

Chapitre X

La prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des professionnels libéraux de santé

PRESENTATION

En échange, à l'origine, de leur engagement dans une relation conventionnelle avec l'assurance maladie, les médecins appliquant les tarifs conventionnels sans dépassement et les autres professionnels libéraux de santé -chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux²⁶¹- bénéficient de la prise en charge d'une grande partie de leurs cotisations sociales. Ce dispositif a donné lieu à la création de régimes d'assurance spécifiques (maladie en 1960, avantage supplémentaire retraite, à partir de 1962) et à l'édiction de règles particulières (cotisations personnelles d'allocations familiales, à partir de 1990).

Méconnues des assurés sociaux et parfois des intéressés eux-mêmes, ces niches sociales constituent une charge annuelle importante pour l'assurance maladie (2,2 Md€) et devraient constituer un levier essentiel de la politique qu'elle mène dans le cadre conventionnel avec les représentants de ces professions. C'est pourquoi la Cour a décidé d'examiner leurs modalités et leur efficacité.

Elle a constaté que la participation de l'assurance maladie au financement de la couverture sociale des professions de santé s'est progressivement diversifiée et étendue pour représenter désormais une contribution substantielle au revenu des professionnels concernés (I). Dès lors que malgré son coût élevé elle ne joue en pratique qu'un rôle des plus limités dans la dynamique conventionnelle et que sa contrepartie en termes de facilité et d'égalité d'accès aux soins des patients apparaît peu assurée, il importe de remettre ces dispositifs au service des objectifs prioritaires de l'assurance maladie, en particulier de la lutte contre les « déserts médicaux » et de la régulation des dépassements d'honoraires (II).

I - Un dispositif en expansion continue

L'accumulation et la stratification des contributions de l'assurance maladie au financement de la protection sociale des diverses professions de santé ont abouti à un dispositif complexe et peu lisible dont l'apport au revenu des intéressés est important.

261. Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes.

A – Des prises en charge croissantes

Auparavant limitée aux cotisations d'assurance-maladie des médecins du secteur 1²⁶² et des autres professionnels de santé, la participation de l'assurance maladie s'est élargie à d'autres cotisations (vieillesse, famille), d'abord en faveur des médecins, puis des autres professions. Surtout, sa logique a connu un changement profond quand son bénéfice a été étendu à des praticiens du secteur 2 autorisés à facturer des dépassements d'honoraires. De fait, la loi de 2004 portant réforme de l'assurance maladie a accordé une grande liberté aux négociations conventionnelles à cet égard. La liste de prises en charge s'allonge de fait au fil des années, au gré des discussions de l'assurance maladie avec les représentants des différentes professions.

1 – Les cotisations d'assurance maladie : un dispositif spécifique ancien et, par certains aspects, archaïque

Cette prise en charge, dont l'origine remonte à 1960, se fait dans le cadre d'un régime particulier, celui des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC), géré par l'assurance maladie²⁶³. Sont affiliés à ce dernier les médecins du secteur 1, les autres professionnels de santé et, s'ils le souhaitent, les praticiens du secteur 2, mais, en ce cas, sans le bénéfice d'une prise en charge. Ces derniers peuvent également s'inscrire au régime social des indépendants (RSI), ce qui est le cas de la grande majorité d'entre eux.

La participation de l'assurance maladie équivaut à une prise en charge quasi complète (9,7 % pour un taux de 9,81 %). Depuis 2004, les différentes conventions ou certains avenants ont restreint l'assiette de prise en charge aux seuls revenus tirés d'honoraires conventionnels hors dépassements, hormis le cas des forfaits CMUC : ainsi pour les médecins en 2005 et pour les chirurgiens-dentistes et les masseurs-kinésithérapeutes en 2006. Les partenaires conventionnels ont, en effet, estimé qu'il n'était ni légitime ni utile que les professionnels de santé continuent de bénéficier d'un tel avantage au titre des dépassements

262. La convention médicale de 1980 a ouvert le droit de pratiquer des « honoraires différents ». Il permet aux médecins qui ont choisi d'exercer dans le « secteur 2 » de pratiquer des dépassements, ce qui n'est pas le cas des praticiens restés dans le « secteur 1 » à l'égard desquels les tarifs de la sécurité sociale conservent donc en principe un caractère opposable. La convention de 1990 a limité l'accès au secteur 2 aux médecins qui s'installent et possèdent certains titres.

263. Selon des règles définies aux articles L. 722 et suivants du code de la sécurité sociale.

qu'ils ont parfois le droit de pratiquer. De fait, ces derniers devenaient particulièrement importants dans certains cas, comme celui des chirurgiens-dentistes, dont ils représentent près de la moitié des honoraires.

Par ailleurs, certaines professions peuvent exercer une partie substantielle de leur activité en-dehors du cadre conventionnel et percevoir à ce titre des honoraires non-remboursables.

Les problèmes liés aux revenus tirés d'activités non-conventionnées.

Certains professionnels peuvent réaliser à la fois des actes remboursables et non-remboursables (par exemple l'implantologie dentaire ou l'ostéopathie pratiquée par les masseurs-kinésithérapeutes). Ces derniers, comme les dépassements facturés à l'occasion d'actes remboursables, se trouvaient naturellement exclus de l'assiette de prise en charge de cotisations. A la différence de tous les autres honoraires, ils devaient, de plus, être déclarés à un autre régime que celui des PAMC, à savoir le RSI, qui les assujettissait à des taux différents.

Ce régime complexe, longtemps incertain juridiquement, peu compréhensible par les intéressés et conduisant à une multiplicité de déclarations a fait l'objet de critiques dans le RALFSS de 2010, à l'occasion d'une insertion sur les chirurgiens-dentistes²⁶⁴. En particulier, les professionnels devaient cotiser à deux caisses (gérant respectivement le régime des PAMC ou le RSI) tout en ne bénéficiant de prestations de maladie que de la part d'une seule (PAMC). Conformément à une recommandation de la Cour²⁶⁵ la LFSS pour 2011 a réintégré les revenus afférents dans l'assiette des cotisations au régime des PAMC, à l'instar des dépassements, mais ce, dans une limite fixée par décret à cinq plafonds de la sécurité sociale.

Cette simplification a donc laissé subsister un taux de 0 % pour les revenus très élevés tirés d'actes non remboursables au-delà de cinq plafonds, ce qui n'apparaît pas justifié. En outre, il s'en faut de beaucoup que toutes les dispositions aient été prises afin de s'assurer que les professionnels font une déclaration exhaustive de ces revenus auprès des administrations tant fiscales que sociales et afin de s'assurer que ces dernières n'assument pas de prises en charge indues de cotisations au titre de revenus déclarés à tort issus d'activités conventionnées.

Ces risques seraient sensiblement réduits en imposant l'obligation de faire figurer sur les feuilles de soins la totalité des actes effectués et des honoraires perçus. Ceci permettrait également un meilleur suivi statistique de l'activité des professionnels de santé et de leurs revenus.

264. Voir le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2010, chapitre XIII sur les soins dentaires, p. 317 et suivantes.

265. RALFSS 2010, p. 350, recommandation n° 56.

Le régime des PAMC est l'un des derniers régimes de sécurité sociale à ne pas avoir aligné sur l'année civile la période d'ouverture des droits, avec celui des étudiants, pour lesquels cette particularité apparaît plus justifiée. En effet, la période d'assurance va du 1er mai de l'année N au 30 avril de N+1. En outre, les cotisations sont calculées sur la base des revenus de N-2 déclarés en N-1, contrairement aux cotisations d'allocations familiales ou à la CSG /CRDS, calculées à titre provisionnel sur les revenus de N-2 puis faisant l'objet d'une régularisation en N+1 sur la base des revenus de N.

2 – La prise en charge de la cotisation personnelle d'allocations familiales : une extension en faveur de nouvelles professions

Cette prise en charge a été instituée initialement en faveur des seuls médecins du secteur 1, en contrepartie du gel du secteur 2 par la convention médicale de 1990. Elle est limitée aux seuls revenus tirés d'honoraires conventionnels sans dépassements.

Cotisations d'allocations familiales des praticiens du secteur 1

En %

| | Taux pris en charge par l'assurance maladie | Taux effectif supporté par le praticien |
|---|---|---|
| Sous le plafond de la sécurité sociale | 5 | 0,4 |
| Au-dessus du plafond de la sécurité sociale | 2,9 | 2,5 |

Source : DSS

A la suite d'un avenant à leur convention nationale conclu en septembre 2008, les infirmiers(ères) libéraux(ales) ayant adhéré au « contrat de santé solidarité », à raison de l'exercice de leur activité en zone très sous dotée, bénéficient d'une prise en charge à 100 % des cotisations d'allocations familiales²⁶⁶ assises sur les revenus tirés d'honoraires conventionnels hors dépassement. Parallèlement, l'accès au conventionnement dans les zones « surdotées » est subordonné au fait qu'un(e) infirmier(ère) conventionné(e) y cesse définitivement son activité.

Des avenants, respectivement à la convention des masseurs-kinésithérapeutes libéraux (signé en novembre 2011) et à celui des sages-femmes (signé en janvier 2012) prévoient une prise en charge de la

²⁶⁶ Ils (elles) doivent tirer les deux tiers de leurs revenus liés leur activité libérale conventionnelle de la zone très sous dotée. D'autres conditions relatives à l'exercice de cette activité s'ajoutent par ailleurs.

totalité des cotisations familiales dans le cadre de « contrats incitatifs » proposés dans les zones « très sous dotées » et « sous dotées », de même qu'une régulation des installations dans les zones « surdotées ». Les orthophonistes se voient offrir une aide analogue au maintien ou à l'installation en zones très sous dotées depuis un avenant à leur convention signé en mars 2012, un encadrement du conventionnement en zones sur dotées étant envisagé à l'issue d'une période d'expérimentation, si les objectifs d'évolution de leur répartition démographique ne sont pas atteints.

3 – Les régimes d'assurance vieillesse supplémentaire : un surcoût important

Ces régimes de retraite supplémentaires par points, institués par décret en juillet 1962 puis rendus obligatoires dans les années 1970, sont financés par des cotisations forfaitaires selon les professions. Ils s'ajoutent, pour les intéressés, aux régimes de base des professions libérales et aux régimes complémentaires gérés par leurs sections professionnelles, tous également obligatoires. L'assurance maladie prend en charge deux tiers de ces cotisations pour les médecins du secteur 1 et les autres praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, les médecins inscrits en secteur 2 en supportant le coût à hauteur de 100 %. Comme les autres prises en charge, ils relèvent du cadre conventionnel, mais le niveau des cotisations est fixé par décret (article L. 645-2 du CSS).

Les perspectives financières très sombres de ces régimes ont conduit la LFSS pour 2006 à jeter les bases d'une réforme destinée à garantir leur pérennité. Un certain nombre d'ajustements ont été effectivement réalisés depuis. Ceux-ci ont d'abord concerné les directeurs de laboratoire d'analyse médicale non-médecins (2007), les chirurgiens-dentistes (2007) et les auxiliaires médicaux (2008). Ces réformes ont pris la forme d'accords sur une hausse du forfait, sur l'instauration d'une cotisation d'ajustement proportionnelle au revenu jusqu'à cinq plafonds de sécurité sociale, donnant lieu l'une comme l'autre à une prise en charge à 50 % (et non aux deux tiers) par l'assurance maladie. Selon la direction de la sécurité sociale, le surcoût annuel de ces réformes pour l'assurance maladie atteindra 73 M€ à la fin de la période de montée en charge, c'est-à-dire en 2012.

