

Les fables de la Touraine : comment partir à la pêche à la baleine et revenir avec un poisson rouge

Entré en vigueur en décembre 2013 par l'avenant n° 8, le contrat d'accès aux soins (CAS) avait pour objectif d'améliorer l'accès aux soins et de limiter les dépassements d'honoraires.

1. Principe

Le contrat offre au médecin signataire de :

- bénéficier d'une prise en charge des cotisations sociales pour l'activité pratiquée à tarif opposable (4 300 € / an en moyenne),
- bénéficier de nouveaux modes de rémunération sous forme de majorations (FMT, MPA, MPP, MSH),
- voir leurs patients mieux remboursés sur la base du tarif de responsabilité secteur 1.

En échange de quoi le médecin s'engage à :

- geler ses tarifs pendant les 3 années du contrat,
- ne pas diminuer sa part d'activité à tarif opposable,
- respecter son taux moyen de dépassements d'honoraires observé en 2012, recalculé sur la base des tarifs opposables et des majorations applicables aux médecins exerçant en secteur 1. Ce taux est calculé de la sorte :

Calcul du taux de dépassement recalculé	Honoraires remboursables (1)	Honoraires totaux (2)	Dépassement (3) = (2) - (1)	Taux de dépassement (4) = (3)/(1)	Engagement du contrat
Avant contrat (tarifs de remboursement du Secteur 2)	150 000 €	230 000 €	80 000 €	53,3 %	Taux avant contrat
Après contrat (tarifs de remboursement du Secteur 1)	165 000 €	230 000 €	65 000 €	39,4 %	Engagement au moment de l'adhésion à respecter le taux recalculé de 39,4 % en n'augmentant pas les tarifs pratiqués

De plus, le CAS a pénalisé les non signataires qui ne bénéficient plus des revalorisations tarifaires pour certains actes techniques, ni des nouvelles rémunérations de coordination (MCS, MCC, MCG).

2. Résultats

- ▶ Fin 2013 : 10 417 signataires. Au bilan 13% n'ont pas respecté leurs engagements... et ne peuvent résilier leur contrat ! Objectivement, c'était donc seulement 8 750 médecins qui « adhèrent » au principe.

« Le contrat d'accès aux soins n'étant entré en vigueur qu'au 1er décembre 2013, il n'y aura pas de résiliation de contrat pour non respect des engagements 2013, la procédure ne pouvant intervenir qu'à l'issue d'une année civile complète. »

- ▶ Fin 2014 : 11 103 signataires (+ 0,9 %) dont 30 % sont des médecins issus du secteur 1 avec titres.

Le CAS a nivelé par le bas les tarifs de seulement 7 767 médecins. Seuls 32 % des médecins de secteur 2 y adhèrent, sans compter que 13 % d'entre eux ne l'ont pas respecté à ce jour et sont pourtant toujours comptabilisés parmi les signataires. Un programme d'accompagnement est mis en place pour aider ces médecins à remplir leur contrat... la CNAMTS met le paquet pour voir son objectif pourtant modeste atteint.

Selon la CNAMTS « pour ces praticiens, le taux de dépassement d'honoraires est passé de 28,4 % en 2012 à 24,3 % en 2014. Le taux d'actes à tarif opposable a augmenté de 5,4 points en deux ans, de 46,2 % en 2012 à 51,6 % en 2014 ».

3. Analyse

Objectivement, la présentation des chiffres montre que :

- ▶ la CNAMTS sait manier les chiffres à son avantage.
- ▶ il est facile de dire que les dépassements d'honoraires ont diminué quand on a augmenté le taux de remboursement ... La baisse relative des dépassements d'honoraires est là comme prévue, c'est mathématique et sans surprise. Mais qu'en est-il de la baisse absolue ?

