

Délibération n° CONS. – 15 – 16 septembre 2016 – Avis relatif à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie.

Par lettre en date du 29 août 2016, notifiée par courrier, la Direction générale de l'UNOCAM a saisi l'UNOCAM pour avis, en application des articles L. 162-14-3 et L. 162-15 du code de la sécurité sociale, de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, signée le 25 août 2016 par l'UNOCAM, MG France, la FMF et Le Bloc.

En date du 3 février 2016, le Conseil de l'UNOCAM avait décidé, à l'unanimité, que l'UNOCAM participerait aux négociations conventionnelles avec les médecins libéraux en vue de favoriser l'amélioration de l'accès aux soins et la réorganisation de l'offre de soins.

L'UNOCAM a participé aux négociations conventionnelles qui se sont tenues du 24 février au 27 juillet 2016.

Réuni le 16 septembre 2016, son Conseil a délibéré sur la convention nationale des médecins libéraux.

*

L'UNOCAM partage la volonté des partenaires conventionnels de revaloriser la pratique médicale, notamment clinique, en particulier des médecins traitants.

Les augmentations tarifaires sont ciblées sur certaines consultations et certains actes techniques. Elles confortent le rôle primordial du médecin traitant, ce qui doit améliorer la prise en charge des patients.

La convention nationale présente un coût global qui est très élevé, non seulement pour l'assurance maladie obligatoire, mais aussi pour l'assurance maladie complémentaire. Les organismes complémentaires d'assurance maladie contribuent largement au financement des revalorisations.

Compte tenu de leurs résultats techniques en 2015, ce surcoût se traduira nécessairement par une hausse des cotisations à la charge des adhérents ou assurés comme des entreprises (employeurs et salariés).

*

L'UNOCAM note avec satisfaction que les partenaires conventionnels ont pris en compte les contraintes de gestion des organismes complémentaires d'assurance maladie à l'occasion du remplacement du contrat d'accès aux soins par les options de pratique tarifaire maîtrisée¹. Sur ce sujet, l'UNOCAM vient d'ailleurs d'engager une démarche auprès de la Direction de la Sécurité sociale. Pendant cette phase de transition, les pouvoirs publics doivent prendre toutes les mesures nécessaires pour accompagner les organismes complémentaires d'assurance maladie.

*

La convention nationale prévoit de poursuivre le développement des rémunérations forfaitaires, en particulier avec la création d'un forfait patientèle médecin traitant. Avant d'envisager la poursuite de la participation financière des organismes complémentaires d'assurance maladie, les partenaires conventionnels ont reconnu la nécessité de faire évoluer les modalités de financement de certains forfaits² ; l'UNOCAM s'en réjouit. Elle accueille en effet favorablement l'ouverture d'un chantier portant sur la définition, avant la fin 2017, d'une modalité technique et financière devant permettre à chaque organisme complémentaire d'assurance maladie de cofinancer le forfait patientèle médecin traitant à compter de 2018, en toute transparence pour les praticiens, pour les adhérents ou assurés et pour les entreprises (employeurs et salariés).

La définition de ce dispositif revêt un caractère stratégique pour l'assurance maladie complémentaire. Si les travaux qui viennent d'être engagés avec la CNAMTS ne donnent aucune certitude sur le dégageant avant la fin 2016 et la mise en place courant 2017 d'une solution technique et financière, l'UNOCAM s'engage à les continuer avec l'assurance maladie obligatoire pour chercher une solution qui permette de garantir au forfait patientèle médecin traitant un cofinancement transparent pour les médecins, les adhérents ou assurés et les entreprises (employeurs et salariés).

La convention nationale contient une proposition, faite par l'UNOCAM à l'UNOCAM, d'augmenter la contribution des organismes complémentaires d'assurance maladie de 100 millions d'euros en 2018 puis de 50 millions d'euros en 2019³. Cet effort supplémentaire porterait la contribution des organismes complémentaires

¹ Extrait du sous-titre 3 de la convention nationale : « Dans les contrats d'assurance maladie complémentaire déjà souscrits à titre collectif ou individuel, les partenaires conventionnels demandent aux pouvoirs publics de considérer que les garanties faisant référence au "contrat d'accès aux soins" visent désormais l'OPTAM et l'OPTAM-CO. »

² Extrait de l'article 15.4.1 de la convention nationale « L'UNOCAM, l'UNOCAM et les syndicats médicaux considèrent que la participation des organismes complémentaires d'assurance maladie au financement des rémunérations forfaitaires des médecins traitants, qui a été amorcée dans la convention précédente, peut se poursuivre si elle prend une forme différente »

³ Extrait de l'article 15.4.1 de la convention nationale : « L'UNOCAM propose à l'UNOCAM que, dans le cadre de la mise en place de cette nouvelle modalité, la participation des organismes complémentaires d'assurance maladie au financement du forfait patientèle médecin traitant (MTF) soit portée de 150 millions d'euros en 2017 à 250 millions d'euros en 2018 et 300 millions d'euros en 2019. L'UNOCAM se prononcera sur cette proposition lors de son Conseil du 16 septembre 2016, lors duquel elle délibérera sur son adhésion à la présente convention. »

d'assurance maladie au cofinancement du nouveau forfait patientèle médecin traitant à 250 millions d'euros en 2018 et à 300 millions d'euros en 2019.

L'incertitude sur la définition des modalités de financement de ce forfait d'une part et l'importance des montants demandés aux organismes complémentaires d'assurance maladie d'autre part conduisent l'UNOCAM à ne pas accepter, en l'état, cette proposition.

C'est pourquoi l'UNOCAM décide de ne pas signer aujourd'hui la convention nationale des médecins libéraux.

Sa signature reste conditionnée à la définition des modalités de mise en œuvre du forfait patientèle médecin traitant avec l'assurance maladie obligatoire.

Délibération adoptée par 32 voix pour et 1 voix contre (celle du Régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle)