Remboursement de la Dette Sociale (CRDS) applicable aux revenus d'activité, de remplacement, du patrimoine, de placement, ainsi qu'à d'autres revenus tels que les jeux de hasard, les paris hippiques et les casinos.

¹ Source Ameli.fr, [histoire de l'assurance maladie](#).

2000 : Création de la Couverture Maladie Universelle (CMU). Diffusion de la Carte Vitale personnelle pour les ayants droit âgés de 16 ans et plus.

2004 : La loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie redéfinit l'organisation de l'offre de soins, de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, et des instances dirigeantes de la CNAMTS. En parallèle, cette loi permet la création de l'UNCAM² qui regroupe les trois principaux régimes d'Assurance Maladie : le Régime Général d'Assurance Maladie, la Mutualité Sociale Agricole (MSA) et le Régime Social des Indépendants (RSI).

2.2. Les conventions médicales

L'histoire des conventions médicales est avant tout celle des tarifs des actes médicaux depuis 50 ans. Fruits d'une négociation entre l'Assurance Maladie et les syndicats représentatifs des médecins libéraux, ces tarifs conventionnels supposent des engagements réciproques susceptibles de concilier exercice libéral de la médecine et Assurance Maladie obligatoire. La première convention nationale de 1971 est ainsi née d'un accord où les médecins se voyaient confier une mission de service public dans la délivrance des soins ambulatoires tandis que l'Assurance Maladie y trouvait une forme de garantie d'accès aux soins égal pour les assurés.

La loi n° 71-525 du 03 février 1971 « *introduisant dans le Code de la Sécurité Sociale les principes de la convention nationale liant les syndicats médicaux représentatifs et les caisses d'Assurance maladie* » fixe les règles régissant les rapports entre chacune des professions de santé et les caisses sous formes de conventions nationales passées entre les caisses nationales (CNAM³, CANAM⁴, MSA⁵) et les syndicats définis comme représentatifs des professions concernées. Les conventions sont pluriannuelles, habituellement renouvelées tous les cinq ans, mais font l'objet d'avenants fréquents.

Quelques dates clés...

1971-1975 : 1^{ère} convention médicale, elle établit les tarifs conventionnels nationaux de la nomenclature des actes.

1976-1980 : 2^{ème} convention médicale.

1980-1985 : Signature de la 3^{ème} convention le 29 mai 1980.

Dans un contexte d'explosion démographique du corps médical mais aussi de faible croissance du PIB⁶ et de forte augmentation du chômage, le gouvernement se fixe un double objectif : freiner la progression des dépenses de santé (en évitant d'augmenter les tarifs conventionnels) tout en permettant la revalorisation des revenus des médecins. C'est alors que sont créés deux secteurs conventionnels :

- Le secteur 1 dans lequel les médecins s'engagent à respecter les tarifs conventionnels ;
- Le secteur 2 composé de médecins qui souhaitent fixer librement leurs honoraires. En contrepartie, les médecins optant pour le secteur 2 renoncent aux avantages sociaux.

1985-1989 : 4^{ème} convention médicale.

1990- 1992 : Signature de la 5^{ème} convention médicale le 9 mars 1990 ayant pour conséquence le gel du secteur 2 sauf pour les anciens chefs de clinique qui se sont installés après le 1^{er} décembre 1989.

Cette convention est annulée le 10 juillet 1992 par le Conseil d'Etat en raison de l'illégalité de l'arrêté ministériel d'approbation.

² Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

³ Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

⁴ Caisse Nationale d'Assurance Maladie des professions indépendantes

⁵ Mutualité Sociale Agricole

⁶ Produit Intérieur Brut

1993 : La loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'Assurance Maladie, dite « loi de TEULADE » tente de mettre en place les bases d'un dispositif de maîtrise de l'évolution des dépenses de santé :

- Fixation des objectifs prévisionnels annuels ou objectifs quantifiés nationaux avec sanction si non respect ;
- Application des références médicales nationales opposables à chaque médecin ;
- Mise en œuvre de contrats locaux de maîtrise des dépenses, dans chaque circonscription de caisse ;
- Système d'information avec codage des actes médicaux, des prescriptions et des pathologies ;
- Apparition de la notion de « dossier médical » ;
- Création des unions professionnelles (URML⁷) devant contribuer à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins.

Le 21 octobre 1993 : Signature d'une nouvelle convention mettant en œuvre la loi TEULADE.

1996 : L'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 « relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins » rend caduque la majorité des règles conventionnelles.

12 mars 1997 : Adoption de deux conventions distinctes (généralistes/spécialistes) qui précisent les conditions de mise en œuvre des dispositions issues de l'ordonnance de 1996.

Points importants :

- Création d'une option conventionnelle pour assurer la coordination des soins dans le cadre des filières de soins ;
- Définition des recommandations et des références professionnelles. Sanctions applicables en cas de non respect par les médecins.
- Apparition de la notion de médecin référent par option conventionnelle

À l'été 1998 les conventions des spécialistes et des généralistes sont annulées par le Conseil d'Etat. Un règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale est publié par arrêté en juillet 1998.

1998-2005 : L'arrêté du 4 décembre 1998 porte approbation de la convention nationale des médecins généralistes.

Points importants :

- Reprend les grandes lignes de l'option conventionnelle : médecin référent ;
- Transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge ;
- Maîtrise médicalisée des dépenses.

Pour les médecins spécialistes⁸, aucun accord n'a été signé.

Cette convention prévoyait par ailleurs des sanctions pour réguler les dépenses de médecine de ville. Cette disposition a été annulée par le Conseil d'Etat.

2005 : La convention médicale (généralistes/spécialistes) du 12 janvier 2005 et ses avenants.

Points importants :

Instauration d'une rémunération spécifique RMT (Rémunération du Médecin Traitant) fixée à 40 € pour les médecins (ayant signé la convention) pour chaque patient atteint d'une affection de longue durée. Un avenant met en place la procédure de dispense d'avance de frais pour les assurés et leurs ayants droit qui bénéficient du droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. L'avenant 20 en mars 2007 crée une option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des médecins généralistes en zones déficitaires.

⁷ Union Régional des Médecins Libéraux

⁸ L'internant de médecine générale n'existant que depuis 2004, jusqu'en 2007, il n'y a pas de médecins spécialistes diplômés en médecine générale.

2010 : Les syndicats de médecin libéraux et les caisses d'Assurance Maladie ne parviennent pas à se mettre d'accord sur une convention. Il y a donc un règlement arbitral du 5 mai 2010 qui organise les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie en l'absence de convention médicale.

Points importants :

- Reconduction de la convention de 2005 ;
- Augmentation du tarif de la consultation des médecins généralistes portée à 23 euros au 1^{er} janvier 2011 ;
- Développement d'un tiers payant social pour les bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ;
- Incitation financière à la télétransmission et à l'utilisation des services en ligne ;
- Fixation d'objectifs de maîtrise médicalisée pour 2010.

2011 : Convention médicale du 26 juillet 2011.

Points importants :

La convention médicale de 2011 réaffirme l'objectif partagé de faire progresser la santé :

- En confortant le rôle du médecin traitant dans le parcours de soins à travers son implication dans la prévention, le traitement, le suivi de ses patients et la coordination des soins. Le médecin traitant assure la synthèse du dossier médical ;
- En valorisant le rôle du médecin correspondant dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés ;
- En définissant des objectifs de santé publique pour améliorer la prise en charge des pathologies chroniques et développer la prévention ;
- En valorisant la prise en charge des pathologies chroniques comme la maladie d'Alzheimer, le diabète insulino-traité, l'insuffisance rénale chronique.

Elle déploie trois grandes priorités qui s'appuient sur des mesures incitatives : renforcer l'accès aux soins, mieux reconnaître la qualité des soins, moderniser et simplifier les conditions d'exercice.

