

SECTEUR OPTIONNEL : un danger supplémentaire pour l'accès aux soins

L'UNCAM (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie), l'UNOCAM (Union Nationale des Organismes d'Assurance Complémentaire) et 4 syndicats de médecins (CSMF, MG-France, SML et Alliance) ont signé le 24 juillet un « point d'étape » constituant une "base" pour "entamer des négociations afin de mettre en oeuvre le secteur optionnel" (1). Les discussions reprendront en septembre. Ces négociations conventionnelles, qui régissent les rapports des médecins avec les caisses, ont des conséquences importantes pour l'accès aux soins des assurés. Pourtant, les associations d'usagers, comme le CISS (Collectif Inter Associatif sur la Santé), ne peuvent y assister (2) et le point d'étape publié est particulièrement opaque.

Le but de ce document est :

- d'apporter la documentation nécessaire,
- de montrer les répercussions négatives qu'aurait ce nouveau secteur sur l'accès aux soins et d'inciter à la mobilisation contre sa mise en place.

Documentation

I. Rappel sur les secteurs conventionnels :

Il existe actuellement 2 secteurs conventionnels (3) :

- Le secteur 1, dit secteur à tarifs opposables : les médecins doivent appliquer les tarifs négociés avec les caisses d'Assurance maladie et sur lesquels sont basés les remboursements des assurés sociaux : 70 % pour une consultation médicale dans le parcours de soin (moins la franchise de 1 euro) (4). En contre partie ces médecins bénéficient de la prise en charge d'une partie de leurs cotisations sociales par l'Assurance maladie.
- Le secteur 2, à dépassements d'honoraires : les médecins ont le droit de pratiquer des dépassements d'honoraires non remboursés par l'Assurance (sauf pour les patients bénéficiaires de la CMU). Le montant de ces dépassements est simplement « encadré » par la notion de « tact et mesure ». Il peut être pris en charge dans des proportions variables par les complémentaires santé. La mise en place du secteur 2 date de 1980, il était alors ouvert à tous les médecins. En 1990, l'accès au secteur 2 a été réservé aux praticiens nouvellement installés ayant des titres hospitaliers : essentiellement anciens chefs de clinique assistants des hôpitaux (5)

II. Que dit le point d'étape sur le secteur optionnel (6)

Il juxtapose les propositions des caisses et des complémentaires et celle des syndicats de médecins :

- « L'UNCAM et l'UNOCAM ont proposé que les médecins qui adhéreraient à ce secteur optionnel, s'engageraient à respecter des critères de qualité mesurables (à définir), d'assurer un minimum de 30 % de leur activité en tarifs opposables (notamment CMU, AME, urgences, etc.) et de respecter un plafond maximal de dépassements par acte de 50 % du tarif Sécu. Pour la part d'activité en tarifs opposables, les praticiens exerçant dans le cadre du secteur optionnel bénéficieraient d'une prise en charge d'une partie de leurs cotisations sociales par l'Assurance maladie. Le remboursement de ces dépassements serait pris en charge sous certaines conditions par les complémentaires. Par ailleurs, le choix du secteur par le médecin devrait être "réversible". Ces nouvelles mesures ne s'adresseraient qu'aux médecins de secteur 2 des spécialités chirurgie, obstétrique et anesthésie » (7)
- Quant aux syndicats de médecins signataires : « ils souhaitent inscrire la démarche de création du secteur optionnel pour toutes les spécialités confondues en procédant aujourd'hui à une première étape. Ils revendiquent, en application des accords du 24 août 2004 relatifs à la chirurgie, l'accès à ce nouveau secteur des spécialistes qui, du fait de leur titres, auraient pu accéder au secteur 2 (6)».

