

Rapport à Madame Marisol Touraine
Ministre des affaires sociales et de la santé

L'activité libérale dans
les établissements publics de santé

Dominique LAURENT
Conseillère d'État
31 mars 2013





Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

La Ministre

Paris, le 19 OCT. 2012

CAB POS - EP/MB - Me D12 - 5881

Madame la Conseillère d'Etat,

Dès son installation, le Gouvernement de M. Jean-Marc AYRAULT s'est attaché à mettre un terme aux dépassements abusifs d'honoraires pratiqués en médecine de ville et à encadrer la pratique des dépassements. Dans ce but, j'ai été amenée à fixer au directeur de l'UNCAM un mandat de négociation visant à définir les conditions et limites dans lesquelles ces dépassements peuvent être demandés aux patients.

L'objectif est de répondre aux engagements du Président de la République de garantir aux Français un accès effectif aux soins. La négociation sur ce sujet est engagée et doit déboucher prochainement sur des mesures de régulation de caractère conventionnel, et à défaut d'accord, législatif.

Une fois finalisées, ces dispositions auront vocation à s'appliquer aux honoraires pratiqués par les praticiens hospitaliers dans le cadre de leur exercice libéral au sein de l'hôpital public. Les honoraires perçus à cette occasion obéissent en effet aux mêmes règles conventionnelles que celles applicables à la médecine de ville.

Toutefois, compte tenu de sa spécificité et de son caractère dérogatoire, l'exercice de l'activité libérale au sein de l'hôpital public est soumis à un régime d'autorisation qui lui est propre. Ce dispositif a été maintenu, depuis sa création en 1958, dans le but de préserver l'attractivité du secteur public et fait depuis l'objet d'un encadrement strict pour pallier les risques d'abus ou les dérapages souvent constatés. Ces dispositions, dans leur principe, conservent toute leur utilité.

La limitation à venir des dépassements d'honoraires excessifs aura sur le régime d'autorisation de l'exercice libéral à l'hôpital public des incidences qui nécessitent un examen attentif et une réponse spécifique.

C'est pourquoi j'ai décidé d'engager une réflexion sur cette question et de mettre en place une mission centrée sur le régime des honoraires et de l'activité libérale à l'hôpital public, et je vous remercie d'avoir accepté d'en assurer la responsabilité.

Madame Dominique LAURENT
Conseil d'Etat
1 place du Palais Royal
75001 PARIS

Votre mission aura un double objectif :

1. Tirer les conséquences, pour ce qui est de l'exercice libéral à l'hôpital, des travaux conduits dans le cadre de la médecine de ville pour définir les règles applicables aux dépassements d'honoraires.

La mission devra veiller à la transposition complète dans le régime d'autorisation de l'activité libérale des praticiens hospitaliers à l'hôpital public de ces nouvelles règles.

Elle devra également, d'une manière plus générale, apprécier l'impact de ces nouvelles mesures dans toutes leurs dimensions.

2. Analyser, compte tenu de cette nouvelle donne, la pertinence des critères et conditions retenus aujourd'hui pour autoriser l'exercice libéral à l'hôpital, et formuler des propositions de mesures visant à en garantir le respect et à en contrôler l'application.

De nombreux rapports d'inspection et de contrôle ainsi que les actions contentieuses engagées sur ce sujet au cours des cinq dernières années ont souligné les limites de la réglementation actuelle et de son application. Il s'agira d'examiner les différentes dispositions existantes qui conditionnent l'activité privée réalisée par chaque praticien (notamment l'encadrement en nature et dans le temps de l'activité réalisée, le dénombrement de l'activité personnelle...) et la subordonnent au paiement d'une redevance calculée en proportion des honoraires perçus, de les confronter aux missions de service public de l'hôpital pour en apprécier l'efficacité, et le cas échéant, de proposer d'autres dispositions.

Les différents rapports précités ont aussi mis en évidence l'inapplication ou l'irrespect de la réglementation actuelle. Il appartiendra à la mission de proposer des mesures permettant d'améliorer l'effectivité des règles encadrant l'activité libérale en assurant :

- le contrôle effectif du respect des dispositions applicables aux dépassements d'honoraires : information du patient, affichage des tarifs, devis obligatoire si l'acte ou la prestation (dépassement compris) est d'un montant égal ou supérieur à 70 €, consentement du patient ou de ses ayants-droit à recueillir formellement par écrit préalablement à toute prise en charge,
- le contrôle du respect des conditions d'accès aux soins dans le secteur public : l'effectif et les pratiques des médecins exerçant une activité libérale dans une même structure ne doivent pas réduire ou retarder l'accès de l'ensemble de la population aux soins relevant de l'activité publique,
- la connaissance et le suivi régulier par les systèmes d'information, des montants des dépassements facturés. De façon plus générale, il semble nécessaire d'engager des travaux conjoints pour améliorer la connaissance des revenus et de l'activité réels des praticiens.

Dans ce but, des propositions pouvant concourir à renforcer les missions de contrôle des commissions locales d'activité libérale (CLAL) pourront être faites, ainsi que la généralisation des bonnes pratiques de contrôle de l'activité libérale conduites dans certains établissements de santé.

Afin d'élaborer ces différentes propositions, il vous est demandé de réunir, sous votre présidence, un groupe de travail qui sera composé de représentants des différentes parties concernées par ces questions, qu'il s'agisse des praticiens hospitaliers exerçant dans les établissements publics de santé, des présidents de commissions médicales d'établissement, des directeurs d'hôpitaux, de l'Ordre national des médecins, de la Fédération hospitalière de France, des représentants des usagers, de l'UNCAM et des directeurs généraux des Agences régionales de santé.

Ce groupe présidé par vos soins pourra procéder à toute audition qui lui paraîtra utile à l'avancée de ses réflexions, notamment des représentants de syndicats de praticiens hospitaliers. Il pourra bénéficier, pour l'organisation de ses travaux, du concours de la direction générale de l'offre de soins, qui assurera son secrétariat et en tant que de besoin, de l'appui de la direction de la sécurité sociale.

Je souhaite que vous me rendiez vos conclusions pour le 15 janvier 2013.

Je vous prie d'agréer, Madame la Conseillère d'Etat, l'expression de ma sincère considération.

Cordialement,

Marisol Touraine

Marisol TOURAINE

TABLE DES MATIERES

Lettre de mission	1
Table des matières	4
I. Présentation générale.....	6
I.A. Un secteur singulier par son double visage	6
I.B. Un secteur quantitativement réduit mais emblématique	7
I.C. Un secteur discuté	8
I.D. Une activité reconnue comme utile aux établissements publics de santé.....	8
I.E. Maintenir l'activité libérale.....	9
I.F. Mieux contrôler l'activité libérale.....	10
I.G. Travaux du groupe : réunions et auditions.....	11
II. Appliquer de manière adéquate aux praticiens exerçant en établissement public de santé l'avenant n°8 à la convention nationale conclue entre l'UNCAM et les syndicats des médecins libéraux.....	12
II.A. Pratique et sanctions de la tarification excessive : recommandations de la mission :	12
II.A.1. Contenu de l'avenant :	12
a) La régulation des dépassements excessifs : la notion de « pratique tarifaire excessive », définition et critères d'appréciation.....	13
b) Sanctions conventionnelles en cas de dépassement excessif	14
II.A.2. Recommandations.....	16
a) La représentation des médecins hospitaliers exerçant une activité libérale doit être mieux assurée au niveau des commissions paritaires	16
b) Les critères de l'expertise et de la compétence du praticien doivent être pris en compte.....	16
c) Les taux de dépassement dans certaines zones géographiques peuvent être adaptés	17
d) L'information sur l'avenant n°8 doit être assurée par les CAL et la publicité et la diffusion des sanctions prononcées par les CPAM doivent être assurées par la CNAMTS.....	19
e) La désignation d'un référent national au sein du ministère chargé de la santé est proposée	19
f) Les conséquences d'une sanction de déconventionnement prononcée à l'encontre d'un praticien sur son exercice libéral à l'hôpital doivent être prévues par une disposition législative	19
g) L'hypothèse de la création d'une sanction financière spécifique s'ajoutant aux sanctions de l'avenant n°8 doit être écartée	20
II.B. Le contrat d'accès aux soins : caractéristiques et recommandation de la mission	21
II.B.1. Caractéristiques du contrat d'accès aux soins :	21
II.B.2. Recommandation de la mission : diffuser les informations sur le contrat d'accès aux soins auprès des praticiens hospitaliers.....	22

III.	Assurer le respect des critères d'autorisation de l'activité libérale	23
III.A.	Le champ des praticiens concernés : Pas de changement demandé	23
III.B.	L'autorisation du DG ARS et la signature d'un contrat d'activité libérale : institution d'une commission régionale auprès de l'ARS et introduction de nouvelles clauses type dans les contrats.....	24
III.C.	Critères de temps et de volume maximum dévolus à l'activité libérale : maintenir les critères existants mais se doter d'outils de recueil informatisé de l'activité publique	26
III.C.1.	Le praticien doit exercer personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur public hospitalier.....	26
a)	Faire en activité libérale des actes pratiqués dans le secteur public :.....	26
b)	Le praticien doit réaliser lui-même et personnellement les actes.....	27
c)	Les praticiens ne peuvent effectuer certains actes exclusivement dans le secteur privé	27
III.C.2.	La durée de l'activité libérale ne doit pas excéder 20% de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens	27
III.C.3.	Le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale doit être inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique.	28
III.D.	L'institution d'un plafond de cumul de rémunérations n'est pas retenue	29
III.E.	Mieux garantir l'information du patient.....	30
III.F.	Permettre un choix non ambigu du secteur libéral par le patient par l'élaboration d'une charte de l'activité libérale au niveau de chaque hôpital.....	31
III.G.	La charte doit veiller à la réduction des écarts de délais de rendez vous entre les deux secteurs.....	31
III.H.	Mode de perception des honoraires : maintenir l'option existante.....	33
III.I.	Institution d'une clause de non concurrence	33
IV.	Mieux contrôler l'activité libérale	35
IV.A.	Renforcer le rôle des CAL et des CCAL	35
IV.A.1.	Modifier la composition de la CAL et de la CCAL pour garantir leur indépendance	35
IV.A.2.	Renforcer les pouvoirs et les compétences des CAL.....	36
IV.A.3.	Doter la CAL de moyens de fonctionnement en continu	38
IV.B.	Instituer auprès du DG ARS une commission régionale de l'activité libérale compétente pour donner un avis sur les sanctions.....	38
IV.B.1.	Compétence de la commission régionale d'activité libérale	38
IV.B.2.	La composition de la commission régionale de l'activité libérale doit s'inspirer de celle des CAL et être présidée par un magistrat.....	39
IV.B.3.	Suppression de la commission nationale et création d'un référent national	39
V.	Conclusion.....	41
VI.	Composition du groupe de travail	43

« L'activité libérale dans les établissements publics de santé »

I. Présentation générale

I.A. Un secteur singulier par son double visage

Ce qui est communément appelé activité libérale à l'hôpital désigne une activité libérale exercée dans les murs des établissements publics de santé (EPS).

Plus précisément, il s'agit de la faculté offerte, dans un cadre défini par la loi, à certains médecins de statut hospitalier, de délivrer des soins dans les conditions de la médecine de ville au sein des établissements publics de santé dans lesquels ils exercent.

Autrefois appelée « secteur privé », l'« activité libérale » a été ainsi dénommée par la loi du 21 janvier 1987. Cette activité libérale est par définition réservée aux EPS et n'existe pas dans les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC).

Ce dispositif, qui permet l'exercice d'une activité privée au sein d'un établissement public par des agents publics, constitue une singularité dans notre paysage public et ne connaît pas d'équivalent.