Dans le cas des médecins libéraux, un décret du 26 novembre 2011 a prévu une hausse des cotisations et une baisse de la valeur de service du point de retraite. Ces mesures entraîneront un surcoût annuel de 190 M€ à partir de 2017 pour l'assurance maladie, qui continuera à prendre en charge ces cotisations (dans le cas des praticiens du secteur 1) à hauteur des deux tiers. Ceci correspond à une hausse de la charge actuelle

supportée au titre de l'ensemble des régimes d'assurance vieillesse supplémentaire (ASV) supérieure à 50 % et à une augmentation du coût de toutes les formes de prise en charge de cotisations, de l'ordre de 10 %.

4 – L'option de coordination et sa réforme récente : un changement fondamental avec l'élargissement des prises en charge de cotisations au secteur 2

Depuis la réforme de l'assurance-maladie de 2004, plus aucune disposition législative ne s'oppose à la prise en charge par les caisses d'une partie des cotisations dues par les professionnels du secteur 2, cette participation (et ses modulations) relevant désormais de la politique conventionnelle²⁶⁷. Cette disposition a été utilisée en 2005 à l'occasion de la mise en place de l'option de coordination destinée à limiter les dépassements d'honoraires.

L'assurance-maladie prend à sa charge une partie des cotisations sociales acquittées par les médecins en secteur 2 qui y ont adhéré et qui ont respecté les conditions posées par la convention médicale pour l'exercice de cette option, notamment le respect d'un plafond de dépassement par acte de 20 % du tarif conventionnel²⁶⁸. Les médecins du secteur 2 sont éligibles à cet avantage sur la fraction des revenus tirés des honoraires sans dépassement, qu'ils soient affiliés au régime des PAMC ou au RSI. Cependant, ce dispositif a eu peu de succès puisqu'en 2011, le nombre de praticiens ayant adhéré à cette option n'était que de 1 300.

Un décret du 21 mars 2012 a toutefois étendu l'option de coordination aux médecins exerçant une spécialité chirurgicale, obstétricale et d'anesthésie-réanimation qui s'engagent à respecter un plafond de dépassement de 50 % de sa valeur (et non plus de 20 %), tandis qu'un décret du même jour prévoit que ces dépassements seront pris en charge

267. Selon l'article L. 162-14-1, les conventions définissent « les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires en application des articles L. 242-11 (allocations familiales), L. 645-2 (ASV) et L. 722-4 (maladie, maternité, décès) ; la ou les conventions fixent l'assiette et le niveau de cette participation et les modalités de sa modulation, notamment en fonction du lieu d'exercice ; elles fixent également les modalités de calcul et de répartition entre régimes de cette participation ».

268. Les trois conditions fixées par la convention médicale sont : 1) d'appliquer les tarifs opposables pour les actes cliniques dispensés dans le cadre du parcours de soins coordonnés ; 2) d'appliquer des dépassements maîtrisés plafonnés, par acte facturé, à 20 % des tarifs opposables pour les actes techniques dispensés dans ce cadre ; 3) de réaliser au moins 30 % de son activité en tarifs opposables.

par les organismes complémentaires dans le cadre des contrats dits « responsables »²⁶⁹. Un nouveau décret doit étendre une telle disposition aux dépassements autorisés par l'option de coordination pour l'ensemble des praticiens du secteur 2, mais cette fois-ci sous une condition de plafond, maintenue, de 20 % de la valeur des actes.

Pour les trois spécialités mentionnées ci-dessus, en contrepartie de l'engagement de réaliser au moins 30 % de l'activité à tarif opposable, sans précision quant aux patients concernés, de plafonner les dépassements à 50 % dans les autres cas, les médecins de secteur 2 bénéficieront de la prise en charge par l'assurance maladie de leurs cotisations sociales (maladie, famille, ASV), comme pour les praticiens du secteur 1. L'impact financier de ce dispositif n'est pas connu.

Ces initiatives font suite aux discussions, anciennes et laborieuses, qui ont eu lieu entre partenaires conventionnels sur un projet de secteur dit « optionnel », intermédiaire entre secteurs 1 et 2. Les syndicats médicaux voulaient que ce nouvel espace tarifaire soit ouvert aux praticiens du secteur 1 possédant les titres pour exercer en secteur 2 mais restés « prisonniers » de leur choix d'origine. De leur côté, les représentants des organismes complémentaires estiment qu'il ne permettrait pas de limiter efficacement les dépassements d'honoraires mais pourrait même contribuer à leur accroissement dans les zones où ils sont les plus faibles, ce qui les obligerait à augmenter leur taux de cotisation.

*
* *

Comme le fait apparaître le tableau récapitulatif ci-après, la prise en charge par l'assurance maladie de leurs cotisations ne laisse désormais supporter aux professionnels libéraux de santé qu'une part réduite du coût de leur protection sociale.

269. Ces derniers (90 % du marché des couvertures complémentaires) donnent droit à un taux minoré de taxe sur les contrats d'assurance et certains avantages fiscaux et sociaux au titre des contrats collectifs obligatoires en entreprise.

Modalités de prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé

| Type de cotisation | Professionnels concernés | Prise en charge par le professionnel | Prise en charge par l'assurance maladie | Assiette de calcul |
|--------------------|---|--|--|---|
| Maladie | Médecins du secteur 1 et praticiens du secteur 2 affiliés au régime des PAMC ayant adhéré à « l'option de coordination » Chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux | 0,11 % | 9,7 % | Revenu tiré d'honoraires conventionnés sans dépassements de N-2 |
| | Médecins du secteur 2 affiliés au RSI ayant adhéré à l'option de coordination | 0% | 6,5% jusqu'à un plafond de de la sécurité sociale, 5,9% jusqu'à 5 plafonds | Revenu tiré d'honoraires conventionnés sans dépassements de N |
| Famille | Médecins du secteur 1 et du secteur 2 ayant adhéré à « l'option de coordination » | 0,4 % sous plafond, 2,5 % au-dessus du plafond | 5 % sous plafond, 2,9 % au-dessus du plafond | Revenu tiré d'honoraires conventionnés sans dépassements de N |
| | Infirmiers(ères) ayant adhéré au « contrat de santé solidarité », masseurs-kinésithérapeutes (« contrat incitatif masseur-kinésithérapeutes »), sages-femmes (« contrat incitatif sage-femme »), orthophonistes (« contrat incitatif orthophoniste ») | 0% | 5,4% | Revenu tiré d'honoraires conventionnés sans dépassement de N |
| ASV | Médecins du secteur 1, sages-femmes ²⁷⁰ | 1/3 du forfait prévu pour la profession | 2/3 du forfait prévu pour la profession | Forfait par profession |
| | Médecins du secteur 2 ayant adhéré à « l'option de coordination » | 1/3 du forfait des médecins modulé | 2/3 du forfait des médecins modulé | Forfait modulé = (forfait prévu pour les médecins) X (revenu tiré d'honoraires sans dépassements sur le total des honoraires) |

Source : DSS, Cour des comptes

L'élargissement de ces prises en charge aux médecins du secteur 2 modifie fondamentalement la logique du dispositif, en ne faisant plus

270. Pour certaines autres professions (chirurgiens dentistes, auxiliaires médicaux) cette répartition des prises en charges des cotisations ASV est différente.

dépendre les prises en charge du strict respect du cadre conventionnel mais de la limitation des dépassements d'honoraires.

B – Une contribution substantielle au revenu des professions de santé

En 2011, le coût de ces différentes prises en charge pour l'assurance maladie a atteint 2,2 Md€. Les cotisations d'assurance maladie en représentent la part la plus importante (66%), devant les cotisations vieillesse (21%) et les cotisations personnelles d'allocations familiales des médecins du secteur 1 (13 %)²⁷¹.

Ce total s'est accru de 13 % entre 2003 et 2011, passant de 1,75 Md€ à 2,2 Md€ (+1,5 % par an), alors que s'éteignait le dispositif MICA²⁷², qui représentait encore 5 % de ce coût global en 2003. Hors MICA, la charge liée à ces niches sociales a augmenté de près de 19 %, soit +2,5 % par an.

Pour les médecins du secteur 1, cette participation de l'assurance maladie représente une part conséquente des revenus : 17,2 % en 2008 dans le cas des généralistes et de près de 16 % dans celui des spécialistes²⁷³. Constituant 34 % de l'ensemble des professionnels libéraux de santé éligibles à celle-ci²⁷⁴, ils ont été destinataires, en 2010, de 61 % de l'effort global à ce titre de l'assurance maladie (1,2 Md€). De fait, ils bénéficient d'une prise en charge des cotisations d'allocations familiales, qui leur est assez largement spécifique et, au titre de l'ASV, d'une prise en charge aux deux tiers du forfait le plus élevé des professions de santé²⁷⁵.

271. Les cotisations prises en charge au titre du mécanisme d'incitation à la cessation d'activité des médecins (MICA), en extinction, en représentent par ailleurs 1 %.

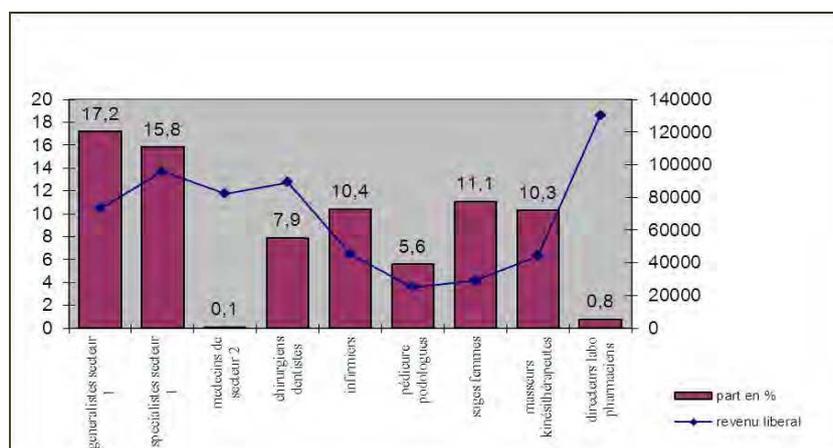
272. Le MICA mis en place en 1988 pour réguler la démographie médicale, finançait un revenu de remplacement au profit des médecins qui cessaient leur activité professionnelle avant 60 ans et ce, jusqu'à l'âge de 65 ans. Son accès a été fermé en 2003.

273. Source : rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2009.

274. Soit environ 86 000 praticiens (53 500 généralistes et 32 300 spécialistes) sur 250 000 professionnels, hors médecins du secteur 2 (encore peu concernés en 2010).

275. 2 400 € par an pour un médecin du secteur 1 (contre 150 € pour un masseur-kinésithérapeute). Par ailleurs, la pension afférente représente en moyenne 1 000 €, soit 39 % du total de sa retraite et à peu près autant que celle que lui verse le régime complémentaire (19 % pour la pension du régime de base).

Part des cotisations 2010 prises en charge par l'assurance maladie dans le revenu libéral annuel moyen de chaque profession en 2008



Source : ACOSS, CAVP, calculs DSS

L'avantage correspondant atteint 5,6 % du revenu des pédicures, 11,1 % pour les sages-femmes et un peu plus de 10,3 % pour les masseurs-kinésithérapeutes ainsi que pour les infirmier(ère)s. Il est moindre pour les chirurgiens-dentistes (7,9 %) depuis la réforme de l'assiette de participation puisque leurs honoraires se composent de dépassements pour près de la moitié.