Comme le dit si bien le Figaro « Au final, le seul chiffre qui permettrait d'affirmer que les dépassements d'honoraires ont réellement baissé sur le terrain, c'est celui de leur montant en euros. Pour l'heure, l'Assurance-maladie se refuse à le communiquer. Il est vrai que cela pourrait ternir sa démonstration. Entre 2011 et 2013, le montant des dépassements a augmenté de 2,3 à 2,7 milliards d'euros (tous médecins réunis). Une hausse de plus de 17 % ! Mais là encore, il faut manier ce chiffre avec des pincettes. Il ne signifie pas forcément que les médecins ont augmenté leurs tarifs en trois ans, mais plutôt qu'il y a de plus en plus de médecins qui facturent des dépassements, pour compenser notamment le gel des tarifs Sécu de nombre de spécialités depuis des années. »

- ▶ peu de médecins trouvent cette offre alléchante ...

Et c'est sur cette seconde observation qu'il faut se pencher : **qui sont les médecins qui adhèrent au CAS et pourquoi ?** Malheureusement, ne disposant pas des données brutes, nous ne pouvons qu'émettre des hypothèses en suivant une logique de bon sens.

- Médecins secteur 1 bénéficiant des titres d'accès au secteur 2 (30 % des signataires)

Pour eux, le CAS était une occasion de revaloriser le prix de l'acte. Il serait intéressant de savoir quel pourcentage de ces médecins en mesure de signer ont adhéré.

- Médecins secteur 2 avec des dépassements d'honoraires peu élevés

Pour eux, si mathématiquement la prise en charge des cotisations sociales compense la baisse des dépassements alors le CAS peut avoir un avantage.

- Médecins secteur 2 avec des dépassements d'honoraires supérieurs

Pour eux, adhérer au CAS signifierait de renoncer à une capacité d'investissement, limitant secondairement l'innovation, la technicité et la qualité de l'offre des soins ainsi que la liberté de travailler à leur rythme. On peut supposer que ces médecins ne signeront jamais.

Dans le but de mieux connaître les médecins adhérant au CAS et de voir ces hypothèses se confirmer ou s'infirmer, le SML demande à la CNAMTS de lui envoyer les données brutes les concernant.

4. Bilan

1. Les honoraires de moins de 30 % des médecins de secteur 2 ont été revus à la baisse, et il s'agit probablement de ceux qui pratiquaient les dépassements d'honoraires les plus faibles.

Les médecins de secteur 2 pratiquant des dépassements d'honoraires plus élevés ne le signeront probablement jamais.

2. Par le CAS, les dépassements d'honoraires sont relativement mieux remboursés par la caisse mais cela ne signifie pas que le montant total des dépassements d'honoraires observe une baisse absolue. Ayons à l'esprit que le CAS engendre obligatoirement un coût supplémentaire pour la communauté.
3. Pour ne pas alourdir le déficit de la sécurité sociale, le gouvernement aurait pu tout simplement demander aux complémentaires santé d'augmenter leur participation au vu des bénéfices substantielles qu'elles réalisent. Au lieu de cela, il a cédé à ces dernières en refusant de leur imposer la solvabilisation généralisée des compléments d'honoraires maîtrisés des médecins signataires du CAS.

Un « succès » ?! Les promoteurs du CAS s'en félicitent, le SML beaucoup moins.

Nous déplorons l'effet secondaire du CAS sur la non revalorisation des honoraires du secteur 1. En effet, la possibilité de pouvoir exercer en secteur 2 était la meilleure garantie pour les secteurs 1 de voir leurs honoraires rémunérés un jour à leur juste valeur. Depuis la fermeture du secteur 2 pour tous (que le SML a fermement combattue) le secteur 1 n'a été que très peu revalorisé (toujours sous la pression des médecins), ce qui est particulièrement injuste pour tous les médecins généralistes et les spécialistes non titrés.

Le fait qu'un médecin secteur 1 non titré ne puisse plus s'échapper en secteur 2 incite la CNAMTS à ne plus augmenter les tarifs de responsabilité ! ...

Ce ne sont ni la ROSP, ni les autres forfaits totalement inégalitaires qui compensent cette injustice. Le SML préconise donc une remise à plat complète de la revalorisation du secteur 1 à enveloppe ouverte. Tant que ceci ne sera pas réalisé, pénaliser les remboursements du secteur 2 procède d'une véritable injustice pour les patients et les médecins.