D'une part, en tant que le médecin exerce **dans les conditions de la médecine de ville**, il est librement choisi par le patient, ses actes sont cotés selon la Classification Commune des Actes Médicaux pris en charge par la sécurité sociale et **il est soumis, en ce qui concerne la fixation de ses honoraires, aux règles précisées par la convention en vigueur conclue entre les organisations syndicales de médecins d'exercice libéral et l'union nationale des caisses d'assurance maladie.**

D'autre part, en tant que le médecin qui exerce une activité libérale est un **praticien hospitalier** statutaire et utilise les moyens de l'hôpital public pour pratiquer son art, **il est soumis à un régime d'autorisation administrative et acquitte à l'établissement public de santé une redevance pour service rendu.**

Il s'en suit, pour ce dispositif au double visage, un système complexe de contrôle pour lequel plusieurs catégories d'institutions sont compétentes:

-les commissions de l'activité libérale (CAL), et , pour l' Assistance -Publique de Paris (AP-HP), l'Assistance publique de Marseille (APHM)et les Hospices civils de Lyon(HCL), les commissions centrales de l'activité libérale (CCAL), qui surveillent l'activité libérale au sein des hôpitaux; **les Agences régionales de santé (ARS)** dont les directeurs généraux accordent les autorisations d'exercice, peuvent les suspendre ou les retirer, et, le cas échéant, en cas de recours contentieux, l'intervention préalable de la **commission nationale de l'activité libérale**, puis, la compétence de la **juridiction administrative** lorsqu'elle est saisie (tribunaux administratifs, cours administratives d'appel , Conseil d'Etat) ;

-**L'UNCAM** qui négocie les conventions avec les médecins d'exercice libéral, **la CNAMTS qui en gère l'application**, les **caisses primaires d'assurance maladie** qui assurent le remboursement des actes, et, au plan juridictionnel, la juridiction spécialisée de la sécurité sociale (tribunaux des affaires de sécurité sociale) ou la section des assurances sociales (SAS) de l'Ordre des médecins sur saisine de l'assurance maladie;

-**la juridiction disciplinaire de l'ordre des médecins pour la déontologie** lorsque sont mises en jeu les notions de « tact et de mesure » applicables aux honoraires des médecins, sur plainte de patients.

Un tel morcellement du contrôle rend naturellement difficile l'appréhension et le suivi de cette activité.

I.B. Un secteur quantitativement réduit mais emblématique

L'activité libérale dans les EPS concerne en France (en 2011) 4581 médecins hospitaliers, soit seulement 10 % des 45 900 praticiens hospitaliers exerçant à temps plein qui sont éligibles à cette activité. Il s'agit des personnels relevant des catégories suivantes : les praticiens hospitalo-universitaires (PUPH), les praticiens hospitaliers (PH) temps plein, les maîtres de conférence-praticiens hospitaliers (MCU-PH), les assistants hospitalo-universitaires (AHU) et les chefs de cliniques (CCA). Ce nombre de 4581 est à rapprocher du nombre des médecins salariés exerçant à titre exclusif dans des établissements de santé, publics ou privés, qui est de l'ordre de 89 000 (soit 5,1%).

Le nombre de 4581 médecins est à rapporter également à celui des médecins **libéraux non hospitaliers qui sont environ 113 000** : l'activité libérale à l'hôpital concerne donc **moins de 4% du total des praticiens libéraux, hospitaliers compris**, et le volume d'honoraires en cause représente **1,8% de l'ensemble de la masse des honoraires perçus dans l'ensemble du secteur libéral**.

L'activité libérale est exercée principalement par des PH (77,1%) et pour 22,9% par des hospitalo-universitaires. Dans les CHU, la proportion est inversée : ce sont les PUPH qui exercent principalement cette activité : 62% d'hospitalo-universitaire et 38% de PH (à l'AP-HP par exemple 76% des contrats sont signés par des hospitalo-universitaires contre 24% par des PH), tandis que dans les centres hospitaliers, les PH sont les seuls à l'exercer.

Dans les CHU comme dans les CH, l'activité libérale se concentre surtout sur les disciplines chirurgicales et l'obstétrique, la cardiologie et la radiologie. Pour la chirurgie, toutes les disciplines sont concernées (chirurgie viscérale, chirurgie orthopédique, chirurgie cardiaque, chirurgie infantile, ophtalmologique, ORL, urologie...). Les disciplines médicales sont concernées dans une moindre mesure : médecine interne, neurologie, hépato-gastro-entérologie et dermatologie.

Il s'agit souvent de praticiens dont la notoriété est forte et dont l'activité libérale la plus importante, pour les CHU, se concentre sur la fin de carrière.

L'activité libérale est connue des usagers et considérée par eux comme **un secteur d'excellence** qui doit être accessible: assurance d'une médecine de recours renommée et compétente, souci d'une prise en charge personnalisée, confiance dans la médecine de pointe de l'hôpital public, rapidité de la prise en charge ; ces attentes multiples attachent

l'opinion publique à cette activité qu'elle voudrait **exemplaire** et qu'elle critique pour les dépassements importants d'honoraires qui y sont parfois pratiqués et qui assurent un accès aux soins plus rapide qu'en secteur public .

Ainsi, bien que le nombre de praticiens concernés soit réduit, le secteur de l'activité libérale joue un rôle tout à fait **emblématique** dans le paysage hospitalier, quelles que soient les polémiques qu'il a souvent suscitées.

I.C. Un secteur discuté

En effet, l'exercice de l'activité libérale à l'hôpital n'a jamais fait l'objet d'un consensus mais a, au contraire, donné fréquemment lieu à des polémiques, tant dans son principe que dans ses modalités.

Sur le principe, l'existence au sein d'une même entité publique et dans un même lieu c'est-à-dire dans les murs mêmes de l'établissement public de santé d'une activité libérale, qui est, par nature, distincte de l'activité publique de l'établissement, et dont les règles et le niveau des tarifs et honoraires sont si profondément différents de celles en vigueur à l'hôpital, n'ont pas manqué de soulever des questions d'éthique et en particulier celles des risques d'atteinte à l'égalité d'accès de chacun à des soins de qualité. L'activité libérale ne crée-t-elle pas, selon certains, un clivage jugé inadmissible entre une « médecine de riches » et une « médecine de pauvres » ?

En ce qui concerne **les modalités** selon lesquelles s'exerce cette activité, les débats aussi ont été incessants : entre, d'une part, les tenants de la liberté absolue, inhérente à une activité privée libérale fondée sur la compétence et l'expertise des praticiens et qui répond à une demande des patients, et, d'autre part, les tenants de l'encadrement strict d'une activité, exorbitante du droit commun, exercée au sein de l'hôpital, utilisant des deniers publics et s'adressant à des personnes en situation de faiblesse du fait de leur état de santé.

I.D. Une activité reconnue comme utile aux établissements publics de santé

L'activité libérale a été prévue dans les hôpitaux publics, comme le rappelle la lettre de mission du 19 octobre 2012 de Madame la ministre des affaires sociales et de la santé, par *l'ordonnance du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale*, dite « Ordonnance Debré ».

Elle a été admise dans le but d'assurer **l'attractivité de l'hôpital public tant vis-à-vis des praticiens que des patients**. Il s'agissait d'inciter les praticiens, qui exerçaient alors à l'hôpital mais avaient aussi un cabinet en ville, à s'engager à temps plein dans le statut hospitalo-universitaire afin que, grâce à eux, les hôpitaux deviennent des pôles de recherche et de soins ouverts à tous les malades. Un dispositif dit de « secteur privé » a ainsi été autorisé dans les hôpitaux publics et a réussi pleinement son office : le maintien d'un secteur privé, associé à la création des statuts temps plein des médecins hospitalo-universitaires, ont permis le succès de la mise en place des CHU.

Toutefois, des abus et des dérives non maîtrisées sont apparus ici ou là et ont donné lieu à de vives controverses, de sorte que le secteur privé, dont l'abrogation faisait partie du programme du candidat à la Présidence de la République, François Mitterrand, a été supprimé par la loi du 29 octobre 1982. Il n'a été maintenu par cette loi qu'à titre transitoire jusqu'au 31 décembre 1986.

Le gouvernement issu des urnes en mars 1986, a fait valoir que la suppression définitive de l'activité libérale à l'hôpital entraînerait des risques de désaffection vis-à-vis de l'hôpital public de la part de jeunes médecins qui seraient alors attirés par l'installation en ville ou dans des cliniques privées, ce dernier secteur étant alors en pleine expansion ; il a fait le choix de procéder, en vue d'éviter ces risques, au rétablissement de cette activité.

La loi portant diverses dispositions d'ordre social du 21 janvier 1987, qui a été votée alors, n'a pas rétabli le « secteur privé » antérieur, mais a organisé un régime d'autorisation par l'autorité administrative (alors le Préfet de Département) de la pratique de l'activité libérale à l'hôpital, prenant soin d'interdire les « lits privés ». La loi a contingenté l'activité au cinquième de la durée hebdomadaire de service public, a exigé du praticien l'exercice d'une activité publique au moins égale à celle de son activité privée, et a placé cette activité sous le contrôle d'une commission de l'activité libérale instituée dans chaque hôpital.

Les contrôles exercés sur l'activité libérale demeurent toutefois d'inégale efficacité et laissent perdurer des dérives non sanctionnées, qu'il s'agisse de dépassements d'honoraires ou des excédents d'actes ou de consultations par rapport à ce qui est légalement autorisé. Ainsi, si 25 ans après la loi de 1987, l'activité libérale à l'hôpital demeure nécessaire et utile aux établissements publics de santé, elle doit être mieux contrôlée.

I.E. Maintenir l'activité libérale

Le débat qui a surgi l'année dernière au sujet des dépassements d'honoraires des praticiens exerçant une activité libérale en établissement public de santé s'inscrit dans ce contexte : plus que l'existence même de l'activité libérale, ce sont les modalités de son exercice qui sont en cause. La lettre de mission de Madame la ministre entend clairement préserver l'activité libérale mais demande une réflexion et des propositions pour qu'elle soit mieux encadrée.

Les membres du groupe de travail ont en effet tous souligné l'intérêt de ce secteur pour les établissements publics de santé :

-il permet aux EPS de **retenir en leur sein des praticiens hospitaliers de haut niveau**, évitant ainsi des départs vers le secteur privé libéral de praticiens longuement formés dans le secteur public. Il garantit aux établissements le maintien de ces praticiens dans les disciplines dont ils ont besoin pour leur activité et dont ils ne doivent pas être privés, notamment en chirurgie ;

-il assure en effet à ces praticiens un **complément de revenus** qui permet d'atténuer la **différence** entre le niveau des rémunérations en vigueur dans le secteur public et le **niveau de rémunérations offert par le secteur libéral**. L'ouverture récente de

certaines missions de service public au secteur privé lucratif présente un risque d'affaiblissement de l'attractivité des carrières hospitalières dès lors que l'enseignement et la recherche et l'accès aux plateaux techniques du plus haut niveau ne sont plus l'exclusivité du service public hospitalo-universitaire. Enfin, l'activité libérale permet aux praticiens de se constituer un **complément de retraite**, compte tenu notamment des spécificités des retraites des hospitalo-universitaires, assises sur la seule part universitaire de leur traitement.

-cet effet d'attractivité joue aussi **pour les centres hospitaliers qui ne sont pas des CHU** mais qui sont confrontés à la forte concurrence du secteur libéral. L'activité libérale à l'hôpital permet en effet de rendre plus attractives les carrières en établissement public de santé **dans plusieurs disciplines confrontées à d'importantes tensions sur le plan démographique.**

-le secteur libéral permet également d'attirer vers les établissements publics de santé des patients différents de ceux qui s'adressent habituellement à ces établissements, ce qui diversifie le recrutement des malades, dans l'intérêt de la recherche clinique et de l'amélioration de la qualité des soins.

-il apporte enfin un **surcroît de ressources** pour les établissements publics de santé, même si le produit de la redevance ne représente qu'une part très résiduelle des ressources des établissements (70 millions d'euros, soit 1 millième du total des recettes hospitalières). Ces recettes ne viennent d'ailleurs pas en atténuation de la facturation à l'activité de l'établissement financée par l'assurance maladie, ce qui constitue un avantage supplémentaire pour l'EPS.

Toutefois, les membres du groupe de travail ont relevé que l'activité libérale en établissement public de santé ne saurait, à elle seule, résoudre toutes les questions posées par le niveau et par l'inégalité des rémunérations des praticiens hospitaliers des établissements publics de santé en raison des différences existantes entre les disciplines : en effet l'exercice d'une activité libérale n'est pas praticable dans toutes les disciplines et l'indemnité d'engagement de service public exclusif perçue par les praticiens qui n'exercent pas d'activité libérale (d'un montant de 487 euros bruts mensuels) a suivi l'évolution du point d'indice de la fonction publique sans autre revalorisation depuis sa création en 2000. Le maintien de l'activité libérale ne saurait dispenser de l'examen de la question de la rémunération des praticiens hospitaliers, qui n'est toutefois pas l'objet direct de la présente mission. Enfin, pour toutes les raisons mentionnées ci-dessus, la mission n'a pas retenu les demandes de certains syndicats hospitaliers de réduire la part de la rémunération publique des praticiens exerçant une activité libérale pour tenir compte de cette activité libérale. Une telle hypothèse ruinerait naturellement l'effet attractif recherché.

I.F. Mieux contrôler l'activité libérale

Si la lettre de mission consacre l'existence du secteur libéral, elle n'en relève pas moins le caractère dérogatoire du régime auquel les praticiens hospitaliers exerçant une activité sont soumis, en précisant que ce régime doit être strict pour éviter les risques d'abus : il n'a donc pas été envisagé par le groupe de libéraliser les critères existants de l'activité libérale mais plutôt de faire en sorte qu'ils soient mieux appliqués et mieux respectés.

Les membres du groupe de travail ont été unanimes sur ce dernier point : les abus, même s'ils sont peu nombreux et émanent d'une petite minorité, pervertissent le système, et il doit y être apporté un terme dans le but de préserver la pérennité du secteur libéral, nécessaire pour les raisons développées ci-dessus. Les dérapages en effet ont nui à l'image des médecins et de l'hôpital dans l'opinion. Les dépassements excessifs d'honoraires sont mal supportés par les patients.

Les membres du groupe de travail ont axé leurs réflexions sur les possibilités d'un contrôle plus efficace de l'activité libérale pour mettre fin à ces déviances préjudiciables au dispositif d'ensemble. Ils ont mis l'accent sur **une meilleure intégration de l'activité libérale au sein de l'organisation générale des établissements.**

I.G. Travaux du groupe : réunions et auditions

Les travaux de la mission se sont étendus sur **une période de 4 mois**, ce qui a permis, à **raison de deux séances par mois**, soit huit réunions au total, des échanges et des discussions approfondies entre toutes les parties prenantes sur la base de leurs contributions écrite et orale : représentants des médecins, des directeurs d'hôpitaux, des usagers, des commissions de l'activité libérale, mais aussi de l'assurance maladie, de la FHF, de l'ordre des médecins et des directeurs généraux des ARS (cf. VI. la composition du groupe de travail). Je remercie les membres de cette commission pour l'esprit constructif et ouvert dans lequel ils ont participé à ces travaux. Je remercie également les responsables de la direction générale de l'offre de soins et de la direction de la sécurité sociale pour leur contribution et leur soutien efficace tout au long de la durée de la mission.

Des **auditions** ont été effectuées également par le groupe, tant des cinq syndicats de médecins représentatifs, que de personnalités compétentes ou d'experts (cf. en annexe la liste des auditions).

Les travaux du groupe se sont concentrés sur les **trois séries de sujets** contenus dans la lettre de mission et qui constituent les trois composantes du présent rapport :

- 1) **la transposition à l'activité libérale en établissement public de santé de l'avenant n°8** signé entre l'UNCAM et les syndicats de médecins d'exercice libéral dans sa partie relative aux dépassements d'honoraires et au contrat d'accès aux soins;
- 2) **l'examen des critères d'autorisation** de l'activité libérale et des questions que soulève leur application, ainsi que **les propositions** faites pour y répondre;
- 3) l'étude du **contrôle de l'activité libérale** effectué par les commissions de l'activité libérale (CAL) et **des sanctions** susceptibles d'être prononcées en cas d'irrespect des critères, et les **propositions** formulées pour mieux traiter ces situations.

II. Appliquer de manière adéquate aux praticiens exerçant en établissement public de santé l'avenant n°8 à la convention nationale conclue entre l'UNCAM et les syndicats des médecins libéraux

D'après les chiffres publiés par la CNAMTS en 2011, s'agissant des praticiens exerçant une activité libérale dans un EPS, **1932** de ces 4581 praticiens sont **en secteur 2 (soit un peu moins d'un tiers)**, les praticiens exerçant une activité libérale **en secteur 1** étant **2649**, soit **plus des deux tiers**).

Pour ces praticiens hospitaliers en secteur 2 exerçant une activité libérale à l'hôpital, la moyenne des dépassements est de **35 773 euros par praticien, avec une dispersion comprise entre 8 000 et 60 000 euros**. Le rapport de l'IGAS de 2007 sur « les dépassements d'honoraires médicaux » a fait apparaître que les dépassements d'honoraires dans le secteur 2 sont en moyenne plus élevés dans le secteur hospitalier public que dans le secteur privé (34 261 euros par praticien contre 30 804 dans le privé).

Il ne fait pas de doute que les dispositions de l'avenant n° 8 à la convention nationale des médecins libéraux s'appliquent aux médecins exerçant une activité libérale en EPS en vertu de la combinaison de *l'article L.162-5 du code de la sécurité sociale* qui prévoit qu'une convention règle les relations des « *médecins d'exercice libéral* » et les caisses d'assurance maladie et de *l'article L 6154-1 du code la santé publique (CSP)* qui prévoit le régime des praticiens exerçant « *une activité libérale* » en EPS : ceux-ci en effet adhèrent à la convention médicale signée entre l'UNCAM et les représentants des syndicats de médecins libéraux. Dans la totalité des cas, ils sont conventionnés en secteur 1 ou 2. La mission a écarté l'hypothèse de revenir sur l'application de cet avenant à ces praticiens, même si ses dispositions les inquiètent, car une telle hypothèse, qui impliquerait une disposition législative de portée rétroactive, ne serait ni justifiée ni comprise. Le choix de la mission a été de veiller à l'application pertinente de l'avenant à cette catégorie de praticiens.

Pour autant, relevons qu'aucune des dispositions législatives ou réglementaires relatives à l'exercice libéral en EPS ne conditionne explicitement cet exercice à l'adhésion à la convention en secteur 1 ou 2, ni n'exclut de cet exercice les praticiens en secteur 3 (dits « non conventionnés »), les dispositions réglementaires en vigueur (*article R4127-53 du CSP*) se bornant à rappeler *l'obligation déontologique du respect du tact et de la mesure vis-à-vis du patient dans la fixation des honoraires*. Nous y reviendrons plus loin.

II.A. Pratique et sanctions de la tarification excessive : recommandations de la mission :

II.A.1. Contenu de l'avenant :

L'avenant n°8, qui a été signé par les organisations syndicales de médecins libéraux le 20 octobre 2012 et a été approuvé par arrêté interministériel du 29 novembre 2012, s'est attaché à maîtriser pour l'avenir le développement de la pratique des dépassements d'honoraires par les médecins libéraux, pratique qui porte, pour les

praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale, sur des montants de dépassements en progression au cours des quinze dernières années (cf. le rapport de l'IGAS précité).

A cette fin, l'avenant a prévu deux séries de dispositions dont la mission a examiné les répercussions sur le secteur de l'activité libérale à l'hôpital. Il s'agit de la définition de la pratique tarifaire excessive et du contrat d'accès aux soins qui sera traité plus loin.

Ces dispositions ont été présentées au groupe de travail par les représentants de la CNAMTS, membres du groupe. La mission est amenée à formuler des recommandations pour une application adéquate à l'activité libérale en EPS.

a) La régulation des dépassements excessifs : la notion de « pratique tarifaire excessive », définition et critères d'appréciation

L'avenant ne définit pas à proprement parler la notion de dépassement excessif mais fixe pour les médecins exerçant en secteur 2 ou titulaires du droit au dépassement (DP), des **critères d'appréciation d'une « pratique tarifaire excessive », « repérée à partir du seuil de 150% ».**

Le taux de dépassement de 150% des tarifs opposables « sert de repère », selon l'avenant, ce qui signifie, que ce taux n'est pas à lui seul un critère de définition de la pratique abusive, mais déclenche l'analyse de la pratique de dépassement du praticien à travers plusieurs critères. Ce taux, de 150%, selon l'avenant, ***peut faire l'objet d'adaptations dans certaines zones géographiques limitées*** pour tenir compte des caractéristiques de ces zones (il s'agit de prendre en considération le niveau actuel des dépassements pratiqués : les plus forts taux de dépassements sont constatés dans trois zones géographiques suivantes, Paris, les Hauts de Seine et le Rhône).

Les critères d'appréciation d'une pratique tarifaire excessive seront ceux dont disposeront les caisses primaires d'assurance maladie et les commissions paritaires régionales (CPR) qui seront saisies de ces pratiques et qui prononceront le cas échéant des sanctions pour les premières et des avis sur des sanctions pour les secondes.

Ces critères, qui conduiront à **caractériser globalement sur une période une pratique tarifaire, présentent un caractère économique** et remplacent dans la convention et pour les commissions paritaires la notion de « tact et mesure » qui n'est plus retenue par ce texte.

La **notion du tact et mesure** reste néanmoins une référence déontologique pour les praticiens dont les honoraires ne peuvent être fixés pour tous les patients de la même manière, mais doivent tenir compte de la pathologie traitée, des exigences du patient et de ses ressources. Les instances régionales et nationale du Conseil de l'Ordre des médecins demeurent compétentes pour statuer dans leurs formations disciplinaires sur les plaintes dont elles pourraient être saisies relatives au non respect du tact et de la mesure par un praticien dans sa relation avec son patient. En revanche, l'on peut penser que les caisses primaires d'assurance maladie elles-mêmes ne saisiront plus la section des assurances sociales (SAS) de l'Ordre de griefs relatifs aux honoraires puisqu'elles disposent désormais de l'avenant pour régler les litiges relatifs aux dépassements d'honoraires excessifs.

L'UNCAM estime que, si pour la France entière, 30 000 praticiens spécialistes libéraux exerçant en secteur 2 pratiquent des dépassements d'honoraires, 25 000 ont une pratique de dépassement inférieure à 100% par rapport aux tarifs opposables, et 5000 ont une pratique de dépassement supérieure à 100%. Sur ces 30 000 médecins, 5%, soit 1500 médecins, ont une pratique de dépassement supérieure à 150%.

Les praticiens hospitaliers en EPS ayant une pratique supérieure à 150% sont donc un sous-ensemble de ces 1500 médecins.

Selon l'avenant n°8, une pratique tarifaire est considérée comme excessive au regard des 5 critères ci après :

1) **le taux de dépassement des honoraires opposables** : il s'agit du rapport entre la somme des honoraires facturés aux assurés sociaux par le médecin au-delà du tarif opposable et la somme des honoraires qui correspondraient à des tarifs opposables ;

2) **le taux de croissance annuel du taux de dépassement** : ce taux traduit la progression du rapport décrit précédemment par rapport au taux constaté l'année précédente ;

3) **la fréquence des actes avec dépassement** : cette information permet de mesurer si le dépassement est permanent ou au contraire s'il est demandé en fonction de chaque patient ;

4) **la variabilité des honoraires pratiqués** : cette information permet de mesurer si le montant des honoraires demandés en dépassement est constant ;

5) **le dépassement moyen annuel par patient** : cette information permet de mesurer le reste à charge annuel par patient compte tenu de la pratique de dépassement.

L'appréciation faite de cette pratique par les caisses d'assurance maladie et les commissions paritaires régionales tiendra compte des cinq séries d'éléments d'appréciation suivants :

- la fréquence des actes en dépassement d'honoraire par patient ;
- le volume global de l'activité du praticien ;
- le lieu d'implantation géographique du praticien ;
- la spécialité du praticien ;
- les niveaux d'expertise et de compétence du médecin.

b) Sanctions conventionnelles en cas de dépassement excessif

Il est créé par l'avenant de nouvelles sanctions et une nouvelle procédure de sanction conventionnelle pour pratique tarifaire excessive des médecins en secteur 2 ou titulaire du droit à dépassement (DP).

Les sanctions encourues sont :

- la suspension de pratiquer des honoraires différents ou du DP pendant une certaine durée ;

-ou le dé conventionnement du médecin.

Il n'est pas prévu par l'avenant de pénalité financière.

La procédure de sanction est la suivante :

Le directeur général de l'UNCAM a défini les principes de sélection des médecins susceptibles de relever de la procédure de sanction après avoir recueilli l'avis de la CPN.

Un courrier d'information générale sera adressé à tous les médecins de secteur 2 sur le contrat d'accès aux soins et sur les pratiques tarifaires excessives afin que leurs honoraires soient fixés avec davantage de modération. A l'issue de cet envoi, les pratiques tarifaires des médecins du secteur 2 seront observées pendant deux mois.

En cas de pratique tarifaire estimée excessive au vu des 5 critères et des 5 éléments d'appréciation complémentaires rappelés ci-dessus, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie adressera au médecin un avertissement donnant un délai de deux mois à celui-ci pour modifier sa pratique tarifaire.

Ce n'est donc pas le seul franchissement du taux de dépassement qui doit donner lieu à cet avertissement mais bien l'analyse globale par la caisse primaire de la pratique du médecin, dans laquelle entre en ligne de compte, pour le praticien exerçant dans un EPS, le critère très pertinent relatif à son expertise et à sa technicité et qui conduira au recueil préalable de ses titres et travaux, publications et références spécifiques, s'il y a lieu, comme l'avenant l'a prévu.

L'avertissement adressé au praticien est accompagné des éléments sur lesquels la caisse se fonde ainsi que des valeurs moyennes des critères lui permettant de comparer sa pratique tarifaire à celle des médecins de la même spécialité au niveau national et régional ou départemental. **En cas de refus de modifier sa pratique, un relevé de constatation est établi par la caisse** et adressé par celle-ci au médecin qui dispose d'un mois pour présenter ses observations.

Avant de prononcer une sanction, le directeur de la CPAM soumet préalablement le projet de sanction à la commission paritaire régionale (CPR) qui a deux mois pour se prononcer par un avis sur le projet de sanction. La CPR est composée paritairément de représentants des régimes d'assurance maladie et de représentants des organisations de médecins signataires qui ont voix délibérative, sans qu'il y ait au sein de ces derniers de représentation spécifique des praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale. L'ordre des médecins y est représenté avec voix consultative.

Le directeur de la CPAM prend ensuite la décision de sanction, sans pouvoir prendre une sanction plus élevée que la sanction proposée dans l'avis rendu par la CPR.

Un recours peut être fait dans le délai d'un mois contre la sanction prononcée par la Caisse par le médecin (la CPAM peut dans certains cas introduire aussi un recours) devant la commission paritaire nationale (CPN) qui saisit le Conseil National de l'Ordre des médecins (CNOM) dans le délai d'un mois. Le CNOM a un mois pour se prononcer. La CPN se prononce dans le délai de deux mois par un avis. La décision de sanction décidée

par la CPAM à la suite de ces deux avis est notifiée au médecin et la sanction prononcée ne peut excéder la sanction pour laquelle la CPN s'est prononcée.

II.A.2. Recommandations

Pour une application pertinente de l'avenant n°8 aux praticiens exerçant en EPS, il est apparu nécessaire à la mission de faire valoir auprès de la CNAMTS qui est responsable de l'application de l'avenant, la nécessité de prendre en compte les points suivants :

a) La représentation des médecins hospitaliers exerçant une activité libérale doit être mieux assurée au niveau des commissions paritaires

On a vu que ces praticiens n'étaient pas spécifiquement représentés dans les CPR ni à la CPN.

Afin que leur représentation soit mieux assurée dans le cadre de la procédure de sanction, chaque fois que sera examinée par les CPR ou par la CPN, la situation d'un praticien exerçant en EPS, les instances de l'Ordre seront prévenues par les caisses primaires, pour les CPR, et par la CNAMTS, pour la CPN afin qu'elles désignent un représentant de l'Ordre en mesure d'apporter un éclairage sur cette pratique. La désignation à ce titre par l'Ordre d'un praticien hospitalier, le cas échéant hospitalo-universitaire, est recommandée par la mission.

b) Les critères de l'expertise et de la compétence du praticien doivent être pris en compte

Les dépassements d'honoraires devront être examinés au regard du critère du niveau d'expertise et de compétence du médecin.

La mission a estimé que le fait d'exercer comme PU-PH ou praticien hospitalier dans un EPS à temps plein conférait à cette activité les caractéristiques d'une activité de recours et que les critères d'expertise et de compétence devaient dans ces cas être présumés.

Le contenu intellectuel spécifique des actes des praticiens hospitaliers doit être ainsi mieux pris en compte car les pathologies plus graves qu'ils traitent, les actes techniques plus longs et plus difficiles qu'ils pratiquent, les patients plus lourds auxquels ils délivrent des soins, pour lesquels ils mobilisent un savoir et une expérience intellectuelle spécifiques, justifient une rémunération spécifique, et différente de celle afférente à un acte technique banal, à une consultation pour pathologie courante et pour un patient traité sans difficulté. **La notion « d'expertise et de technicité » retenue par l'avenant correspond à ces cas de figure et doit permettre que les dépassements fondés sur une forte plus-value intellectuelle soient considérés comme non abusifs.**

Cette approche est d'ailleurs reconnue par exemple par la cotation en C 3 (69 euros) de la consultation pratiquée par les PUPH, et l'avenant n°8 l'autorise pour un même patient,

3 fois par an, soit tous les 4 mois, (au lieu de deux fois par an, soit tous les six mois comme antérieurement). Il conviendrait que la CNAMTS rappelle à l'attention des praticiens hospitalo-universitaires les règles applicables à la cotation en C3 qui peut être effectuée dans le cas d'une consultation du praticien hospitalier demandée pour un patient par son médecin traitant, auquel il doit être donné une réponse écrite et qui ne comporte aucune interdiction de prescription.

c) Les taux de dépassement dans certaines zones géographiques peuvent être adaptés

-Dans certaines zones géographiques, des taux de dépassement supérieurs à 150% sont actuellement observés. Si l'application de l'avenant n°8 conduira nécessairement à modérer de tels taux, il n'est pas réaliste de chercher à atteindre ce but immédiatement et d'apprécier les pratiques de dépassement à partir de la seule référence au dépassement du taux de 150%.

Comme il a été dit plus haut, il convient de tenir compte des critères de technicité et d'expertise. Il convient également de tenir compte du lieu de pratique du praticien, et en particulier du lieu d'implantation de l'hôpital dans lequel il exerce. L'adaptation géographique du « repère de 150% » figure dans l'avenant. S'il n'est pas recommandé de définir a priori et pour toutes les activités d'une même zone géographique un taux de dépassement qui excéderait le taux repère de 150%, il revient à la CNAM de développer une approche géographique spécifique, aboutissant à retenir des taux de dépassement qui permettent, progressivement et par étapes, de modérer les dépassements d'honoraires dans certaines zones.

Il convient d'indiquer qu'à l'AP-HP par exemple, les taux moyens de dépassement sont parfois de plus de 250 % notamment pour les actes de chirurgie, situation qui s'explique par la notoriété, le fort niveau de charges spécifiques (40 à 45% des honoraires perçus comprenant la redevance à 25%, l'assurance, les cotisations à la CARMF pesant sur l'exercice libéral).

Si les honoraires devaient être ramenés purement et simplement à 150% des tarifs conventionnés sans cette approche géographique, les praticiens seraient amenés à renoncer à l'activité libérale faute d'y trouver un intérêt suffisant. Il pourrait être alors nécessaire, d'une part de diminuer la redevance de manière significative pour ne pas remettre en cause l'activité libérale elle-même, et, d'autre part, d'augmenter l'engagement de l'employeur dans la constitution de compléments de retraite pour les hospitalo-universitaires.

-Depuis les décrets du 15 mai 2008 et du 14 octobre 2008 (article D.6154-10-3 du CSP), **la redevance pour service rendu** dont le praticien, qui exerce une activité libérale, est redevable à l'EPS, **est fixée en pourcentage des honoraires demandés au patient**. Cette modification dans l'assiette de la redevance a été introduite à la suite de l'arrêt du Conseil d'Etat du 16 juillet 2007 dont les motifs ont autorisé d'asseoir la redevance sur la totalité des honoraires. Les taux de la redevance étaient antérieurement appliqués au montant des seuls honoraires opposables. Ces taux ont été réduits par le décret précité de 2008 du fait de l'élargissement de l' assiette de la redevance et ont été fixés de manière différenciée selon les disciplines et selon qu'il s'agit d'un CHU ou d'un CH ; ces taux sont de 25% en CHU pour la chirurgie et de 16% hors CHU , et pour la médecine, de 16% en CHU et de 15% hors CHU, et enfin de 60% pour la radiologie.

Si l'avenant appliquait aux honoraires des praticiens exerçant une activité libérale un taux de dépassement d'un niveau de 150% maximum des tarifs opposables sans adaptations géographiques, **il se traduirait par une baisse excessive des rémunérations globales des praticiens concernés qui justifierait alors une baisse notable du taux de la redevance qui leur est demandée**; en effet, le taux de la redevance, et notamment celui de 25% applicable en CHU pour les actes chirurgicaux, est élevé si l'on tient compte des charges supplémentaires : assurance, charges sociales, ...qui s'y ajoutent (le taux de charge est de l'ordre de 45%). Ce taux de redevance, à la différence des redevances dues dans le cadre de l'activité pratiquée en établissement privé du secteur libéral, est appliqué à un petit nombre d'actes, et encourage les praticiens à recourir à des dépassements.

Ainsi une baisse des redevances serait à envisager en l'absence d'approche géographique spécifique telle que décrite ci-dessus.

-L'activité libérale permet, selon les praticiens intéressés et leurs syndicats, de dégager des ressources pour contribuer auprès d'organismes spécialisés en vue de la constitution d'un complément de retraite. La situation des hospitalo-universitaires sur ce plan là est particulière puisqu'eux-mêmes comme leur employeur (l'Etat, soit en l'occurrence le ministère de l'enseignement supérieur) ne cotisent pas sur leurs émoluments hospitaliers qui complètent leur traitement universitaire. Un abondement auprès d'organismes de retraites complémentaires facultatives est prévu pour eux par les établissements hospitaliers à hauteur de 2000 euros par an depuis la loi du 21 décembre 2006.

La limitation des dépassements d'honoraires les plus élevés par l'application de l'avenant n°8 aura une incidence sur la constitution de compléments de retraite pour ceux dont les honoraires seront nécessairement modérés par les règles nouvelles posées par cet avenant. Si l'avenant est appliqué pour ces seuls dépassements élevés, l'incidence sur la constitution de complément de retraite ne portera que sur un petit nombre de praticiens. **Les conséquences seraient en revanche plus importantes si les taux de dépassement de 150% maximum étaient retenus sans l'approche géographique décrite ci-dessus.**

Dans cette configuration, l'hypothèse d'un relèvement du niveau de l'abondement à un organisme de retraite complémentaire facultative limité pour l'employeur à 2000 euros par an devra être examinée.