A titre illustratif, la contribution financière que représente cette prise en charge a été comparée au tarif de certaines prestations, parmi les plus courantes effectuées par les différentes professions concernées :

Montant de prise en charge de cotisations maladie et famille pour certains actes courants

En €

| Profession | Prestation | Tarif conventionnel | Prise en charge de cotisations sociales |
|----------------------------------|--|-------------------------|---|
| Médecin du secteur 1 | Consultation | 23 | 3,38 en dessous du plafond de la sécurité sociale, 2,90 au-dessus |
| Médecin spécialiste du secteur 1 | Avis ponctuel de consultant | 46 | 6,76 en dessous du plafond de la sécurité sociale, 5,80 au-dessus |
| Chirurgien-dentiste | Traitement d'une carie une face | 16,90 (tarif opposable) | 1,64 |
| Infirmier(ère) | Séance de soins infirmiers (y compris un déplacement de 10 km en plaine) | 14,95 | 1,45 |
| Masseur-kinésithérapeute | Séance de rééducation d'un membre | 15,30 | 1,48 |
| Sage-femme | Consultation dans le cadre du suivi d'une grossesse | 19 | 1,84 |
| Sage-femme | Surveillance d'un accouchement | 106 | 10,28 |

Source : Cour des comptes

Par ailleurs, ces différentes professions bénéficient d'une prise en charge de cotisations retraite au titre des régimes ASV, à caractère forfaitaire et donc, en première analyse, indépendante de la valeur des actes. Toutefois, si l'on rapportait le montant de l'avantage ainsi accordé à un médecin du secteur 1 au (seul) nombre moyen de consultations qu'il donne au cours d'une année, il conviendrait d'ajouter 0,68 € aux 3,38 € déjà pris en charge, pour une consultation au tarif de 23 € (en-deçà du plafond de la sécurité sociale), soit 4,06 € au total.

Le coût des actes pour l'assurance maladie ne se réduit pas à la question du montant opposable sur lequel se cristallisent les négociations conventionnelles. Les assurés sociaux et souvent les professionnels de santé eux-mêmes, n'en ont aucune perception, faute que l'assurance maladie mette en valeur cet effort pourtant particulièrement coûteux.

Les « niches fiscales » des médecins

Certaines d'entre elles ont pour objectif d'inciter les médecins au conventionnement avec la sécurité sociale afin d'améliorer la connaissance des revenus de cette catégorie de professionnels. En cas d'adhésion à une association agréée de gestion, les médecins conventionnés du secteur I peuvent bénéficier d'une dispense de majoration de 25 % des revenus et d'une déduction de 3 % sur leurs recettes conventionnelles au titre de la première année d'adhésion. De plus, ils sont autorisés à pratiquer sur leurs revenus un abattement forfaitaire ainsi qu'un abattement de 2 % représentatif de certains frais. Le coût total de ces mesures est estimé à 40 M€²⁷⁶. L'existence de ces niches, compte tenu de la modernisation de l'administration fiscale, a aujourd'hui peu de raison de perdurer.

Une autre niche fiscale créée en 2005 permet aux médecins installés dans certaines zones de bénéficier d'une exonération d'impôt sur le revenu (à hauteur de 60 jours par an) pour la rémunération perçue au titre de la permanence des soins. Son coût est estimé à 5 M€ par an.

*

* *

Malgré leur coût élevé pour l'assurance maladie, de telles prises en charge sont peu visibles et peu lisibles pour leurs bénéficiaires et pour les assurés. De fait, ces avantages sociaux coûteux sont aujourd'hui essentiellement devenus une modalité de soutien aux revenus, d'autant plus facilement substituable à une hausse des honoraires qu'elle ne se traduit pas, à la différence d'un ajustement tarifaire, par une hausse du ticket modérateur pesant sur les assurés sociaux.

276. Rapport du conseil des prélèvements obligatoires « Entreprise et « niches » fiscales et sociales », octobre 2010, p. 225 et p. 241.

II - Des prises en charge ayant perdu leur raison d'être, qui doivent être fermement recentrées sur des objectifs de facilité et d'égalité d'accès aux soins

La substitution de l'assurance maladie aux professionnels de santé pour l'acquittement de leurs cotisations sociales est devenue inopérante au regard de son objectif initial : favoriser un égal accès aux soins.

A – Un dispositif désormais sans réelles contreparties de meilleur accès aux soins

1 – Un rôle désormais mineur pour l'adhésion aux conventions

La prise en charge de cotisations sociales dues par les professions de santé s'inscrivait initialement dans la montée en puissance d'une démarche conventionnelle promue par les pouvoirs publics, qui visait à un certain encadrement de leur liberté tarifaire (sous-tendue par le principe de l'« entente directe » sur les honoraires entre professionnel et patient).

Cette participation de l'assurance maladie ne constitue plus un élément déterminant du choix ultra-majoritaire des professionnels de santé libéraux, du conventionnement au moment de leur installation, qui a pour facteur essentiel la solvabilisation de la demande qu'autorise le remboursement des soins aux patients par l'assurance maladie. Du fait d'une absence de conventionnement, la fuite de sa patientèle -hormis pour quelques spécialistes renommés- lui serait bien plus préjudiciable que la perte de la prise en charge de cotisations sociales. Au final, cet avantage social ne joue plus véritablement de rôle dans l'engagement dans le cadre conventionnel.

De fait, si un règlement conventionnel minimal pris faute d'accord conventionnel peut prévoir une prise en charge minorée des cotisations sociales²⁷⁷, cette minoration est restée extrêmement modérée quand les pouvoirs publics ont fait application de cette décision lors du blocage des discussions avec les médecins spécialistes à la fin des années 1990 et au début des années 2000 : le taux de prise en charge n'a été réduit, pour les cotisations d'assurance maladie, que de 9,7 % à 8,2 % (le taux du prélèvement supporté par les spécialistes du secteur 1 passant donc de 0,11 % à 1,61 %) et pour les cotisations personnelles d'allocations familiales, de 5 % à 4,3 % dans la limite du plafond de sécurité sociale et

277. Articles L. 162-5-11 et L. 722-4-1 du code de la sécurité sociale.

de 2,9 % à 2,5 %, au-delà. A l'évidence, les avantages sociaux pris en charge par l'assurance maladie n'ont pas alors été considérés comme un levier essentiel pour obtenir la finalisation d'une convention.