L'avenant 8 est promulgué par arrêté du 29 novembre 2012 après d'âpres discussions entre les partenaires conventionnels et des mouvements de protestation de certains syndicats de médecins libéraux. C'est à cette période qu'est né le mouvement « les médecins ne sont pas des pigeons ». Il vise à encadrer les dépassements d'honoraires avec possibilité de sanctions pour les médecins pratiquant des dépassements excessifs. Il crée également le Contrat d'Accès aux Soins : les médecins y adhérant s'engagent à pratiquer un taux minimal d'actes à tarifs opposables, en contrepartie une partie de leurs charges sociales sont prises en charge par l'Assurance Maladie.

2016 : Convention médicale du 26 août 2016

Après plusieurs mois de discussions, elle a finalement été signée par 3 des 5 syndicats de médecins libéraux : MG-France, le BLOC et la FMF⁹. Les structures représentatives des jeunes et futurs médecins (ANEMF¹⁰, ISNAR-IMG¹¹, ISNI¹², SNJMG¹³, ISNCCA¹⁴ et ReAGJIR¹⁵), qui sont concertées de droit sur les questions relatives aux mesures d'adaptation des médecins sur le territoire, demandent un statut d'observateurs indépendants pour siéger lors de toutes les séances de négociations sans avoir à intégrer une délégation de syndicat sénior. Ce statut leur est refusé, seul le SNJMG décide alors de rejoindre la délégation de MG-France. Les structures représentatives des jeunes et futurs médecins expriment leur déception concernant la convention adoptée dans un Communiqué de Presse commun car la plupart des mesures pérennisent un modèle dans lequel les jeunes médecins ne se reconnaissent pas.

⁹ Fédération des Médecins de France

¹⁰ Association Nationale des Etudiants en Médecine de France

¹¹ InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

¹² InterSyndicat National des Internes

¹³ Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes

¹⁴ InterSyndicat National des Chefs de Clinique et Assistants

¹⁵ Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants

Points importants :

La convention de 2016 réaffirme les objectifs de la convention de 2011 : renforcer l'accès aux soins, développer la coordination des soins et valoriser la qualité des pratiques et favoriser l'efficience du système de soins

- Contrat d'aide à l'installation des jeunes médecins en zones déficitaires avec une aide forfaitaire de 50 000€ versée sur deux ans
- Valorisation de la maîtrise de stage universitaire, celle-ci restant toutefois limitée financièrement et ne concerne que les praticiens accueillant des externes et des internes en niveau 1 et seulement en zones déficitaires.
- Création du médecin traitant de l'enfant, avec une ROSP¹⁶ dédiée
- Revalorisation du rôle de médecin traitant
- Poursuite de la ROSP avec réadaptation des indicateurs
- Revalorisation de la consultation à 25€ pour les généralistes par création d'une MMG¹⁷ à 2€ et 30€ pour les autres spécialistes

3. LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES : COMMENT SONT-ILS PRATIQUÉS ?

Les médecins libéraux ayant accepté d'adhérer au système conventionnel en 1971 ont abandonné la possibilité de fixer librement leurs tarifs. Néanmoins, certains d'entre eux peuvent pratiquer des dépassements, c'est-à-dire facturer leurs actes au-delà du tarif opposable. Cette possibilité s'offre aux médecins du secteur 2 mais également, dans certains cas, aux médecins du secteur 1.

Quelques termes de vocabulaire à connaître (développés par la suite...) :

- Droit permanent à dépassement (DP) ;
- Dépassement Exceptionnel (DE) ;
- Dépassement Autorisé (DA).