En tout état de cause, demeure la question de la retraite de tous les praticiens hospitalo-universitaires titulaires, même ceux n'exerçant pas d'activité libérale, dont les cotisations de retraite obligatoires ne sont pas assises sur l'indemnité hospitalière qui constitue pourtant la moitié de leurs ressources d'activité : une nouvelle étape dans la progression de la contribution employeur est en cours mais elle ne concerne que les contributions pour les retraites complémentaires et n'est organisée qu'à proportion de la contribution du professionnel concerné. A terme, il semble impératif de se reposer la question de la définition de l'assiette de la cotisation retraite obligatoire des personnels hospitalo-universitaires.

d) L'information sur l'avenant n°8 doit être assurée par les CAL et la publicité et la diffusion des sanctions prononcées par les CPAM doivent être assurées par la CNAMTS

Les CAL doivent être en mesure, grâce au représentant de la caisse primaire qui siège en leur sein, de diffuser auprès des praticiens exerçant en EPS les informations qui leur sont utiles relatives à l'application de l'avenant n°8 : envoi de lettres aux praticiens, diffusion de guides, indications relatives à la cotation des actes, réunions régulières d'information, communication à la CME.

De la même manière, le représentant de la CPAM dans la commission d'activité libérale devrait faire régulièrement, à l'attention des membres de la commission et de son président, **l'analyse des sanctions** prononcées en vue d'une information en direction des praticiens, de la CME et de son président.

Au préalable et pour que la jurisprudence des caisses primaires en matière de sanction soit connue et commentée, les **décisions de sanctions** prononcées par elles accompagnées de leur motivation devraient être anonymisées **et publiées sur un site internet accessible de la CNAMTS**.

e) La désignation d'un référent national au sein du ministère chargé de la santé est proposée

Il serait utile d'établir un lien et une coordination permanents entre les responsables de la CNAMTS d'une part qui, par leurs décisions, appliquent l'avenant n°8, et l'administration centrale en charge de la réglementation relative à l'exercice libéral des praticiens hospitaliers, d'autre part. La Direction de la sécurité sociale, en effet, même si elle a pour rôle d'assurer la tutelle de la CNAMTS et suit l'application de l'avenant n'a pas pour vocation d'effectuer le suivi permanent de la situation des praticiens hospitaliers exerçant en EPS.

La désignation d'un agent de haut niveau, qui pourrait être dénommé « **Référent pour l'activité libérale en EPS** » et qui serait **spécifiquement responsable d'une mission d'accompagnement de l'application de l'avenant auprès des praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale**, du suivi statistique des honoraires et de leurs dépassements selon les zones et selon les disciplines, répondrait à ce besoin qui s'est fait sentir et auquel il convient d'apporter une réponse, au moins pendant les deux premières années d'application de l'avenant.

f) Les conséquences d'une sanction de déconventionnement prononcée à l'encontre d'un praticien sur son exercice libéral à l'hôpital doivent être prévues par une disposition législative

En cas de sanction par la CPAM pour pratique de dépassement excessif comme indiquée ci-dessus et qui prononcerait le déconventionnement d'un praticien exerçant une

activité libérale à l'hôpital, il serait choquant que ce praticien continue d'exercer cette activité libérale au sein de l'hôpital en secteur 3, en pratiquant des montants d'honoraires élevés alors que ses patients seraient exclus de tout remboursement.

Comme il a été dit plus haut, la condition préalable du conventionnement à l'assurance maladie en secteur 1 ou 2, ni non plus celle de ne pas être « hors convention » ne figurent dans les dispositions législatives actuellement en vigueur relatives à l'activité libérale en EPS : il conviendrait de corriger cette lacune de la loi en y introduisant cette règle pour tirer toutes les conséquences sur l'activité libérale elle-même d'une sanction conventionnelle.

Il conviendrait également d'articuler la sanction du déconventionnement avec celle propre à l'activité libérale (suspension ou retrait d'autorisation d'exercer une activité libérale que le DG de l'ARS peut prononcer). **Lorsque le praticien est déconventionné par une décision de sanction conventionnelle devenue définitive prononcée par une caisse d'assurance maladie, son autorisation d'exercer une activité libérale devrait être de droit suspendue pour une période de même durée, ou le cas échéant retirée, par le DG ARS.** Si les agissements donnant lieu à sanction sont identiques (des dépassements d'honoraires), ils peuvent être passibles de sanctions différentes prises sur le fondement de législations différentes dans le respect des principes de la règle du « non bis in idem ».

g) L'hypothèse de la création d'une sanction financière spécifique s'ajoutant aux sanctions de l'avenant n°8 doit être écartée

L'hypothèse de la création d'une pénalité financière spécifique qui viendrait se surajouter au plafonnement résultant de l'avenant n°8 a été examinée pour être écartée.

Selon cette hypothèse, une telle pénalité serait due à l'hôpital par le praticien qui, dans le cadre de son exercice libéral, percevrait des dépassements d'honoraires au delà d'un certain montant ou des revenus dont le montant excéderait un certain rapport avec sa rémunération publique. Le taux de la pénalité financière serait progressif au delà de ce montant et la pénalité serait reversée à l'hôpital en complément de la redevance due par le praticien.

Cette hypothèse aurait pour finalité de garantir le caractère accessoire de l'activité privée par rapport à l'activité publique, de décourager les dépassements d'honoraires et d'éviter le contournement du plafonnement des honoraires prévu par l'avenant n° 8 par l'augmentation des volumes d'activité.

Cette solution présenterait plusieurs inconvénients : en premier lieu, elle constituerait une **surtaxation des revenus des médecins à caractère fiscal** (la notion de redevance pour service rendu ne pouvant plus être retenue dans une telle hypothèse) très mal ressentie par les professionnels dans le contexte actuel d'augmentation des prélèvements fiscaux. Cette solution purement coercitive remettrait en cause, en second lieu, le système de régulation prévu pour les dépassements d'honoraires par l'avenant n°8 et par les mesures de contrôle renforcé prévus plus loin par la mission sur le nombre d'actes et le temps consacré à d'activité libérale.

Dès lors que les honoraires perçus dans le cadre de l'activité libérale par les praticiens hospitaliers sont inclus dans le champ de l'avenant n°8, il n'est souhaitable, ni, comme il a été dit plus haut, de les en soustraire après que l'avenant a été signé et approuvé par arrêté interministériel en application du code de la sécurité sociale, ni de créer, en superposition de l'avenant, une règle nouvelle plus rigoureuse, de taxation des revenus concernant les seuls médecins exerçant une activité libérale à l'hôpital. Il convient donc de l'écartier.

Cette hypothèse est distincte de celle de l'introduction **d'un plafonnement du montant cumulé** du traitement public du praticien et des honoraires qu'il tire de son activité libérale, qui sera examinée plus loin.

II.B. Le contrat d'accès aux soins : caractéristiques et recommandation de la mission

II.B.1. Caractéristiques du contrat d'accès aux soins :

La CNAMTS évalue à **25 000** le nombre de médecins spécialistes en secteur 2 dont le dépassement d'honoraires est inférieur ou égal à 100 % et qui seraient susceptibles de relever potentiellement du contrat d'accès aux soins.

Ce contrat a pour objectif de diminuer le « reste à charge » des patients et de développer l'activité à tarifs opposables en mettant un terme à la progression constante du niveau des dépassements d'honoraires constatée au cours des dix dernières années.

Seuls les médecins de secteur 2 qui ont un taux de dépassement de moins de 100% pourront bénéficier du contrat d'accès aux soins, l'année de référence étant pour les calculs l'année 2012. Ils répercuteront le meilleur remboursement de leurs patients garanti par l'avenant.

En effet, ce contrat est proposé aux médecins qui s'engagent sur une durée de trois ans :

à réaliser une part d'activité à tarifs opposables supérieure ou égale à celle pratiquée avant leur adhésion au contrat d'accès aux soins (à condition que le taux de dépassement soit inférieur à 100%, c'est la condition d'entrée dans le contrat comme il a été dit);

à garantir le tarif opposable aux patients disposant de l'ACS (revenus inférieurs à 35% au dessus du seuil de la CMUC soit 10 711 euros pour une personne seule et 22 494 euros pour un foyer de 4 personnes), soit un potentiel de 4,7 millions de personnes ;

pour les autres patients, à réduire le reste à charge par alignement sur les tarifs du secteur 1, soit 28 euros pour la consultation de spécialiste, ce qui réduit le reste à charge de moitié ou d'un tiers selon les cas (réduction de moitié pour les spécialistes médicaux et d'un tiers pour la chirurgie) pour les assurés ;

et donc à réduire leur dépassement à due concurrence à chaque revalorisation du secteur 1 dont ils bénéficient.

L'UNOCAM s'engage à inciter les organismes complémentaires à prendre en charge les dépassements d'honoraires des médecins adhérents du contrat d'accès aux soins, lorsque le contrat complémentaire du patient prévoit une prise en charge de dépassement.

Les médecins adhérents au contrat d'accès aux soins bénéficient pour les actes réalisés sans dépassement de la prise en charge d'une partie de leurs cotisations sociales.

La période d'adhésion au contrat est ouverte entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2013.

Le contrat entrera en vigueur sous réserve qu'au moins 1/3 des médecins éligibles au contrat y adhère (environ 8300 sur les 25 000 éligibles)). Les médecins pourront ensuite y adhérer à tout moment.

II.B.2. Recommandation de la mission : diffuser les informations sur le contrat d'accès aux soins auprès des praticiens hospitaliers

La CNAMTS évalue à **1356** les praticiens spécialistes exerçant une activité libérale à l'hôpital en secteur 2 dont les honoraires sont en dépassement d'au plus 100%. Ce nombre représente **70%** des **1932 praticiens exerçant une activité libérale à l'hôpital en secteur 2 au total**. La CNAMTS estime à **1131 médecins, soit 59% des 1932 praticiens secteur 2 exerçant une activité libérale à l'hôpital**, le nombre des praticiens dont les dépassements d'honoraires sont inférieurs ou égaux à 100% et qui sont donc potentiellement concernés par le contrat d'accès aux soins.

Le contrat d'accès aux soins présente des avantages pour les praticiens exerçant une activité libérale à l'hôpital qui sont en secteur 2 et dont le niveau des dépassements est inférieur à 100% (prise en charge des cotisations sociales). Il est aussi intéressant pour leurs patients. Son économie générale doit être portée à la connaissance des praticiens concernés au sein des hôpitaux.

Les commissions de l'activité libérale des établissements hospitaliers devraient faire une communication spécifique en direction des praticiens de l'établissement en invitant le représentant de la CPAM à faire une présentation du contrat d'accès aux soins devant la communauté médicale, dans le cadre de la CME.

III. Assurer le respect des critères d'autorisation de l'activité libérale

L'exercice de l'activité libérale à l'hôpital est subordonné à plusieurs conditions prévues par les textes. La mission les a examinées et formule pour chacune d'entre elles les recommandations qui suivent.

III.A. Le champ des praticiens concernés : Pas de changement demandé

Seuls les praticiens statutaires exerçant à temps plein dans les établissements publics de santé, qu'ils soient hospitalo-universitaires ou non, peuvent exercer une activité libérale à l'hôpital. **Cette restriction, qui exclut les praticiens statutaires à temps partiel et les médecins contractuels n'est pas contestée** : le praticien doit exercer son activité principale intégralement à l'hôpital, l'exercice libéral n'en étant qu'un complément accessoire et il s'agit d'une faculté réservée aux titulaires et vécue comme un « droit statutaire ».

L'exercice libéral est toutefois impacté par l'évolution des organisations hospitalières et le développement de la coopération inter hospitalière qui amènent les praticiens à exercer dans le cadre de groupements de coopération. Dans le cas de praticiens exerçant dans un groupement de coopération sanitaire, l'administration centrale doit établir une doctrine afin de clarifier la question des conditions posées à l'autorisation d'exercice libéral en précisant les situations susceptibles d'y donner droit.