2 – Un faible impact sur le choix des médecins de leur mode d'exercice

Entre 1980 et 1990, tous les médecins conventionnés pouvaient décider de s'installer en secteur 2, ce qui leur ouvrait le droit de pratiquer des dépassements mais leur faisait perdre l'avantage lié à la prise en charge de cotisations. Devant le succès trop important de cette formule, la convention médicale de 1990 a fortement encadré l'exercice d'une telle option, en la subordonnant à la possession de certains titres liés à une activité dans un établissement hospitalier public ou privé participant au service public hospitalier. L'avantage social lié à l'appartenance au secteur 1, à savoir la prise en charge de certaines cotisations, a clairement alors pesé d'un faible poids dans le choix des médecins pendant la période où leur était laissée une liberté d'option entre les secteurs.

Tel est toujours le cas aujourd'hui pour ceux qui continuent à jouir de cette faculté et peuvent s'inscrire en secteur 2 sous condition d'un exercice préalable et à un certain niveau en milieu hospitalier, aux fins de pourvoir aux besoins de ces établissements. En regard du droit à dépassement d'honoraires alors consenti, la prise en charge des cotisations d'assurance maladie s'ils s'inscrivaient en secteur 1 ne joue à l'évidence qu'un rôle réduit dans le cas de nombreuses spécialités. De fait, 20 ans après le durcissement des conditions d'accès au secteur 2, se constate toujours²⁷⁸ un accroissement continu de la proportion de spécialistes inscrits au secteur 2 (quatre médecins sur dix mais six sur dix parmi ceux qui se sont installés en 2010), particulièrement élevée dans certaines zones ou dans le cas de certaines disciplines : 85 % des chirurgiens, plus de 50 % des ORL, des ophtalmologues et des gynécologues.

L'avantage financier retiré des dépassements excède en effet le plus souvent de manière sensible, pour un praticien du secteur 2, la perte liée à l'absence de prise en charge de cotisations plus encore s'il a choisi d'adhérer au RSI, dont les taux de cotisation sont inférieurs à ceux du régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés -ce qui limite ladite perte. En effet, si jusqu'en 1987 tous les médecins devaient s'affilier au régime des PAMC, depuis cette date, ceux du secteur 2, ainsi que les pédicures podologues (depuis le 1er janvier 2012), ont le choix lors de leur première installation d'adhérer au régime des PAMC ou au

278. Point d'information de la CNAMTS du 17 mai 2011.

régime des non-salariés non agricoles, devenu le RSI. Une telle possibilité de choisir son régime d'assurance maladie obligatoire est une exception dans le paysage de la protection sociale en France.

Les données du choix entre le régime des PAMC et le RSI

Les taux de cotisation du RSI sont moins élevés que ceux qui s'appliquent dans le cadre du régime des PAMC (9,81 % sans plafond). En effet, jusqu'à un plafond de sécurité sociale, le taux atteint 6,5 %. Pour des revenus dont le montant dépasse un plafond de sécurité sociale et jusqu'à cinq plafonds, le taux est de 5,9 %. Les revenus supérieurs à cinq fois le plafond ne sont pas assujettis à cotisation ; ce type de disposition, qui limite le caractère redistributif de l'assurance-maladie, n'a plus cours dans le cas du régime général des salariés depuis 1984.

Pour un médecin touchant le revenu libéral moyen, estimé à 94 110 € en 2010, net de charges de fonctionnement et de cotisations sociales, l'affiliation au régime des PAMC conduisait à une cotisation de 9 232 € (taux de 9,81 %), contre 5 760 € en cas d'affiliation au RSI (soit un taux de prélèvement apparent de 6,1 %), d'où un gain de 3 471 € (3,7 % du revenu libéral). Or, les médecins pouvant exercer ce choix sont essentiellement des spécialistes dont les revenus moyens excèdent ceux de l'ensemble des praticiens. Ainsi, pour un anesthésiste (revenu moyen de 190 200€), la cotisation est respectivement de 18 658 € (taux de 9,81 %) au régime des PAMC et de 10 420 € (cotisation maximale au RSI en 2010, correspondant ici à un taux de prélèvement apparent de 5,5 %). Ceci représentait une économie de 7 946 € dans le second cas (4,3 % des recettes nettes). Du fait du plafonnement des cotisations au RSI, ce gain croît avec le revenu libéral en montant absolu comme relatif (pour tendre en pourcentage vers 9,81 %). Cette évaluation le sous-estime probablement encore car, faute de données, on a dû utiliser ici les revenus libéraux moyens de tous les praticiens et non de ceux, ordinairement supérieurs, du secteur 2, pourtant seuls concernés par cette faculté d'arbitrage.

En regard, il existe désormais peu de différences entre les prestations offertes par les deux régimes, ce qui n'était pas le cas il y a un quart de siècle, quand les droits reconnus par la CANAM apparaissaient sensiblement moins généreux. Elles sont totalement identiques s'agissant des prestations en nature. Pour ce qui est des indemnités journalières de maladie, ni le RSI n'en verse, comme pour toutes les professions libérales, ni le régime des PAMC. Tout au plus doit-on relever que le RSI n'attribue pas de capital décès et que les indemnités journalières de maternité qu'il prévoit sont un peu moins avantageuses que dans le cas des PAMC, puisque établies sur une base de calcul identique mais versées sur une durée plus courte.

Aussi il n'est pas étonnant qu'en pratique les nouveaux praticiens de secteur 2 s'affilient systématiquement au RSI. Si des médecins de secteur 2 continuent de cotiser au régime du PAMC, c'est seulement parce qu'ils n'ont plus la possibilité de le quitter pour le RSI, tout choix

fait lors de l'installation étant définitif. Au 31 décembre 2008, le nombre de professionnels du secteur 2 affiliés au régime des PAM est de 2 506 (8,7 %) et de 26 160 au RSI (91,3 %).

L'existence d'un avantage à l'affiliation au RSI quand on décide s'installer en secteur 2 prive ainsi de tout effet l'incitation à opter pour le secteur 1, que devrait constituer la prise en charge de certaines cotisations. Cette faculté de choix conduit inévitablement à des formes d'« optimisation sociale » et crée des inégalités d'autant plus injustifiables que parallèlement le droit à dépassement de ces praticiens aboutit à des difficultés préoccupantes d'accès aux soins pour certains assurés sociaux.