3.1. Une pratique occasionnelle pour les médecins en secteur 1

Les médecins conventionnés du secteur 1 ne disposant pas d'un droit permanent à dépassement peuvent pratiquer des dépassements de façon occasionnelle dans deux situations :

- Depuis 1971, ils peuvent pratiquer des dépassements exceptionnels (DE) pour exigence particulière du malade, c'est-à-dire lors d'une visite médicalement injustifiée ou d'une consultation en dehors des heures d'ouverture du cabinet. Le montant de ce dépassement n'est pas plafonné.
- Depuis 2005, ils peuvent pratiquer des dépassements autorisés lorsque le patient ne respecte pas le parcours de soins coordonnés et notamment, pour les spécialistes de second recours, le passage préalable par un médecin traitant. Ce dépassement ne peut se cumuler avec le DE, et son montant est plafonné à 17,5 % du tarif opposable.

En 2012, 75% des médecins exerçaient en secteur 1.

3.2. Une pratique régulière pour les médecins ayant un droit permanent à dépassement ou les médecins du secteur 2

Le praticien dispose d'un droit permanent au dépassement (DP) s'il est en secteur 2.

Depuis 1960, le DP était donné à certains médecins conventionnés du fait de leur notoriété, de leurs titres ou de leurs travaux particuliers. Accusé de favoritisme, ce DP a été supprimé lors de la troisième convention nationale de 1980 et remplacé par la création d'un secteur 2. Le nombre de médecins en exercice encore titulaires d'un DP est donc aujourd'hui très faible, et en constante diminution. En 2008, toutes spécialités confondues, seuls 0,3 % des médecins étaient encore titulaire de ce DP.

¹⁶ Rémunération sur Objectifs de Santé Public

¹⁷ Majoration Médecin Généraliste

Le secteur 2 ou secteur « conventionné à honoraires libres », créé par cette même convention nationale de 1980, offre la possibilité aux médecins de rester dans le secteur conventionnel sans pour autant pratiquer les tarifs opposables. Les possibilités de dépassements sont permanentes, les tarifs pratiqués sont libres et fixés par le médecin (avec « *tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières*¹⁸ »). La caisse de sécurité sociale rembourse en revanche le malade sur la base du tarif opposable.

Les médecins en secteur 2 ont aujourd'hui une liberté totale dans la fixation de leurs tarifs. Selon le rapport du HCAAM¹⁹ en 2007, les dépassements d'honoraires n'ont d'ailleurs jamais pu être véritablement encadrés. La convention de 1990 prévoyait que les médecins exerçant en secteur 2 devaient effectuer un quart de leurs actes gratuitement ou conformément aux tarifs opposables. Cette disposition a eu une portée limitée et a notamment été annulée par le Conseil d'État en 1992.

L'avenant 8 à la convention de 2011 introduit une possibilité de sanctions pour les médecins pratiquant des dépassements dits excessifs, c'est-à-dire non pratiqués avec « tact et mesure ». Le Contrat d'Accès aux Soins, maintenu en place par la convention de 2016, est une option conventionnelle dont l'objectif est de limiter ces dépassements d'honoraires.

3.3. Des tarifs libres pour les médecins non conventionnés

Le médecin est toujours libre de signer ou non la convention avec l'Assurance Maladie. Lorsqu'il choisit de ne pas signer cette convention, il bénéficie d'une totale liberté dans la fixation de ses honoraires. Dans ce cas, ses patients ne sont remboursés que sur la base d'un tarif « d'autorité » (3 ou 4 euros). En revanche, les prescriptions sont prises en charge. La part de ces médecins « non conventionnés » est faible : 1,3 % des omnipraticiens en 2004 et seulement 0,2 % de l'ensemble des médecins spécialistes.