Seuls les praticiens exerçant une **activité clinique** peuvent pratiquer une activité libérale les plaçant en contact direct avec le patient, ce qui exclut par la force des choses les médecins exerçant par exemple dans les disciplines biologiques. L'extension à ces disciplines de ce mode d'exercice n'a pas été demandée. Toutefois, l'exclusion de fait de ces praticiens de l'activité libérale, et d'autres d'ailleurs (urgentistes...), a été relevée pour souligner que l'activité libérale ne peut pas constituer la réponse complète au différentiel de rémunérations avec le secteur hospitalier libéral ni aux problèmes de retraite de tous les hospitalo-universitaires.

Enfin, compte tenu de la finalité de ce dispositif qui est de contribuer à assurer l'attractivité des EPS, il n'a pas été envisagé d'étendre son champ aux ESPIC dans lesquels les médecins sont salariés, même si ces établissements exercent des missions de service public.

III.B. L'autorisation du DG ARS et la signature d'un contrat d'activité libérale : institution d'une commission régionale auprès de l'ARS et introduction de nouvelles clauses type dans les contrats

Pour exercer une activité libérale le praticien doit au préalable signer un contrat d'activité libérale avec le directeur de l'établissement qui est soumis à une autorisation accordée par le directeur général de l'Agence régionale de santé.

Le directeur de l'établissement a, sur le fondement de la loi, la possibilité de s'appuyer sur « l'exercice des missions de service public » pour s'opposer à la signature d'un contrat d'activité libérale qui « y ferait obstacle ». Ces dispositions mettent en relief que ce régime n'est pas un droit des praticiens et que l'hôpital a pour mission principale l'exercice d'une activité de service public dans laquelle l'activité libérale n'est qu'un accessoire. Elles permettent au directeur de refuser un contrat d'activité libérale à un praticien lorsque la situation de la structure médicale dans laquelle il exerce n'est pas en mesure de répondre de manière satisfaisante aux besoins du public et que l'ouverture d'une activité libérale en aggraverait significativement la situation. Cette disposition ne saurait toutefois permettre au directeur de l'établissement public de santé d'exclure certaines disciplines ou certaines pathologies du champ de l'activité libérale. Ce serait à la loi seule de le faire comme elle l'a fait pour les greffes par exemple.

Les avis préalables à l'autorisation qui doivent, selon la réglementation en place, **être recueillis auprès du chef de pôle et du président de la CME** de l'établissement, conservent tout leur intérêt et doivent être maintenus.

Le niveau régional pour l'attribution de l'autorisation d'activité libérale est tout à fait pertinent. La mission propose toutefois **d'instituer auprès du DG ARS une commission régionale chargée de donner un avis sur les autorisations d'activité libérale et sur leur renouvellement**. La commission pourrait ainsi constituer un registre des contrats aux fins de suivre en continu l'activité libérale dans tous les établissements publics de santé de la région. Travaillant sur des statistiques, des indicateurs et des comparaisons et exploitant les rapports des CAL, la commission pourrait être en mesure de devenir un véritable **observatoire de l'activité libérale dans les hôpitaux de la région**. Cette commission serait composée comme les commissions de l'activité libérale des établissements : représentants des médecins hospitaliers exerçant ou non une activité libérale, des usagers, de l'ordre des médecins, de l'assurance maladie, ainsi que des directeurs et des conseils de surveillance des EPS. Elle donnerait également un avis sur les suspensions ou retraits d'autorisation d'exercice d'activité libérale que le DG d'ARS serait amené à prononcer à la suite d'une décision de déconventionnement par la CPAM d'un praticien hospitalier dans le cadre de son activité libérale (cf. point f du II.A.2.).

La durée de l'autorisation d'activité libérale est actuellement de 5 ans, comme celle du contrat. Il n'est pas proposé de la réduire ni de l'augmenter mais de renforcer les contrôles à effectuer en cours de période par la commission de l'activité libérale compétente, comme il sera dit plus loin.

Un contrat type comportant des clauses obligatoires a été prévu par les textes législatifs et réglementaires. Il repose sur l'engagement du praticien de respecter la réglementation (respect des temps et volume d'activité, affichage des honoraires,, versement de la redevance à l'hôpital , respect du secret professionnel, obligation

d'assurance, continuité des soins en cas d'absence) ; il précise le choix du mode de perception des honoraires, le choix d'exercer pendant 10% ou bien 20% de la durée de service hebdomadaire et l'engagement de l'hôpital de mettre à disposition du praticien les moyens nécessaires pour lui permettre d'exercer l'activité libérale.

Ce régime d'autorisation a été qualifié par le juge administratif d' « *acte unilatéral d'autorisation* » du DG ARS, le juge ayant écarté la qualification contractuelle de l'acte (*arrêt du CE du 3 février 2003 « Syndicat national de défense pour l'exercice libéral de la médecine à l'hôpital »*). Ceci n'interdit pas de prévoir dans le contrat type des clauses d'engagement du praticien, ni d'en étendre le champ en le complétant par de nouvelles clauses. Les membres du groupe de travail ont tous exprimé le souci de renforcer le contenu de l'engagement contractuel du praticien exerçant une activité libérale afin d'en faciliter le suivi et le contrôle par la commission de l'activité libérale.

Il est donc proposé de faire figurer dans les clauses du contrat type annexé à l'article R.6154-4 du CSP, les nouvelles clauses suivantes :

- l'engagement de remplir le **tableau de service** mensuel prévisionnel accompagnant le projet de contrat en indiquant les plages d'activité libérale et les plages d'activité publique et d'adresser trimestriellement le tableau de service **réalisé** à la commission de l'activité libérale ;
- l'engagement du praticien de transmettre trimestriellement au président de la commission de l'activité libérale un état récapitulatif de l'exercice de son activité libérale et de son activité publique précisant les catégories et le nombre d'actes effectués au titre de chacune d'elles ;
- l'engagement **d'informer le patient** sur le montant des honoraires pratiqués, le reste à charge, et d'interroger ce dernier sur son accès à un remboursement complémentaire et l'engagement d'offrir l'égalité d'accès pour les bénéficiaires de la CMU et de l'AME ;
- l'engagement de **se soumettre au contrôle** de la commission de l'activité libérale et de lui fournir toute réponse et tout document qu'elle demande dans le cadre de ses vérifications ;
- l'engagement d'appliquer les recommandations de la **charte déontologique de l'activité libérale** mise en place au niveau de l'établissement relative aux modalités d'information et d'accueil des patients ;
- l'engagement de respecter **une clause de non concurrence** vis à vis de l'EPS en cas de départ du praticien et d'installation en ville en libéral (clause de durée et de distance minima).

L'intérêt de chacune de ces clauses sera développé dans les paragraphes suivants du présent rapport.

III.C. Critères de temps et de volume maximum dévolus à l'activité libérale : maintenir les critères existants mais se doter d'outils de recueil informatisé de l'activité publique

L'article L.6154-2 du code de la santé publique précise que l'activité libérale à l'hôpital s'exerce à une triple condition :

- a) que les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ;
- b) que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20% de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens ;
- c) que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique.

Ces trois conditions sont en vigueur dans cette rédaction depuis la loi du 27 juillet 1999 relative à la couverture médicale universelle. Elles ont suscité certaines interrogations et le contentieux, les avis ou les circulaires ont progressivement stabilisé leur interprétation. L'encadrement de l'activité libérale contenu dans ces articles est pleinement légitime en raison du caractère dérogatoire de cette activité et pour préserver les intérêts du service public. Il ne paraît pas utile de modifier ces critères ni pour les relâcher ni pour les durcir.

III.C.1. Le praticien doit exercer personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur public hospitalier

Les circulaires ministérielles, les avis et décisions contentieux de la juridiction administrative et de l'Ordre des médecins ont précisé l'interprétation de cette exigence qui a les incidences suivantes:

a) Faire en activité libérale des actes pratiqués dans le secteur public :

L'activité libérale se conçoit comme l'accessoire de l'activité publique du praticien et non comme une activité d'une autre nature : le praticien, en effet, **ne peut effectuer des consultations, des hospitalisations ou des actes médico techniques s'il ne fait pas des consultations, des hospitalisations ou des actes médico-techniques d'abord dans le secteur public.**

Rappelons toutefois l'exception des greffes et prélèvements d'organes, des prélèvements de tissus en vue de dons, des activités de recueil, traitement conservation et cession de gamètes qui sont en tout état de cause réservés à l'activité publique et ne peuvent être pratiqués en secteur libéral.

Au-delà de ces exceptions très circonscrites à des opérations spécifiques bien identifiées pour leur problématique éthique dans le code de la santé, l'exclusion de l'activité libérale de la prise en charge de certaines pathologies lourdes (cancer, ..) serait très

difficile à justifier car il n'existe pas de hiérarchie objective de la gravité des pathologies ni au regard des besoins des patients ni selon les besoins des disciplines ou de l'hôpital. Pour ce qui concerne la prise en compte de la problématique du patient, il est apparu préférable à la mission, plutôt que de différencier de manière générale les pathologies, de prévoir dans une charte de déontologie de l'activité libérale de l'établissement hospitalier, la mise en place d'une organisation pour traiter les patients dont l'attente excessive entraînerait une perte de chance (cf. ci-après).

Pour assurer la vérification effective de cette condition, il est proposé de rendre obligatoire la clause type du contrat d'activité libérale relative à la déclaration trimestrielle par le praticien des actes pratiqués par catégorie en activité publique et en activité privée.

b) Le praticien doit réaliser lui-même et personnellement les actes

Le praticien doit assurer lui-même les consultations, interventions et actes en hospitalisations dans le cadre de son activité libérale et ne peut pas les déléguer à un autre praticien ni aux praticiens de son service. La vérification de ce point sera faite par le contrôle par la CAL des tableaux de services dont l'engagement de les produire devra figurer comme clause type obligatoire du contrat.

c) Les praticiens ne peuvent effectuer certains actes exclusivement dans le secteur privé

Le praticien ne peut pas réserver certains actes au secteur privé qu'il n'effectue pas en secteur public : ex pas de photo-épilation du corps pour un ORL (*CE 28 août 2011 et CNOM 24 février 2012*).

Il peut toutefois effectuer en secteur privé des actes qu'il n'effectue pas à titre principal en secteur public à condition que la disproportion entre les deux secteurs pour une catégorie d'actes ne soit pas manifeste. Le contrôle de la disproportion manifeste doit être particulièrement vigilant pour des activités telles que la radiologie ou la cardiologie.

Pour vérifier l'application de ces règles, si la déclaration des actes pratiqués en privé et en public précitée est utile, des contrôles ciblés doivent être en outre effectués par la commission de l'activité libérale de l'EPS.

III.C.2. La durée de l'activité libérale ne doit pas excéder 20% de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens

La durée du service hospitalier hebdomadaire pour les PH est définie par les textes statutaires (10 demi-journées par semaine), et 20% de leur durée de service hospitalier hebdomadaire autorisée pour exercer une activité libérale correspond pour ces praticiens à 2 demi-journées maximum.

L'interprétation de la notion de demi-journée a été donnée par un avis de la section sociale du 6 février 1996 : une demi-journée d'activité libérale ne peut avoir une durée

excédant de manière disproportionnée celle retenue par le praticien dans le secteur public pour une catégorie d'actes identiques. Ainsi, une durée de plus de 5h dépasserait le cadre d'une demi-journée.

Pour les HU, la durée de service (impliquant 11 demi-journées par semaine selon des circulaires anciennes de 1961) mêle les obligations d'enseignement et les obligations hospitalières, de sorte que la durée spécifique de service hospitalier n'est pas définie par les textes. Il a été admis communément de raisonner pour ceux-ci, comme pour les PH, en considérant que la durée de deux demi-journées par semaine correspond au maximum autorisé. Il convient de privilégier pour tous les praticiens des durées non fractionnées pour ce qui concerne les consultations et les actes médico-techniques.

Dans le cas où la durée est éclatée sur plusieurs fractions de demi-journées, dans le cas des interventions chirurgicales en particulier, le contrôle des demi-journées est rendu plus difficile. Il revient aux commissions de l'activité libérale de l'effectuer notamment à partir des tableaux de service réalisés qui devront être désormais produits par le praticien, par des contrôles par sondages et par le contrôle des cahiers de blocs opératoires.

