Nathalie Zenou

Cahier détaché

LE CARDIOLOGUE
LA REVUE DU SYNDICAT NATIONAL DES CARDIOLOGUES

TOUT SAVOIR SUR LA CONVENTION MÉDICALE

On appelle convention médicale l'ensemble des textes régissant les liens entre les médecins libéraux et l'Assurance-maladie. Elle est négociée entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et les syndicats représentatifs des médecins libéraux. En cas d'échec des négociations, un règlement arbitral est établi, qui encadre les relations entre les médecins libéraux et l'assurance maladie.

RawPixel - Depositphotos

QUELS SONT LES LIENS ENTRE L'ASSURANCE-MALADIE ET LES MÉDECINS LIBÉRAUX ? II

SECTEURS ET TARIFICATIONS II
- Les secteurs conventionnés II
- Le secteur 3 II

QUELS SYNDICATS MÉDICAUX NÉGOCIENT AVEC L'UNCAM ? III

LES CONVENTIONS DEPUIS 1945 III
- 1945-1971 : des tarifs locaux puis régionaux III
- Les conventions de 1971 et 1976 IV
- Troisième convention (1980) IV
- Quatrième convention (1985) V
- Une 5e convention de courte durée (1990) V
- La convention de 1993 V
- 1997 : une convention annulée puis signée VI
- 2005 : une convention suivie d'un règlement arbitral VI
- La convention de 2011 VI
- La convention de 2016 VI

LE RÈGLEMENT ARBITRAL PALLIE L'ABSENCE DE CONVENTION VII
- Qu'est-ce qu'un règlement arbitral ? VII
- A quoi sert le règlement arbitral ? VII
- Quel est le rôle de l'arbitre ? VII
- Qui est l'arbitre ? VIII
- Un médecin peut-il refuser le règlement arbitral ? VIII

LE RÈGLEMENT ARBITRAL ENTRÉ EN VIGUEUR LE 1er MAI 2023 VIII
- Y avait-t-il eu des règlements arbitraux avant 2023 ? VIII

QUELS SONT LES LIENS ENTRE L'ASSURANCE-MALADIE ET LES MÉDECINS LIBÉRAUX ?

L'Assurance-maladie prend en charge une partie des charges et des cotisations sociales (Assurance-maladie, assurance vieillesse) des médecins libéraux. En contrepartie ceux-ci acceptent une régulation de leurs tarifs tant pour les actes techniques que pour les consultations.

SECTEURS ET TARIFICATIONS

La convention médicale permet aux médecins d'exercer sous trois secteurs différents, chacun possédant une tarification propre.

LES SECTEURS CONVENTIONNÉS

■ **Secteur 1 « conventionné » :** les médecins appliquent les tarifs fixés dans la convention médicale, sans dépassement d'honoraire sauf en cas d'exigence exceptionnelle de la part du patient concernant l'horaire ou le lieu des actes pratiqués, ou en cas de non-respect du parcours de soins. Ces tarifs servent de base au remboursement du patient par la caisse d'Assurance-maladie.

■ **Secteur 2 « conventionné à honoraires libres » :** les médecins fixent librement le tarif de leurs consultations. Le patient est remboursé sur la base du tarif fixé par la convention médicale et sa complémentaire santé prend en charge le dépassement d'honoraires selon le taux défini dans son contrat. La facturation de dépassements d'honoraires est interdite pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé.

■ **Secteur 2 « OPTAM » (option de pratique tarifaire maîtrisée) :** les médecins fixent librement le tarif de leurs consultations mais ils s'engagent à modérer et stabiliser leurs honoraires afin de faciliter l'accès aux soins des patients. Le patient est remboursé sur la base du tarif fixé par la convention médicale et sa complémentaire santé prend en charge le dépassement d'honoraires selon le taux défini dans son contrat. La facturation de dépassements d'honoraires est interdite pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé.

LE SECTEUR 3

Le secteur 3 se situe en dehors du système conventionnel, c'est-à-dire que les médecins refusent de s'inscrire dans le cadre de la convention signée. Ils fixent librement leurs tarifs et leurs patients sont remboursés par l'Assurance-maladie sur la base d'un tarif dit d'autorité.

QUELS SYNDICATS MÉDICAUX NÉGOCIENT AVEC L'UNCAM ?

Ce sont les résultats des élections aux Unions régionales des professionnels de santé libéraux (URPS) qui déterminent la représentativité des syndicats nationaux sur le plan national et leur poids dans les négociations conventionnelles.

En effet, la participation aux négociations est définie par le pourcentage de sièges remportés aux élections :

- de 5 à 10 % des sièges : les syndicats participent mais ne peuvent pas signer ;
- de 10 % à 30 % des sièges : les syndicats peuvent signer mais seulement associés à d'autres centrales syndicales ;
- avec plus de 30 % des sièges, un syndicat peut signer seul la convention.

Les dernières élections se sont déroulées du 31 mars au 7 avril 2021. Elles furent caractérisées par la multiplication du nombre de listes et une abstention record, entraînant une représentation éclatée des médecins libéraux auprès des autorités de tutelle.
Au sein du collège des spécialistes, on a pu noter la progression de l'Union syndicale Avenir Spé - Le Bloc *(le score de 2015 est indiqué entre parenthèses à titre de repère)* :

- Union syndicale Avenir Spé - Le Bloc Union AAL-SYNGOF-UCDF : 39,30 % *(24,22 %)*
- Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) : 22,36 % *(31,6 7 %)*
- Union française pour une médecine libre - Syndicat (UFML-S) : 16,67 % *(NA)*
- Syndicat des médecins libéraux (SML) : 12,02 % *(23,86 %)*
- Fédération des médecins de France (FMF) : 7,5 % *(16,68 %)*
- Union collégiale (UC) : 1,38 % *(2,72 %)*
- Jeunes Médecins : 0,75 % *(NA)*

LE CAS PARTICULIER DES OUTRE-MER

Polynésie française : la première convention y a été signée en 1995 et c'est la caisse de prévoyance sociale qui y régule le conventionnement depuis 1998.

Nouvelle-Calédonie : depuis 1994, la convention locale de Nouvelle-Calédonie ne permet plus la libre installation des médecins.

LES CONVENTIONS DEPUIS 1945

1945-1971 : DES TARIFS LOCAUX PUIS RÉGIONAUX

L'ordonnance du 19 octobre 1945 jette les bases de la convention médicale. Elle prévoit la liberté pour l'usager de choisir son médecin et l'économie de traitement sous réserve d'efficacité. Les syndicats présentent des tarifs dans chaque département.
Héritière du syndicalisme médical né dans les années 1880, la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) se divise sur la question des tarifs. Les partisans de la liberté tarifaire la quittent en 1960 et fondent un nouveau syndicat baptisé Union des syndicats médicaux français (USMF) en rappel

depositphotos - Tatsiana

de l'histoire. Toutefois, l'USMF changera de nom en 1968 et devient la Fédération des médecins de France (FMF).
En 1966, afin de garantir aux assurés des soins de qualité, les pouvoirs publics décident d'instaurer une convention tripartite entre les syndicats des professionnels de santé, les membres des différents régimes de l'Assurance-maladie et les représentants du gouvernement.
Une commission tripartite est créée par décret, qui établit une convention régionale type à laquelle les médecins peuvent adhérer en l'absence de convention régionale spécifique. Si la commission reconnaît les conventions régionales et les tarifs proposés, un arrêté ministériel limite toutefois les tarifs conventionnels. Les ressources et les exigences particulières de l'assuré, ainsi que la notoriété du praticien, peuvent justifier des dépassements d'honoraires.
Le 3 février 1971, alors que 80 % des médecins libéraux sont conventionnés via la convention régionale type ou une convention locale, [1] la loi relative aux rapports entre les caisses d'Assurance-maladie et les praticiens et auxiliaires médicaux impose automatiquement à tous les médecins une convention nationale. Ceux qui le souhaitent peuvent cependant exprimer leur refus et exercer hors convention (secteur 3).

LES CONVENTIONS DE 1971 ET 1976

On retrouve dans la convention de 1971 les principes de base de la médecine libérale : libre choix du médecin, liberté de prescription, secret professionnel, paiement à l'acte remboursé et réévaluation des actes médicaux selon la notion de hiérarchie des services et des soins au meilleur coût dans l'intérêt des malades. Il est précisé que les soins doivent être consciencieux, éclairés, attentifs, prudents et conformes aux données de la science.
Par ailleurs, en échange de tarifs réglementés, les médecins obtiennent le financement de leurs assurances maladie et vieillesse (ASV). L'Assurance-maladie leur fournit également un récapitulatif annuel de leurs honoraires pour en faciliter la déclaration à l'administration fiscale.
A l'issue de la période de validité de la convention de 1971, et en attendant la signature de la suivante, une convention transitoire est signée en juin 1975 entre la Caisse nationale de l'Assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), la Caisse centrale de secours mutuels agricoles et la Caisse nationale d'Assurance-maladie et maternité des travailleurs non-salariés des professions non agricoles, la CSMF et la FMF. Un premier syndicat mono-catégoriel est créé, le syndicat de la médecine générale (SMG), mais il n'est pas reconnu comme représentatif.
Signée en 1976, la deuxième convention n'apporte guère de modification, hormis concernant les signataires : désormais, une convention sera valable si elle est signée par au moins deux caisses – dont la CNAMTS et un syndicat représentatif. Cinq avenants à cette convention seront signés entre 1976 et 1979, portant sur les tarifs des actes médicaux.