3 – La limitation insuffisante de certains dépassements autorisés à d'autres professions de santé

Les prises en charge de cotisations ne sont au demeurant pas mises au service d'une politique de limitation des dépassements d'honoraires pratiqués par certaines professions sur certains actes, par exemple dans le cas des actes prothétiques effectués par les chirurgiens-dentistes.

Si les différentes conventions ont progressivement exclu ces derniers de l'assiette afférente au calcul des cotisations prises en charge, ce qui constitue une économie des plus normales pour les finances sociales, l'assurance maladie n'ayant pas à subventionner la pratique des dépassements, elle n'a, en réalité, pas exercé réellement d'influence sur l'évolution de ces dépassements. La masse des dépassements facturés par les chirurgiens-dentistes avoisinait ainsi 4,2 Md€, essentiellement au titre des soins prothétiques (pour lesquels le prix peut être de plusieurs fois supérieur au tarif de référence) et il n'y a aucun signe de ralentissement. De fait, le prélèvement supplémentaire correspondant ne représente par définition qu'une part limitée du revenu net de charges (hors cotisations) procuré par les dépassements. Il en va de même pour les actes hors nomenclature ou ce qu'il convenu d'appeler plus généralement l'« activité non-conventionnée ».

Il apparaît nécessaire pour limiter ces pratiques de dépassement d'honoraires de conditionner les prises en charges de cotisations au respect de certains plafonds de dépassements.

B – Un maintien conditionné à un ciblage rigoureux sur les problématiques d'égalité d'accès aux soins

La situation des finances sociales et l'avantage important conféré aux professionnels par ces dispositifs exigent des pouvoirs publics et de l'ensemble des partenaires conventionnels qu'ils veillent à rétablir un lien clair et étroit de ceux-ci avec les objectifs de l'assurance maladie. A défaut, leur existence n'aurait plus de justification.

1 – Moduler les prises en charge en fonction de la répartition territoriale des professionnels de santé

Dans le prolongement de ce que la convention infirmière avait déjà organisé pour cette profession, des dispositions récentes (cf. supra) ont prévu une extension de la prise en charge des cotisations sociales de certains masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes et orthophonistes: dès lors en effet que ceux-ci sont installés en zones « très sous dotées » voire « sous dotées », leurs cotisations familiales sont aussi réglées par l'assurance maladie. Ce premier mouvement ne va cependant pas assez loin pour donner une pleine efficacité incitative à ces dispositifs onéreux au regard des impératifs d'une meilleure répartition territoriale des professionnels libéraux de santé et des enjeux essentiels de plus grande égalité dans l'accès aux soins. Il maintient en effet l'intégralité des prises en charge antérieurement accordées aussi aux professionnels installés en zones denses.

C'est pourquoi la Cour a recommandé en 2011²⁷⁹ d'introduire une modulation généralisée sur l'ensemble des avantages sociaux dont bénéficient les médecins, y compris ceux qui sont déjà installés, selon qu'ils exercent dans des zones plus ou moins dotées sur la base d'une cartographie beaucoup plus fine que l'identification des seuls « déserts médicaux » d'un côté, des territoires « surdotés » d'un autre, dès lors en particulier que certains territoires peuvent être globalement en surdensité, mais connaître un déficit de médecins en secteur I. Une telle modulation portant sur la totalité du dispositif devrait s'appliquer à l'ensemble des professions qui connaissent des déséquilibres géographiques tels qu'ils font obstacle à l'égalité d'accès aux soins. Elle permettrait, tout en laissant subsister une prise en charge réduite au bénéfice des praticiens installés ou s'installant dans les zones denses, de redéployer vers ceux installés ou s'installant dans les territoires en situation de désertification soit généralisée, soit au regard de la présence de médecins à tarifs

279. RALFSS 2011, Chapitre V - La répartition territoriale des médecins libéraux, p. 147 et suivantes.

opposables, des sommes nettement plus considérables que l'effort public actuellement consacré à cet objectif.

La participation financière de l'assurance maladie aurait ainsi à nouveau une raison d'être clairement identifiée et reconnue tant pour les professionnels que pour les assurés. A défaut, comme la Cour l'a souligné, d'y suffire à elle seule, elle serait un levier important pour une répartition mieux équilibrée sur le territoire des professionnels de santé qui constitue un objectif essentiel de la politique de soins.

2 – Mettre ces avantages sociaux au service de la régulation des dépassements d'honoraires

Les avantages sociaux conventionnels pourraient être réservés à des catégories d'actes auxquels les tarifs de la sécurité sociale sont réellement opposables (cf. supra). De fait, la participation financière de l'assurance maladie paraît injustifiée quand le professionnel jouit en pratique d'une liberté tarifaire très étendue. Par exemple, dans le cas des chirurgiens-dentistes, l'assurance maladie pourrait ne plus prendre à son compte les cotisations dues sur la partie des revenus afférents aux soins prothétiques hors dépassements d'honoraires. Les sommes ainsi économisées par l'assurance-maladie pourraient servir plus utilement à la revalorisation des soins conservateurs à tarifs opposables, voire à l'extension du champ des actes remboursables, la nomenclature ayant pris d'importants retards par rapport aux nouvelles pratiques. La situation financière des professionnels resterait globalement inchangée mais l'accès des patients à des soins souvent jugés importants s'en trouverait amélioré, grâce à un meilleur remboursement de certains actes et à une plus forte incitation des professionnels à en pratiquer d'autres.

La question du renforcement de ce lien revêt une acuité particulière depuis la récente réforme de l'option de coordination, qui consacre l'élargissement des prises en charge de cotisations par l'assurance maladie à des praticiens du secteur 2. Cette modification très profonde de la finalité de ce dispositif ne peut apparaître justifiée que si elle se traduit par une baisse du prix effectif des soins pour l'assuré d'une ampleur comparable à l'effort financier consenti à la fois par l'assurance maladie et par les organismes d'assurance complémentaire. Il conviendrait donc que les pouvoirs publics fassent rapidement un premier bilan de sa mise en œuvre sur la base d'une analyse coût-avantages rigoureuse et en fonction des constats ainsi faits, ne pas hésiter à revoir au besoin les paramètres au regard de l'objectif de régulation des dépassements, qui seul peut légitimer la prise en charge de cotisations sociales de médecins habilités à en pratiquer.