3.4. Le cas particulier des médecins hospitaliers avec secteur privé à l'hôpital

Le Code de la Santé Publique autorise les praticiens hospitaliers à temps plein à exercer une activité libérale au sein des établissements publics de santé dans lesquels ils sont nommés, mais celle-ci est soumise à diverses conditions :

- Le praticien doit exercer son activité au sein d'un service public hospitalier ;
- L'activité libérale ne doit pas excéder 20 % de la durée du service hospitalier (hors gardes) ;
- Le nombre de consultations et d'actes doit être inférieur à celui de l'activité publique. L'activité libérale donne lieu au versement à l'établissement d'une redevance calculée à partir d'un pourcentage du tarif de l'acte CCAM, donc hors dépassements éventuels, par le médecin. Il est de 16 % pour les consultations dans les centres hospitaliers universitaires (15% dans les centres hospitaliers), 25 % pour les actes autres que les actes d'imagerie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de biologie pour les centres hospitaliers universitaires, (16 % dans les centres hospitaliers), et 60 % des actes d'imagerie, de radiothérapie, de médecine nucléaire et de biologie.

¹⁸ Article 53 du Code de déontologie médicale

¹⁹ Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

4. MEDECIN CONVENTIONNÉ : QUELLES SONT LES CLAUSES DU CONTRAT PASSÉ AVEC L'UNCAM ?

4.1. Définition

Taux de dépassement d'honoraires : rapport entre le tarif pratiqué par le médecin en secteur 2 et le tarif conventionnel.

4.2. Introduction

En France, en 2012, 75 % des médecins libéraux exercent en secteur opposable dit « secteur 1 ». L'Assurance Maladie obligatoire prend en charge 70 % du montant des soins délivrés par ces médecins. 85 % des assurés ont un contrat complémentaire faisant de la France l'un des pays de l'OCDE²⁰ où le reste à charge est le plus faible après les Pays-Bas. 25 % des médecins libéraux exercent en secteur 2 à honoraires libres. C'est le cas de 10 % des médecins généralistes et de 41 % des médecins spécialistes.

La dernière convention médicale, toutes spécialités confondues, a été signée le 25 août 2016 entre d'une part, l'UNCAM et, d'autre part MG France, la FMF et le BLOC.

Le contrat conventionnel comporte pour les médecins et les caisses d'Assurance Maladie des engagements réciproques.

La convention s'applique :

- D'une part, aux médecins exerçant à titre libéral, inscrits au tableau de l'Ordre National et qui ont fait le choix d'exercer sous le régime conventionnel, pour les soins dispensés sur leur lieu d'exercice professionnel ou au domicile du patient lorsque celui-ci est dans l'incapacité de se déplacer ;
- D'autre part, aux organismes de tous les régimes d'Assurance Maladie obligatoire.

Les engagements pris par le médecin conventionné s'imposent également aux médecins qui exercent avec ou à la place d'un médecin conventionné dans le cadre notamment d'un remplacement ou d'une collaboration.

Pour leur activité libérale, les praticiens hospitaliers à temps plein sont régis par la présente convention.

4.3. Médecin appliquant des tarifs opposables

▪ À quoi s'engage le médecin ?

Les médecins adhérant à la convention s'engagent à respecter les tarifs opposables qui y sont fixés ainsi que les modalités d'utilisation des possibilités de dépassements.

Lorsqu'ils sont consultés en dehors du parcours de soins coordonnés et en dehors des cas d'urgence ou d'éloignement occasionnel du patient, et excepté pour les soins délivrés aux patients bénéficiaires de la CMU complémentaire, les praticiens spécialistes régis conventionnés et appliquant les tarifs opposables sont autorisés à pratiquer des dépassements.

Ces dépassements sont plafonnés, pour les actes cliniques et techniques, de manière à ce que le montant facturé n'excède pas de plus de 17,5 % la valeur des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés.

De plus, pour l'ensemble de son activité, le praticien s'engage à respecter pour les actes cliniques et techniques, un ratio honoraires sans dépassements sur honoraires totaux égal ou supérieur à 70 %.

▪ À quoi s'engage la CNAM vis à vis des médecins conventionnés exerçant en secteur à honoraires opposables ?

Au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens conventionnés, les médecins conventionnés versent une cotisation dont le taux était de 9.8% des revenus issus de l'activité conventionnée et qui doit passer à 6.5%. La hauteur de prise en charge par l'Assurance Maladie est exprimée en reste à charge pour le praticien, à savoir 0.1%.