TROISIÈME CONVENTION (1980)

Une nouvelle convention est signée le 29 mai 1980 entre d'une part la FMF, et d'autre part la Caisse nationale de l'Assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), la Caisse centrale de secours mutuels agricoles et la Caisse nationale d'Assurance-maladie et maternité des travailleurs non-salariés des professions non agricoles. Plusieurs nouveaux éléments apparaissent :

- Pour la première fois, la convention mentionne les difficultés économiques grevant le budget de l'Assurance-maladie et la nécessité de maîtriser les dépenses de santé sans toutefois renoncer à la qualité des soins.
- Deux enveloppes distinctes sont créées pour la médecine libérale et pour les soins hospitaliers.

(1) Marc Brémond -
« Les syndicats de médecins contre l'organisation de la protection sociale, tout contre », Pouvoirs, avril 1999.

- Deux secteurs sont créés, avec des tarifications différentes. Ceux respectant les tarifs conventionnels et dont les caisses financent les assurances maladie et vieillesse (secteur 1), et ceux qui ont choisi de pratiquer des tarifs différents et qui financent eux-mêmes leurs assurances (secteur 2).
- Les caisses reconnaissent la place essentielle du médecin généraliste dans le système sanitaire.
- Les caisses participent au financement de la formation médicale continue.

QUATRIÈME CONVENTION (1985)

La convention de 1985 pose les bases d'une réflexion pour la prise en charge de l'assurance maternité en sus de celles concernant la maladie et la vieillesse pour les médecins conventionnés. Les tarifs sont à nouveau revalorisés.

Sept avenants modifieront cette convention pour permettre la mise à jour des tarifs conventionnels et entériner la création de la Fédération française des médecins généralistes (MG France), nouveau signataire issu d'une scission des généralistes de la CSMF.

UNE 5e CONVENTION DE COURTE DURÉE (1990)

Signée en 1990 par les Caisses et la FMF, la cinquième convention sera annulée par le Conseil d'État en 1992 car elle aurait dû être signée séparément pour les généralistes et les spécialistes, selon le nouvel article L.162-5 du code de la Sécurité sociale (1990).

- l'avenant n°1 prévoit un contrat entre le médecin généraliste et son patient pour permettre à celui-ci de bénéficier d'une dispense d'avance des frais. Seules la CNAMTS, la MSA et la FMF le signent ;
- la convention ouvre le secteur 2 aux anciens chefs de clinique-assistants (CCA) ;
- pour toute formation d'au moins deux jours, il est prévu une indemnisation par jour à hauteur de 15 fois le tarif d'une consultation ;
- outre les cotisations d'Assurance-maladie et d'Assurance-vieillesse, les Caisses s'engagent à financer les cotisations d'allocations familiales.

LA CONVENTION DE 1993

Après l'annulation de la convention de 1990 par le Conseil d'Etat en 1992, la loi Teulade la prolonge jusqu'à la signature de la convention suivante. Par ailleurs :

- elle introduit la notion de « références médicales nationales » opposables aux médecins dans le code de la santé publique ;
- elle crée les Unions régionales de médecins libéraux (URML).

La nouvelle convention est signée en 1993 par la CSMF (pour les généralistes et les spécialistes) et le Syndicat des médecins libéraux (SML), également reconnu représentatif des spécialistes.

Du côté des caisses, la CNAMTS et la MSA la signent la même année et la Caisse nationale d'Assurance-maladie et maternité des travailleurs non-salariés des professions non agricoles, l'année suivante.