3 – En l’absence de progrès dans ces directions, supprimer ces prises en charge ou, à tout le moins, les plafonner par professionnel

Si l’utilité et l’efficacité de ces dispositifs au regard de ces différents objectifs n’apparaissent pas pouvoir être sensiblement renforcées, leur existence devrait être remise en cause.

Au minimum, il faudrait s’efforcer d’en réduire le coût. En particulier, puisqu’il ne s’agirait en fin de compte que de pures mesures de pouvoir d’achat au bénéfice des professionnels²⁸⁰, il deviendrait logique d’en plafonner le bénéfice par professionnel, alors qu’il peut atteindre des montants élevés, en prévoyant de plafonner l’assiette afférente et/ou de généraliser dans le calcul des prises en charge une forme de dégressivité, comme dans le cas des cotisations personnelles d’allocation familiales.

Le système actuel conduit, en effet, à des inégalités fortes dans le montant d’aide entre praticiens, au sein d’une même discipline et entre disciplines. L’inflation des actes et la hausse des tarifs conventionnels se traduisent en effet par des suppléments importants de prises en charge en faveur de professionnels touchant parfois déjà des revenus élevés.

Les effets pour l’assurance maladie d’un plafonnement sont éclairés par le tableau ci-après.

Moindre dépense pour l’assurance maladie au titre des cotisations maladie et famille selon le plafond de revenus des médecins

En M€

| Plafond | Economie totale | Economie sur les cotisations maladie | Economie sur les cotisations famille |
|-----------|-----------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 100 000 € | 193 | 158 | 35 |
| 120 000 € | 131 | 107 | 24 |
| 150 000 € | 75 | 61 | 14 |
| 180 000 € | 42 | 34 | 8 |
| 200 000 € | 28 | 23 | 5 |

Champ : tous régimes, médecins de secteur 1, France métropolitaine.

Source : Estimation DSS sur données SNIR et CARMF.

Si le plafond de revenus tirés d’honoraires sans dépassement était fixé à 100 000 €²⁸¹, ce qui est supérieur au revenu libéral moyen constaté

280. Certes préférable du point de vue des assurés à une revalorisation de la tarification des actes qui pourrait laisser à leur charge un ticket modérateur.

281. Ce qui correspond à un montant maximal.

en 2010 (94 110 €), il concernerait 28 % des praticiens de secteur 1, soit 24 080 sur environ 86 000, 36 % des chirurgiens-dentistes et seulement 1 % des sages-femmes.

Les intéressés perçoivent un montant de prise en charge de 9 700 €, au titre des cotisations d'assurance maladie et de 3 642 €, au titre des cotisations d'allocations familiales, soit un total de 13 342 €, c'est-à-dire plus de 1 000 € par mois²⁸². En cas de plafonnement, le montant individuel moyen d'économie de prise en charge serait de 6 306 €, d'où une moindre dépense totale de 193 M€ pour l'assurance maladie, dont près de 160 M€ sur les cotisations maladie.

CONCLUSION

Les prises en charge de certaines cotisations sociales dues par les professionnels de santé représentent aujourd'hui un élément conséquent de leurs revenus et un coût très élevé pour l'assurance maladie, sans favoriser significativement l'accès aux soins des assurés. Or elles ne se justifient, à l'instar des autres niches sociales, que si elles contribuent clairement et efficacement à un ou plusieurs objectif(s) de politique publique.

Dans ce contexte particulièrement peu satisfaisant, remettre l'ensemble de ces dispositifs au service de ses objectifs doit être une priorité de l'assurance maladie, en premier lieu en les modulant en fonction de la répartition territoriale des professionnels de santé et au premier chef des médecins, y compris dans le cas de ceux qui sont déjà installés et en les conditionnant beaucoup plus étroitement à une réelle limitation des dépassements d'honoraires.

A défaut de véritables avancées, la question du maintien de ces avantages sans contrepartie devra être posée. Au minimum, il conviendrait de les plafonner par professionnel. En effet, ils n'ont pas pour vocation de procurer un revenu complémentaire aux professions en cause sans aucun bénéfice pour les assurés sociaux.

282. La mise en œuvre du plafonnement concernerait dans ce cas de figure 10 % des pédiatres, 10 % des dermatologues, 20 % des omnipraticiens, 70 % des radiologues.

RECOMMANDATIONS

34. Réformer le dispositif pour faciliter l'accès aux soins :

- en modulant le montant des prises en charge en fonction de la densité des professionnels de santé sur un territoire donné ;
- en excluant de leur bénéfice les revenus tirés de catégories d'actes donnant lieu à des dépassements quasi-systématiques ;
- ou en les conditionnant au respect de certains plafonds de dépassement.

A défaut, supprimer ces prises en charge, ou, à tout le moins, les plafonner par professionnel de santé.

35. Affilier obligatoirement tous les professionnels de santé conventionnés au régime des PAMC en mettant fin à la liberté d'adhérer au RSI laissée aux praticiens du secteur 2.

36. Rendre plus visibles ces prises en charge, à l'instar des cotisations patronales sur les bulletins de salaires, en faisant apparaître leur coût dans un relevé annuel fourni par l'assurance maladie aux professionnels.

37. S'agissant des règles propres au régime des PAMC :

- les harmoniser en matière de période d'assurance et d'assiette avec celles qui s'appliquent aux autres prélèvements sociaux ;
 - déplaçonner cette assiette dans le cas des revenus issus d'actes non-remboursables ;
 - imposer l'obligation de faire figurer sur les feuilles de soins la totalité des actes effectués et des honoraires professionnels perçus.
-