Si les deux parties sont d'accord pour la mise en place d'un secteur optionnel les deux propositions semblent donc diverger :

- les caisses le présentent comme uniquement ouvert aux médecins de secteur 2 : et là on voit mal, à moins de leur proposer des compensations massives, ce qui pousserait les médecins de secteur 2 à s'engager dans une limitation des dépassements, l'échec de l'option de coordination l'ayant prouvé (5)
- les syndicats de médecins campent sur les revendications d'ouverture du droit à dépassement, qui concernerait des médecins du secteur 1. Ces syndicats s'appuient sur les accords du 24 août 2004.

III. Rappel sur les accords d'Août 2004 (8)

Cet accord a été signé en août 2004 entre les syndicats médicaux CSMF, FMF, le directeur de la CNAM et le ministre de la santé. C'était à l'époque où les chirurgiens menaçaient de s'exiler en Angleterre. Le protocole d'accord prévoyait différents points, dont la revalorisation des actes chirurgicaux, la création d'un secteur optionnel et la réouverture du secteur 2 (cf. encadré).

Contenu de l'accord d'Août 2004

La déclaration liminaire acte la création d'un secteur optionnel :
 « S'agissant du secteur libéral, une solution pérenne devra être trouvée, dans le cadre de la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie, pour les médecins spécialistes libéraux en chirurgie Elle pourrait consister en la création d'un « secteur optionnel », en honoraires opposables et dont le plafond des dépassements est négocié en accord entre l'UNCAM, l'Union des organismes d'assurance maladie complémentaires et les organisations médicales. L'objectif de ce secteur est d'atteindre pour ces professions, au 30 juin 2005, un niveau minimal de tarification chirurgicale compte tenu de la participation des organismes complémentaires »
 Quant au point 9 de l'accord il prévoit la réouverture du secteur 2 à tous ceux, « toutes spécialités confondues » dont les diplômes (essentiellement anciens chefs de clinique) permettraient d'être en secteur 2, s'ils s'installaient pour la première fois, mais qui ne peuvent y être, car ils n'ont pas fait ce choix lors de leur installation.

Si la revalorisation des tarifs des chirurgiens a eu lieu pour l'essentiel suite à l'accord de 2004, la création du secteur optionnel et la réouverture du secteur 2 ont donné lieu, dès le départ, à des divergences d'interprétation entre caisses et syndicats et à un refus des caisses. Un rapport de l'IGAS de 2006 résumait bien la situation (9). L'IGAS récusait la réouverture du secteur 2 comme posant des problèmes majeurs pour l'accès aux soins chirurgicaux et s'interrogeait sur le risque du secteur optionnel à dépassements négociés, d'une part pour l'accès aux soins, d'autre part, pour le coût des compensations nécessaires pour y attirer les spécialistes de secteur 2, surtout si cela concernait tous les spécialistes.

IV. Bref état des lieux des dépassements d'honoraires

D'après le rapport de l'IGAS d'avril 2007 (3), en 2004 :

- 38% de l'ensemble des spécialistes étaient en secteur à dépassements d'honoraires avec une répartition inégale selon les spécialités ; principalement les chirurgiens (82%) les ORL, les gynécologues, les ophtalmologistes. Ce pourcentage a augmenté régulièrement (il était de 35% en 1985)
- 13% des généralistes étaient en 2004 en secteur 2 à dépassements d'honoraires. Ce pourcentage a baissé depuis 1985.

Les dépassements d'honoraires se sont élevés à 2 milliards d'euros (sur les 18 milliards d'honoraires totaux) et le montant des dépassements d'honoraires, en moins de 15 ans, a doublé. Selon le rapport Briet et Fragonard de septembre 2007 (10) : sur les 400 euros de Reste à Charge annuel par assuré (part non prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire) 150 euros en moyenne sont liés aux dépassements d'honoraires.

Répercussions négatives du secteur optionnel sur l'accès aux soins

Initialement discuté avec les chirurgiens, ce secteur optionnel, s'il était mis en place, permettrait l'extension à de nouvelles catégories de médecins du droit aux dépassements d'honoraires.

Ne nous laissons pas leurrer par les défenseurs du secteur « optionnel », qui ne sera en rien optionnel pour les patients.