²⁰ Organisation pour la Coopération et le Développement Économique

Au titre des allocations familiales, le taux de cette cotisation est modulé en fonction du montant des revenus professionnels :

- 2,15 % pour les revenus inférieurs à 110 % du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS) fixé à 39 228€ au 01/01/2017
- entre 2,15 et 5,25 % pour les revenus compris entre 110 % et 140 % du PASS,
- 5,25 % pour les revenus supérieurs à 140 % du PASS.

Sur l'assiette de participation, la CPAM prend respectivement en charge 100, 75 ou 60 % de la cotisation due en fonction du montant des revenus.

Le régime des Allocations Supplémentaires de Vieillesse (ASV) garantit en contrepartie d'une cotisation (proportionnelle aux revenus) un complément de retraite d'environ 40 % de la retraite totale d'un médecin. Les caisses prennent en charge 2/3 de la cotisation à verser par les médecins, tant pour la cotisation annuelle obligatoire que pour la cotisation d'ajustement.

4.4. Droit permanent à dépassement

▪ Qui peut y prétendre ?

Les médecins déjà autorisés à pratiquer des honoraires différents lors de la dernière convention en conservent le bénéfice.

Peuvent demander à être autorisés à pratiquer des honoraires différents les médecins qui, s'installent pour la première fois en exercice libéral et sont titulaires des titres énumérés ci-après, acquis dans les établissements publics, ou de titres équivalents acquis dans les établissements de santé privés d'intérêt collectif :

- Ancien chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux.
- Ancien chef de clinique de Médecine Générale
- Médecin ou chirurgien des hôpitaux des armées.
- Praticien hospitalier nommé à titre permanent.
- Praticien des hôpitaux à temps partiel comptant au minimum cinq années d'exercice dans ses fonctions.

▪ À quoi s'engage le médecin ?

Le médecin ne prend aucun engagement vis-à-vis de la CNAM. Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres. Il est en effet autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires avec tact et mesure. Le montant du dépassement n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie.

▪ À quoi s'engage la CNAM ?

La CNAM ne participe pas financièrement aux cotisations sociales.

4.5. Maîtriser les dépassements d'honoraires permanents pour un meilleur accès aux soins : secteur optionnel

Pour les soins spécialisés, l'existence d'importants dépassements d'honoraires dans certaines spécialités et dans certaines zones du territoire réduit l'accès aux soins. C'est notamment le cas pour les patients dont les revenus sont les plus modestes et ceux qui ne disposent pas d'une couverture complémentaire prenant en charge ces dépassements, ou de manière très limitée. Pour ces patients, l'augmentation du nombre de praticiens de secteur 2 dans certaines spécialités pose d'indéniables difficultés d'accès aux soins, compte tenu de l'importance des restes à charge.

La maîtrise et la lisibilité des tarifs, ainsi que la prise en charge coordonnée des soins par l'Assurance Maladie obligatoire et l'Assurance Maladie complémentaire apparaissent nécessaires pour garantir un meilleur accès aux soins.

L'option de coordination a été mise en œuvre dans la convention de 2005 pour maîtriser les tarifs des médecins généralistes et spécialistes autorisés à pratiquer des honoraires différents.

Elle est complétée par un nouveau secteur dit secteur optionnel par l'avenant 8, appelé Contrat d'Accès aux Soins (CAS) qui concerne les spécialités exercées principalement sur les plateaux techniques lourds, à savoir la Chirurgie, l'Anesthésie-réanimation et la Gynécologie obstétrique. Dans le CAS, en contrepartie de la réalisation d'un taux minimal d'actes à tarifs opposables et du respect d'un taux de dépassement maximum, les caisses d'Assurance Maladie participaient au financement des cotisations sociales dues par le médecin. Cette prise en charge d'une partie des cotisations sociales du médecin s'applique sur l'ensemble des revenus liés aux honoraires sans dépassements.

Les soins réalisés par les médecins adhérant au secteur optionnel bénéficient des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables.