- Les remplaçants sont tenus de se conformer à la convention ;
- un groupe de travail est créé pour élaborer un secteur optionnel censé remplacer les deux secteurs et instaurant une revalorisation de l'acte intellectuel ;
- la convention fixe les bases du dossier médical comme propriété du patient, couvert par le secret professionnel et nécessaire à la continuité et à la qualité des soins ;
- en 1995, l'avenant 5 revalorise la consultation de médecine générale et reconnait le SML comme représentatif des médecins généralistes ;
- en 1996, l'avenant 6 reconnaît MG France comme représentatif des médecins généralistes en 1996.

depositphotos - Blanco-Blue

1997 : UNE CONVENTION ANNULÉE PUIS SIGNÉE

La convention de 1993 est dénoncée par les caisses en décembre 1996. Lors des négociations suivantes, la CSMF refuse l'opposabilité des objectifs budgétaires. Il en résulte la signature de deux conventions en 1997 :

- la convention des médecins généralistes est signée par la CNAMTS et la MSA d'une part, MG France d'autre part (puis le SML en 2003). Elle introduit notamment la télétransmission des feuilles de soins, ouvrant la voie pour le dispositif du tiers payant ;
- la convention des spécialistes est signée par l'Union collégiale des chirurgiens et spécialistes français (UCCSF). Elle sera annulée par le Conseil d'Etat en juin 1998 et remplacée par un règlement minimal, faute d'accord sur la télétransmission ;
- par la suite, l'avenant n°1 crée le médecin référent et confirme le secteur optionnel ;
- l'avenant n°8 revalorisera le montant de la consultation à 18,50 € et instaurera une consultation longue pour les patients en ALD.

2005 : UNE CONVENTION SUIVIE D'UN RÈGLEMENT ARBITRAL

La convention de 2005 a pour objectif annoncé d'améliorer la coordination des soins. Elle est signée par l'UNCAM, le SML, la CSMF et l'Alliance intersyndicale des médecins indépendants de France (issue d'un rapprochement entre l'UCCSF et le Syndicat des médecins indépendants de France - SMI-France). Elle prévoit notamment la disparition du médecin référent au profit du médecin traitant.

Plus de trente avenants sont publiés au cours des quatre années suivantes prévoyant entre autres des mesures incitatives à l'installation et au maintien des généralistes en zones déficitaires.

L'échec des négociations à la fin de la validité de la convention conduit à la publication d'un règlement arbitral.

LA CONVENTION DE 2011

La convention de 2011 est signée en juillet par l'UNCAM, la CSMF, le SML et MG France. La FMF y adhère également en décembre.

- introduction de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), en sus de la rémunération à l'acte ;
- renforcement des mesures destinées à améliorer la répartition des médecins sur le territoire ;
- généralisation du tiers-payant pour les patients aux faibles revenus.

LA CONVENTION DE 2016

La dernière convention en date a été signée en août 2016 par l'UNCAM, MG France, la FMF et le syndicat Le BLOC. Son objectif annoncé portait sur l'accès à la santé partout et pour tous.

Prenant en compte l'évolution de la pratique en libérale, elle s'articulait autour de différents axes :

- la revalorisation des rémunérations selon la complexité du suivi des patients ;
- l'accès aux soins partout, pour tous, en réduisant les délais d'attente ;
- le renforcement et l'élargissement de la ROSP pour consolider la qualité de la pratique médicale ;
- l'amélioration de la coordination des soins autour du patient ;
- la poursuite de la maîtrise des dépassements d'honoraires ;

Les mesures mises en œuvre comprenaient notamment :

- des dispositifs incitatifs à l'installation des jeunes médecins en zones déficitaires ;
- une nouvelle option pour une pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM CO pour les chirurgiens et gynécologues obstétriciens) ;
- l'extension du rôle du médecin traitant aux enfants ;
- le renforcement du rôle du médecin dans la prévention, le dépistage et la sensibilisation des patients ;

- la facilitation de la coordination entre les interventions des spécialistes de premier et de second recours ;
- la création d'un forfait structure pour soutenir la mise en place de nouveaux services aux patients ;
- le déploiement de la télémédecine.

Plusieurs avenants ont été signés au cours des années suivantes avec notamment comme objectifs :

- l'aménagement du calcul de la ROSP et la fixation des conditions d'obtention d'une ROSP spécifique pour les médecins endocrinologues, diabétologues et nutritionnistes ;
- l'instauration d'une aide financière à destination des médecins libéraux interrompant leur activité médicale pour cause de maternité, de paternité ou de congé d'adoption ;
- l'élargissement du champ de la prise en charge par l'Assurance-maladie des cotisations maladie et allocations familiales pour les médecins secteur 1 ;
- des modifications sur les contrats incitatifs pour l'exercice dans les zones sous-denses,
- l'assouplissement de la gestion des contrats Optam et Optam-CO pour les médecins nouvellement installés ;
- l'élargissement du champ des consultations complexes et très complexes ;
- le renforcement des mesures visant à développer et accélérer le recours à la télémédecine ;
- le déploiement des assistants médicaux avec mesures complémentaires pour favoriser leur embauche par les médecins ;
- le renforcement de l'accès aux soins pour les publics prioritaires ;
- des dispositions favorisant la prise en charge des soins buccodentaires des patients en situation de handicap ;
- la mise en place d'une réponse organisée pour faire face aux besoins de soins non programmés (système de régulation et de mobilisation des médecins du territoire ; généralisation du service d'accès aux soins [SAS]).