- *Ce serait un moindre mal, puisqu'il permettrait de contenir et moraliser les dépassements ?*

C'est faux : les dépassements « encadrés » remplaceront le tarif opposable du secteur 1 et les dépassements « libres » du secteur 2 persisteront.

- *Les patients seraient correctement remboursés ?*

C'est faux : le remboursement de l'Assurance Maladie se fera sur la base du tarif opposable. Pour payer les dépassements, les assurés devront cotiser à des assurances complémentaires et donc leur RAC (Reste A Charge) va augmenter.

- *L'Assurance Maladie et les assurances complémentaires seraient la même chose ?*

C'est faux : les cotisations à l'Assurance maladie sont proportionnelles aux revenus, celles aux assurances complémentaires sont le plus souvent indépendantes des revenus, mais augmentent avec l'âge et parfois l'état de santé. 8% de la population n'a pas de couverture complémentaire.

- *Ce serait une bonne réponse à la question de la rémunération des médecins ?*

C'est faux : ce secteur va permettre de revaloriser le tarif des actes médicaux aux dépens des patients, mais laissera intact le problème des inégalités de revenus, liées au paiement à l'acte, et le différentiel des tarifs entre catégories de médecins.

Le secteur optionnel entraînerait rapidement la suppression de toute offre de soins à tarif opposable dans certaines spécialités et secteurs géographiques (3). Le rapport de l'IGAS de 2007 sur les dépassements d'honoraires est pour ces raisons très réticent sur la réouverture d'un tel secteur.

CONCLUSION : Ce secteur optionnel ouvrirait la porte, à terme, à une généralisation des dépassements d'honoraires et à la fin des tarifs opposables. Il aboutirait donc à un renforcement de la place des complémentaires, qui rembourseraient les dépassements d'honoraires à la charge des seuls assurés ayant les moyens de payer des cotisations de plus en plus chères.

Notes :

1) http://www.gie-sml.fr/lesml/doc/point_d_etape_general.pdf

2) Communiqué de presse du CISS à propos du secteur optionnel :

<http://www.leciss.org/communiqués-de-presse/back/16/article/negociations-conventionnelles-le-secteur-optionnel-menace-legalite-dacces-aux-soins.html>

3) Rapport de l'IGAS d'avril 2007 sur les dépassements d'honoraire

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000319/0000.pdf>

4) Il faut noter que la convention médicale de 2005 a donné le droit aux spécialistes de secteur 1 de pratiquer des dépassements d'honoraires plafonnés à 17,5 % quand le patient consulte hors parcours de soin (le remboursement est par ailleurs abaissé à 50% du tarif opposable, moins 1 euro)

5) La convention médicale de 2005 a par ailleurs instauré une « option de coordination » ouverte aux spécialistes du secteur 2 : si le patient est dans le parcours de soin le praticien doit respecter le tarif opposable pour les consultations et peut faire des dépassements jusqu'à 15% pour les actes techniques. Hors parcours, il peut dépasser jusqu'à 233% pour les consultations et les actes techniques. La contrepartie de l'entrée dans l'option est la prise en charge par l'assurance maladie d'une partie de ses cotisations sociales. Seuls quelques centaines de spécialistes ont choisi cette option.

6) http://www.gie-sml.fr/lesml/doc/point_detape-secteur_optionnel.pdf

7) Extrait de Newsletter n°309 du 27 juillet 2008 de l'annuaire sécu <http://www.annuaire-secu.com>

8) http://www.ucdf.net/recup/DOSSIER_DOCCHIR/DOC_04_08_24_RELEVÉ.htm?PHPSESSID=78d947c8d15bf2c2badf88933e027c68

9) Rapport de l'IGAS d'août 2006 http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/igas_guidicelli/rapport.pdf

10) http://www.premier-ministre.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_bouclier_sanitaire.1.pdf

Document rédigé le 29 juillet 2008, par Marie Kayser