III.C.3. Le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale doit être inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique.

La comparaison entre l'activité publique et l'activité privée doit se faire en distinguant les consultations, les hospitalisations et les actes médico-techniques, en comptabilisant les actes par catégories qu'il convient de comparer à chaque fois avec le nombre des consultations, hospitalisations et actes médico-techniques effectués dans le secteur public par le même praticien. L'activité publique doit être exercée dans tous les cas à titre personnel par le praticien qui ne peut comptabiliser au titre de son activité publique l'activité effectuée par son équipe pour la comparer avec son activité libérale.

Le praticien s'engagera à fournir trimestriellement, en vertu de la nouvelle clause type de son contrat, le relevé de son activité effectuée, d'une part, en activité publique et, d'autre part, en activité libérale. Les tableaux de service réalisés à prévoir également au contrat, fourniront des éléments complémentaires. Enfin la commission de l'activité libérale dispose du relevé SNIR édité par la caisse primaire d'assurance maladie qui retrace l'activité de chaque praticien exerçant en libéral mais qui ne concerne pas son activité publique.

La difficulté mise en évidence au cours des dernières années a été celle d'établir avec suffisamment de fiabilité la comparaison entre l'activité en secteur public et l'activité libérale d'un praticien pour contrôler la règle de plafonnement de l'activité libérale en volume. Vérifier le respect de cette règle suppose donc, d'une part, une **obligation de déclaration des données d'activité médicale publique du praticien**, et, d'autre part, de s'assurer de sa fiabilité.

Il est donc proposé, en premier lieu, d'en faire une obligation du contrat type avec engagement de respect par le praticien de cette obligation. L'obligation de déclaration trimestrielle des données de l'activité médicale publique du praticien sera incluse dans

le contrat type d'activité libérale. Ces données seraient fournies à l'établissement hospitalier trimestriellement et à la commission d'activité libérale pour assurer le contrôle des volumes comparés d'activité publique et libérale.

En second lieu, en vue d'assurer la fiabilité et l'homogénéité du relevé des actes effectués par les praticiens en CHU en particulier, il conviendrait d'en **codifier la pratique à l'échelle de chaque établissement** en réglant la question du rattachement de l'activité des internes et le cas d'opérations ou d'actes techniques à intervenants multiples, en vue d'identifier nettement l'activité publique propre au praticien en CHU.

Enfin, une fois retenues des modalités spécifiques pour les CHU, il conviendrait d'intégrer le contrôle de ces données **dans la mission des DIM** de manière à en assurer la fiabilité et la cohérence.

Si la problématique de l'activité libérale rend nécessaire le relevé codifié et fiable de l'activité médicale publique des praticiens exerçant une activité libérale, d'une manière plus générale, la mission a relevé la nécessité de disposer d'un outil informatique propre à la comptabilisation de l'activité médicale publique de chaque praticien dans l'hôpital public. Un tel processus serait utile pour les médecins eux mêmes (déroulement carrière, formation professionnelle, acquis professionnels) et pour l'établissement public de santé et les chefs de pôle (connaissance de l'activité des personnels médicaux, et évaluation des besoins en temps médical). Il faut donc à terme que chaque praticien identifie sa propre activité médicale, y compris dans les CHU, que cette comptabilisation soit contrôlée et que cette identification s'inscrive dans une démarche de projet commune aux établissements publics de santé.

Il est donc proposé de mettre en place dans les hôpitaux un outil commun fiable et homogène de recueil de l'activité médicale publique de tous les praticiens hospitaliers.

III.D. L'institution d'un plafond de cumul de rémunérations n'est pas retenue

Les relevés SNIR dans les grands établissements hospitaliers font apparaître des montants d'honoraires résultant de l'activité libérale qui atteignent des niveaux élevés. A l'AP-HP, 4%, et aux HCL ,3 %, des contrats d'activité libérale donnent lieu à des montants d'honoraires supérieurs à 300 000 euros (en 2011). Ces montants concernent en tout moins de vingt praticiens.

L'idée qui consisterait à plafonner le niveau des cumuls de rémunération publique et privée autorisé dans le cadre de l'activité libérale a été avancée dans l'objectif de conserver à l'activité libérale son caractère accessoire. Par exemple, le montant des honoraires résultant de l'activité privée ne pourrait être supérieur à plus de X fois le montant de la rémunération publique du praticien et, en cas de dépassement de ce plafond au cours d'une période définie, l'autorisation d'exercice d'activité libérale ferait l'objet d'une suspension ou d'un retrait par le DG de l'ARS.

Cette hypothèse comporterait **plusieurs inconvénients** :

1°) D'une part la maîtrise des dépassements des honoraires, et, d'autre part, les contrôles plus exigeants des volumes d'activité publique et d'activité privée et des durées consacrées à l'activité libérale proposés dans le présent rapport, **contribueront à réduire ces niveaux hors norme.**

2°) Le plafonnement du cumul des rémunérations conduit à **s'interroger sur le bon niveau du plafonnement à retenir.** Un plafond bas rendrait l'activité libérale peu attractive, et viendrait par là même ruiner l'objectif même de son maintien dans les EPS. Un plafond haut ne concernerait qu'un très petit nombre de praticiens et aboutirait paradoxalement à ce que les praticiens qui sont en deçà du plafond considèreraient ce plafond comme une norme à atteindre. Il en résulterait une augmentation de l'activité et l'abandon du respect des règles de modération existantes qui seraient alors vidées de leur sens. Le plafonnement des rémunérations ne peut pas cohabiter avec les autres règles du 20% de temps et du 50% maximum d'activité libérale dans l'activité totale : **il faut choisir entre la logique d'encadrement de l'activité et celle de l'encadrement des rémunérations.**

3°) L'institution d'un plafond unique de cumul accentuerait **l'inégalité de rémunération des actes qui existe entre les différentes disciplines** selon le niveau de leur cotation par la nomenclature des actes professionnels de l'assurance maladie : certains actes sont défavorablement cotés et d'autres le sont favorablement et ce pour des raisons qui tiennent à l'histoire de leur cotation. Et l'instauration d'un plafond différencié selon les disciplines serait impraticable. **Il est beaucoup plus important de recommander l'actualisation de la cotation des actes qui aujourd'hui reflète mal la réalité de leur valeur ;**

4°) Introduire un plafond de cumul des rémunérations publique et privée pour les seuls médecins titulaires lorsqu'ils exercent une activité libérale alors **qu'un tel plafond a été supprimé en 2007 pour tous les autres fonctionnaires**, et ne l'introduire que pour l'activité libérale et **sans traiter des cumuls de rémunérations résultant des expertises médicales ou des études de molécules pour l'industrie pharmaceutiques** effectuées par d'autres catégories de médecins hospitaliers, serait une orientation mal comprise et injuste. Il conviendrait à tout le moins, au préalable, de soumettre à contrôle l'activité et les rémunérations de ces praticiens pour ces types d'activités réalisées au sein des EPS et qui sont faiblement encadrées.

Il n'est donc pas apparu nécessaire de retenir la solution du plafond de cumul mais plutôt de s'engager fermement dans la voie du contrôle effectif des règles existantes et de l'application de l'avenant n°8.

III.E. Mieux garantir l'information du patient

En vertu des dispositions en vigueur, le patient doit être informé des tarifs des consultations et des actes médicaux et des conditions de leur remboursement par les organismes de sécurité sociale, et cette information doit donner lieu à un affichage dans la salle d'attente des consultations privées.

Ainsi, le patient doit être informé des honoraires et des maxima d'honoraires des actes les plus couramment pratiqués. L'information est écrite et préalable lorsque le montant des honoraires demandés est égal ou supérieur à 70 euros.

Il est proposé que ces obligations figurent explicitement dans les contrats d'activité libérale en y ajoutant l'obligation d'interroger le patient sur sa protection complémentaire et l'égal accès des patients relevant de la CMU et de l'AME.

A l'heure de **l'internet**, l'information devrait aussi systématiquement figurer sur les sites internet des hôpitaux ainsi que dans les courriels de confirmation de rendez vous adressés au patient. Si cette pratique se développe, elle n'est pas générale, et **l'engagement de procéder ainsi devrait figurer dans les chartes de déontologie de l'activité libérale élaborées par les EPS.**

III.F. Permettre un choix non ambigu du secteur libéral par le patient par l'élaboration d'une charte de l'activité libérale au niveau de chaque hôpital

Le choix du patient d'être suivi dans un service en particulier ne doit pas avoir pour conséquence de lui imposer une consultation en secteur libéral. Il convient de réaffirmer que **l'orientation vers le secteur privé ne peut résulter que de la demande du patient** et que sa mise en œuvre passe par l'engagement du praticien de respecter **la charte de déontologie de l'activité libérale adoptée par l'EPS** et comportant des dispositions obligatoires à cet égard prévues dans une **charte type**.

La « charte de fonctionnement de l'activité publique et libérale » du CHU de Nancy est très intéressante sur ce point : elle comporte les dispositions suivantes « *La proposition de rendez vous respecte le libre choix des patients : soit le patient exprime spontanément son choix de l'activité libérale et un rendez-vous lui est proposé ; soit le patient est spécifiquement adressé à un médecin et un rendez vous lui est alors proposé en lui demandant de choisir le mode de prise en charge qu'il souhaite : secteur public ou secteur libéral si le praticien exerce selon ces deux modalités, si le patient n'exprime pas de choix particulier, la première question à lui poser est le choix du secteur, public ou libéral, les tarifs des honoraires pratiqués, dépassements éventuels compris sont annoncés lors de la prise de rendez vous* ».

III.G. La charte doit veiller à la réduction des écarts de délais de rendez vous entre les deux secteurs

Les délais de rendez vous pour les consultations publiques sont parfois tels que le rendez-vous est accordé plus rapidement en secteur privé puisque l'activité y est contingentée et que des plages horaires sont prévues à cet effet. Cette question est très sensible pour les associations d'usagers qui y voient une atteinte à l'égalité des soins et pour les praticiens qui ont des difficultés à résoudre seuls le problème.

La lettre de mission souligne d'ailleurs cette préoccupation et le souci des membres du groupe de travail a été de rechercher les moyens d'assurer un meilleur accès des patients aux praticiens experts, quels que soient leurs revenus : les délais d'attente en secteur privé ne doivent pas être, dans une proportion exagérée, plus courts qu'en secteur public, et le recours au secteur privé ne doit pas être imposé aux patients sous la seule pression de leur besoin de soins urgents.

Il convient de veiller à la réduction des écarts de délais entre les deux secteurs et d'éviter toute perte de chance à un patient en prévoyant son renvoi vers l'activité publique du service concerné pour que ce patient, s'il s'est orienté vers le secteur privé dans un contexte d'urgence, n'attende pas pour être pris en charge dans de bonnes conditions. L'organisation de l'activité médicale publique au sein d'un service ou d'un pôle d'activité doit être à même de permettre la prise en charge du patient dans ce cas.

Il est apparu irréaliste au groupe de travail d'émettre sur la question des écarts de délais une norme juridique stricte et absolue qui serait inapplicable. Il lui est apparu préférable de formuler dans un document « de droit souple », tel qu'une charte de déontologie de l'activité libérale de l'EPS, la recherche d'un objectif de réduction des écarts de délais pour assurer une plus grande équité dans l'accès aux soins.