Dans la convention de 2016, ce secteur optionnel a été élargi à l'ensemble des médecins exerçant en secteur 2, quelle que soit leur spécialité. Le CAS est donc remplacé par l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM), qui fonctionne sur le même principe à savoir l'engagement des médecins adhérant sur le respect d'un taux de dépassement moyen et d'un taux d'activité au tarif opposable. Leurs patients sont là encore remboursés sur la même base que pour les médecins en secteur 1.

En revanche, la participation aux cotisations sociales est remplacée par le versement d'une rémunération spécifique calculée sur l'activité réalisée à tarif opposable. Cette rémunération sera progressive en fonction du niveau d'atteinte des engagements.

5. ANNEXES

5.1 Définitions : Médecin Traitant et Médecin Correspondant

Le médecin traitant (MT) favorise la coordination avec les autres professionnels et services participant aux soins de ses patients. Son intervention contribue à la continuité ainsi qu'à la qualité des soins et des services apportés à la population. Par ses fonctions de diagnostic, de conseil et d'orientation, le médecin traitant participe activement à la bonne utilisation du système de soins par ses patients avec le souci de délivrer des soins de qualité à la collectivité, à des coûts maîtrisés.

Le médecin traitant :

- assure le premier niveau de recours aux soins ;
- contribue à l'offre de soins ambulatoire ;
- participe à la prévention, au dépistage, au diagnostic, au traitement et au suivi des maladies ainsi qu'à l'éducation pour la santé de ses patients ;
- oriente le patient dans le parcours de soins coordonnés ;
- informe tout médecin correspondant des délais souhaitables de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient ;
- rédige le protocole de soins en tenant compte des propositions du ou des médecins correspondants participant à la prise en charge du malade ;
- favorise la coordination avec les autres professionnels et services participant à la prise en charge des patients notamment par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants qui peut être intégrée dans le DMP ;
- apporte au patient toutes les informations permettant d'assurer une permanence d'accès aux soins aux heures de **fermeture du cabinet**.

Le médecin correspondant intervient en coordination avec le médecin traitant, le médecin correspondant garantit le niveau de second recours aux soins et l'accès aux soins les plus spécialisés.

Le médecin correspondant a notamment pour mission de :

- Répondre aux sollicitations du médecin traitant et recevoir les patients adressés dans des délais compatibles avec leur état de santé, sans discrimination dans la prise de rendez-vous ; il s'engage à tenir compte des informations médicales relatives au délai de prise en charge transmises par le médecin traitant ;
- Contribuer, dans son champ de compétences, à la protocolisation des soins pour les malades en affections de longue durée en relation avec le médecin traitant ;
- Tenir informé, avec l'accord du patient, le médecin traitant de ses constatations et lui transmettre, dans les délais raisonnables, nécessaires à la continuité des soins et compatibles avec la situation médicale du patient, tous les éléments objectifs se rapportant aux séquences de soins sur lesquelles il intervient : résultats d'examens complémentaires, comptes rendus opératoires, comptes rendus d'hospitalisation, constatations, conclusions et éventuelles prescriptions.