depositphotos - ds

LE RÈGLEMENT ARBITRAL PALLIE L'ABSENCE DE CONVENTION

QU'EST-CE QU'UN RÈGLEMENT ARBITRAL ?

Le code de la Sécurité sociale prévoit qu'en cas de rupture des négociations préalables à l'élaboration d'une convention ou d'opposition à la nouvelle convention, un arbitre arrête un projet de convention ou d'accord dans le respect du cadre financier pluriannuel des dépenses de santé (article L162-14-2 du Code de la Sécurité sociale).

Ce règlement arbitral est pris pour une durée de 5 ans. Toutefois les partenaires conventionnels doivent engager de nouvelles négociations dans les deux ans.

A QUOI SERT LE RÈGLEMENT ARBITRAL ?

En l'absence de convention, le règlement arbitral assure le remboursement des assurés sociaux. S'il ne reprend pas forcément la convention en cours, c'est souvent le cas. Il peut également mettre en œuvre des mesures proposées par la convention refusée par les syndicats.

QUEL EST LE RÔLE DE L'ARBITRE ?

A compter de sa prise de fonction, l'arbitre désigné a trois mois pour transmettre un projet de règlement arbitral. Au cours de ce délai, il rencontre et entend les représentants de l'Assurance-maladie et des syndi-

cats représentatifs mais il peut se passer de leur accord. En revanche, les ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale doivent approuver le règlement arbitral.

QUI EST L'ARBITRE ?

L'arbitre est désigné par l'Union nationale des caisses d'Assurance-maladie et au moins une organisation syndicale représentative des professionnels de santé libéraux concernés avant le début des négociations.

UN MÉDECIN PEUT-IL REFUSER LE RÈGLEMENT ARBITRAL ?

Un médecin libéral peut refuser le cadre imposé par le règlement arbitral. Pour signifier sa décision, il lui faut adresser un courrier dans ce sens à sa caisse primaire d'Assurance-maladie (Cpam). Cela revient à exercer en secteur 3, donc hors convention.

tiero - Fotolia

LE RÈGLEMENT ARBITRAL ENTRÉ EN VIGUEUR LE 1er MAI 2023

Les négociations conventionnelles ayant échoué, un règlement arbitral a été proposé par l'arbitre désigné.

Il proroge les principales dispositions de la convention nationale de 2016, ses annexes et ses avenants, et instaure de nouvelles mesures :

- évolutions du dispositif d'aide à l'emploi d'un assistant médical ;
- revalorisation de certains actes et création d'une nouvelle consultation :
- revalorisation de la participation des médecins à la prise en charge des soins non programmés ;
- revalorisation du forfait patientèle médecin traitant pour les patients âgés de plus de 80 ans et pour les patients âgés de moins de 80 ans atteints d'une ALD ;
- évolutions techniques (évolutions du forfait structure, élargissement de l'assiette de calcul des cotisations sociales des médecins libéraux de secteur 1, clarification de la prise en compte de l'année de Docteur Junior dans l'accès au secteur 2, procédure de facturation et utilisation de SCOR).

Y AVAIT-T-IL EU DES RÈGLEMENTS ARBITRAUX AVANT 2023 ?

Plusieurs règlements arbitraux ont dû être pris à la suite de l'échec des négociations conventionnelles de 2009, 2014 et 2016 (ces dernières concernant les chirurgiens-dentistes).

- **Le règlement arbitral du 5 mai 2010 :** reconduction de la convention médicale 2005 + revalorisation du tarif de la consultation, tiers payant social, incitation financière à la télétransmission, fixation d'objectifs de maitrise médicalisée pour 2010, …
- **Le règlement arbitral des accords conventionnels interprofessionnels / nouveaux modes de rémunération en 2015 :** après l'échec des négociations démarrées en 2014, le règlement arbitral a mis en place les évolutions qui avaient recueilli l'accord des différents syndicats.
- **Le règlement arbitral de 2017 fait passer en force** un avenant refusé par les chirurgiens-dentistes lors des négociations entamées en 2016. ■