5.2 Evolution des consultations et revalorisations :

Le prix des consultations	Exemples	Tarifs et calendrier	Ancien tarif
Consultation de référence	Prise en charge des maladies courantes.	25 euros (C ou CS = 23 euros + nouvelle majoration MMG = 2 euros) 1 ^{er} mai 2017	23 euros (C/CS)
Consultation coordonnée	Prise en charge par un spécialiste d'un patient adressé par son médecin traitant, par exemple un dermatologue pour vérifier un grain de beauté 'suspect' ou un rhumatologue pour la prise en charge coordonnée d'un rhumatisme inflammatoire chronique -retour d'information vers MT.	30 euros C/CS+MPC+MCS (augmentation de la valeur de la majoration de coordination MCS et MCG pour les généralistes) 1 ^{er} juillet 2017	28 euros (CS)
Consultations complexes Prise en charge de pathologies complexes instables ou avec un fort enjeu de santé publique	Consultation pour diabète gestationnel, scoliose grave, sclérose en plaque, maladie de parkinson ou épilepsie. Première consultation de contraception ou de prévention des maladies sexuellement transmissibles chez les jeunes filles de 15 à 18 ans. Consultation annuelle de suivi et de coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans, en risque avéré d'obésité. Trois examens obligatoires du nourrisson du 8 ^{ème} jour, du 9 ^{ème} mois ou du 24 ^{ème} mois. 1 ^{ère} consultation pour tuberculose, prise en charge d'une pathologie oculaire grave, fibrose pulmonaire.	46 euros 1 ^{er} novembre 2017	Nouveau Dans certains cas, certains de ces actes existaient déjà (comme les examens obligatoires du nourrisson)
Consultations très complexes Y est intégrée la visite longue à domicile VL (dont la définition va être revue à la nomenclature)	Consultation d'information d'un patient et de la définition de son traitement face à un cancer ou une maladie neurologique ou neuro-dégénérative, face au VIH, en cas de malformation congénitale d'un nouveau-né ou du suivi d'un grand prématuré. Consultation de synthèse pour un patient présentant une insuffisance rénale chronique terminale...	60 euros 1 ^{er} novembre 2017	Nouveau

Autres revalorisations :

- Consultation psychiatre, neuropsychiatre et neurologue (CNPSY) revalorisée de 37 à 39 euros au 1^{er} juillet 2017.
- Consultation spécifique au cabinet par un médecin spécialiste en cardiovasculaire ou en cardiologie et médecine des affections vasculaires (CSC) revalorisée de 45,73 à 47,73 euros au 1^{er} juillet 2017.
- Et quelques autres majorations revalorisées : MCE, MTA, MAF, MPF...
- Avis ponctuel de consultant, effectué par le médecin spécialiste à la demande du Médecin Traitant :
 - porté de 46 à 48 euros au 1^{er} octobre 2017 puis 50 € au 1^{er} juin 2018 ;
 - porté de 57,50 à 60 euros au 1^{er} octobre 2017 puis à 62,50 € au 1^{er} juin 2018 pour les psychiatres, neuropsychiatres ou neurologues ;
 - maintenu à 69 euros pour les avis des professeurs d'universités-praticiens hospitaliers.
- Revalorisations des tarifs DOM (alignement des tarifs de Guadeloupe et Martinique sur ceux de la Guyane et la Réunion) au 1^{er} juillet 2017.

L'ensemble de la tarification des honoraires applicables aux médecins généralistes est disponible en Annexe 1 de la Convention de 2016, accessible sur le site ameli.fr.

6. Bibliographie :

- Nouvelle Convention médicale, août 2016. Disponible sur <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/convention-medicale-2016.php>;
- L'Histoire des Conventions Médicales par l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) ;
- Lettre du Collège des Economistes de la santé, septembre 2010, n°3, 21^{ème} année, Editorial ;
- Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins. Vanessa Bellamy (DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) et Anne-Laure Samson (LEDa-LEGOS, Université Paris Dauphine) ;
- Circulaire CNAMTS n°24/2016 : présentation de la convention médicale 2016 applicable aux médecins libéraux.



INTER SYNDICALE NATIONALE
AUTONOME REPRÉSENTATIVE
DES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

286, rue Vendôme 69003 LYON

Tél. 04 78 60 01 47 / 06 73 07 53 00 - Fax : 09 57 34 13 68

contact@isnar-img.com - www.isnar-img.com

 ISNAR IMG |  @ISNARIMG

Siret 424 972 305 00025 – Code APE 912Z

Union de syndicats professionnels (livre IV du Code du Travail) et d'associations (loi 1901).

Déclarée représentative des résidents en médecine générale par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité – 1999

Membre de la FAGE – 2001 – Membre du Conseil Supérieur des Hôpitaux - 2003