La charte de déontologie de l'activité libérale adoptée par le conseil de surveillance de l'établissement après examen en conseil de directoire, et avis de la CME engagerait les praticiens exerçant une activité libérale et impliquerait le directeur de l'établissement et la CME dans cet effort qui concerne aussi l'organisation de l'activité médicale publique. Les chefs de pôle dans lesquels l'activité libérale est exercée déclinerait la charte pour le pôle concerné. Cette charte concernerait ainsi l'accueil des patients par l'équipe du service dans le cadre de son activité publique. **Elle prévoirait un engagement de veiller, lorsque les praticiens du service exercent une activité libérale, à organiser l'accès aux soins en secteur public comme en secteur privé dans des délais qui soient équivalents, ou, tout au moins, sans déséquilibre flagrant.**

Les deux chartes de la Pitié-Salpêtrière à l'AP-HP (projet de charte) et du CHU de Nancy sont intéressantes à cet égard :

La charte de Nancy précitée indique que « le principe est qu'il existe toujours un rendez-vous médical public disponible en moyenne dans les mêmes délais que le premier rendez-vous en privé. Ce principe ne peut avoir d'exceptions dans les spécialités médicales où un retard de prise en charge nuirait gravement au patient ».

Le projet de charte de la Pitié prévoit également qu'« il ne doit pas y avoir de différence significative dans les délais de rendez-vous entre les malades dits publics et les malades dits privé », et que « les délais de rendez-vous ne pouvant être modulés qu'en fonction de l'urgence, de la gravité des pathologies ou de la disponibilité des structures, des « testings » sur la base d'un cahier des charges validé par la commission de surveillance locale (CEL) seront réalisés deux fois par an par un prestataire extérieur à l'hôpital dont les résultats seront présentés à la commission médicale locale et au CEL ».

Dans cet esprit, il est proposé de prévoir par la voie réglementaire l'élaboration dans chaque hôpital d'une charte conforme à une charte type comportant des dispositions relatives au traitement des délais d'attente des patients en vue d'éviter des différences excessives entre les secteurs publics et privés ainsi, que, comme il a été dit plus haut, des dispositions relatives à la prise de rendez-vous garantissant le libre choix du patient.

Il serait également prévu comme il a été dit plus haut que le praticien s'engage dans son contrat d'exercice libéral à respecter la charte de l'hôpital.

Le contrôle de la bonne application de cet engagement serait effectué par la CAL et en cas de défaillance et de mauvaise volonté manifeste, ces manquements donneraient lieu à sanctions à l'encontre du praticien exerçant une activité libérale.

III.H. Mode de perception des honoraires : maintenir l'option existante

La législation en vigueur prévoit que le praticien opte entre la perception directe de ses honoraires et la perception de ses honoraires par l'intermédiaire de la caisse de l'hôpital. Cette disposition succède à une législation en vigueur entre 1999 (loi du 27 juillet 1999) et 2003 (ordonnance du 4 septembre 2003), période au cours de laquelle le paiement des honoraires par l'intermédiaire de l'administration hospitalière avait été fixé comme règle unique.

Si dans les hôpitaux généraux, cette disposition avait été mise en œuvre sans difficulté majeure, elle s'était heurtée à une opposition des praticiens dans les hôpitaux de grande taille et dans les CHU : fermeture précoce des caisses, délais d'attente aux caisses, délais pris par l'administration hospitalière pour rétrocéder les montants d'honoraires dus aux praticiens, risque d'honoraires impayés et impossibilité du recouvrement de ces créances privées par l'hôpital, etc.

Aujourd'hui encore cette solution ne serait pas acceptée par les praticiens pour ces mêmes raisons et **le maintien de l'option existante doit être retenu.**

La solution du paiement des honoraires aux caisses de l'hôpital continue d'être privilégiée par ceux qui estiment que la connaissance et par suite le contrôle de l'activité libérale est insuffisante et que cette solution constitue le seul et le meilleur moyen d'y remédier. En réalité, elle ne permettrait d'appréhender que l'activité libérale du praticien alors que celle-ci est parfaitement connue grâce au SNIR précité qui, depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003, est communiqué au directeur de l'hôpital et à la CAL par la CPAM. Elle ne comble donc pas les failles décrites plus haut qui concernent la connaissance précise du volume de l'activité publique du praticien confronté à celui de l'activité libérale qu'il exerce. Pour remédier à ces insuffisances, il convient de privilégier les solutions mentionnées plus haut : engagement contractuel de déclarer l'activité publique et mise en place d'un outil de recueil fiable de l'activité médicale publique de chaque praticien.

Il conviendrait en outre de tirer comme conséquence de ces mesures la mise en place de **la télétransmission avec la carte vitale** dans les lieux de perception des honoraires par les médecins, dispositif qui actuellement ne peut pas être utilisé par les praticiens pour leurs patients dans le secteur libéral de l'hôpital, ce qui est une anomalie préjudiciable aux patients.

III.I. Institution d'une clause de non concurrence

Selon le droit actuellement applicable, un praticien hospitalier ou hospitalo-universitaire qui exerce une activité libérale dans un EPS peut le quitter en cours de carrière pour s'installer en libéral à proximité. Il peut alors attirer aisément sa clientèle privée vers sa nouvelle installation, ce qui affaiblira la capacité de l'établissement de recruter ou fidéliser un successeur en raison des difficultés que ce dernier pourra rencontrer à se constituer une activité privée au sein de l'hôpital.

Les dispositions législatives introduites par la loi HPST relatives à l'interdiction d'exercice libéral en ville du praticien hospitalier d'un hôpital en ayant démissionné, ne

sont pas entrées en vigueur, faute de décret d'application. Elles ne répondent pas, en tout état de cause, au cas mentionné plus haut pour plusieurs raisons : elles ne concernent que les praticiens hospitaliers et pas les hospitalo universitaires, elles ne concernent pas spécifiquement les praticiens exerçant une activité libérale à l'hôpital mais tous les praticiens statutaires qui s'installent en ville et, enfin, elles ne prévoient aucune contrepartie financière en cas de méconnaissance de l'interdiction qu'elles prescrivent.

Par ailleurs, l'application des seules règles déontologiques de droit commun de la fonction publique prévue à l'article 87 de la loi du 29 janvier 1993 qui subordonne les départs de fonctionnaires vers une activité privée à l'avis d'une commission de déontologie n' a pas la même efficacité qu'une clause de non concurrence qui, en raison de la contrepartie financière qui doit être obligatoirement prévue lorsqu'elle est méconnue, présenterait un caractère dissuasif plus grand et protégerait mieux les intérêts de l'EPS.

C'est pourquoi, il est proposé de prévoir par une disposition législative une clause de non concurrence à faire obligatoirement figurer dans le contrat d'exercice libéral signé par le praticien. Elle viserait à dissuader de la démission un praticien de l'EPS dans lequel celui-ci exerce une activité libérale pour s'installer en ville dans une zone située à proximité immédiate de cet établissement (dans un rayon de 3 km) pendant une certaine durée après son départ (trois ans). La contrepartie financière due par le praticien en cas de non respect de la clause serait fixée en tenant compte de l'ancienneté du praticien dans l'EPS et par référence au montant des honoraires perçus au cours des trois années précédentes. Ces dispositions ne seraient pas applicables aux cas des praticiens ayant une activité libérale dans l'EPS partant à la retraite et prolongeant leur activité libérale en ville, en raison de la spécificité de ces situations, qui sont prévisibles et moins concurrentielles pour l'établissement.

IV. Mieux contrôler l'activité libérale

Les membres du groupe de travail ont tous admis que la réglementation n'était pas toujours ni partout bien appliquée, et cela pour différentes raisons. Alors que les médecins ont dénoncé un manque de volonté ferme de la part de l'administration pour la faire appliquer, les gestionnaires d'établissements ont au contraire relevé l'insuffisance des outils pour le faire. **Tous ont souligné que des pratiques condamnables persistaient et qu'elles n'étaient pas contrôlées ni sanctionnées par les commissions de l'activité libérale ou par les ARS. Les sanctions prononcées depuis l'installation des ARS en 2010 ont été d'ailleurs fort peu nombreuses : 17 sanctions sur 3 années.**

La 2^{ème} partie du présent rapport s'est attachée à renforcer ces outils et la 3^{ème} partie s'attachera à favoriser le bon fonctionnement des institutions compétentes en matière de contrôle et de sanction.

Comme il a été dit plus haut, c'est l'assurance maladie qui est compétente en ce qui concerne les dépassements d'honoraires avec les règles nouvelles prévues par l'avenant n°8, alors que les commissions d'activité libérale ont pour responsabilité principale de contrôler le respect des maxima de volumes d'actes et de temps consacré à l'activité libérale et le respect des règles de bonne information des patients.

Il n'a pas été envisagé par la mission de modifier cette répartition des compétences, qui conduirait à remettre inutilement en cause le champ de l'avenant n°8, qui vient d'être approuvé par le gouvernement, et le contenu des dispositions législatives du code de la santé publique qui définissent le rôle des commissions de l'activité libérale et des ARS.

IV.A. Renforcer le rôle des CAL et des CCAL

Le constat fait par la mission, notamment à partir des rapports des chambres régionales des comptes, est que l'activité des CAL et des CCAL n'est pas homogène dans les différents établissements ; leur efficacité varie selon les établissements: défaut de moyens, difficulté à réunir les membres, difficulté à recueillir les données nécessaires au contrôle, peur de nuire à un praticien ou à l'hôpital.

En vue de remédier à cette situation, il est proposé un ensemble de mesures, qui concernent la composition de la CAL, ses attributions et son mode de fonctionnement, ainsi que les moyens dont elle dispose, et qui visent à conforter les CAL et les CCAL dans leur rôle.

IV.A.1. Modifier la composition de la CAL et de la CCAL pour garantir leur indépendance

Il est rappelé que les CAL sont composées de neuf membres, incluant leur président, dont quatre médecins dont le représentant du conseil de l'ordre, un médecin exerçant et deux médecins n'exerçant pas d'activité libérale. Actuellement, et souvent le président de la CAL ou de la CCAL est un médecin qui exerce une activité libérale. Il est apparu préférable, afin de donner plus d'indépendance à la CAL ou à la CCAL, et même si

l'autorégulation par la profession demeure un principe précieux en cette matière, **que lorsqu'un médecin préside la CAL, il n'ait pas d'activité libérale.**

De même, **le président de la CME, qu'il exerce une activité libérale ou non, ne devrait pas être président de la CAL** car le président de la CME, élu par la communauté médicale, a des responsabilités générales qui doivent être clairement différenciées: s'il est utile d'impliquer le président de la CME dans l'autorégulation de la profession, il est préférable de distinguer les rôles entre les deux commissions tout en recherchant une bonne articulation entre elles.

Ainsi, il est proposé de prévoir que le **président** de la CAL qui est désigné parmi les membres de la CAL ne soit ni un médecin exerçant une activité libérale ni le président de la CME, que celui-ci exerce ou non une activité libérale.

Il est en outre proposé de prévoir que le directeur de l'établissement hospitalier, signataire du contrat, soit membre de la CAL, afin qu'il puisse s'impliquer pleinement dans le suivi de l'activité libérale; il remplacerait au sein de la commission le représentant du DG ARS qui, à cause de la création d'une commission régionale auprès du DG ARS ayant vocation à se prononcer sur les sanctions et qui est proposée plus loin, ne pourra plus siéger.

Ces propositions nécessitent la modification des dispositions réglementaires applicables aux CAL.

IV.A.2. Renforcer les pouvoirs et les compétences des CAL

La CAL doit en outre être confortée dans son **double rôle**, d'une part, **préventif**, par le suivi de la bonne application des contrats qu'elle effectue, **et**, d'autre part, **répressif**, par les propositions de sanction qu'elle fait au DG ARS en cas de non respect de la réglementation.

Il est d'ailleurs rappelé que la CAL peut être saisie par le DG ARS, par le directeur de la CPAM, par le président du conseil de surveillance par le président de la CME et par le directeur de l'établissement de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale des praticiens dans l'établissement, ce qui inclut naturellement les dysfonctionnements dont ces autorités peuvent avoir connaissance et que la CAL doit examiner. Il est proposé **d'élargir à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) la possibilité de saisine de la CAL**: les alertes des usagers doivent être ainsi analysées et prises en compte.

En outre, il est nécessaire de prévoir que la CAL doit se réunir **deux ou plusieurs fois par an, en fonction du nombre de contrats dans l'établissement**: la règle d'au moins une réunion par an prévue par le décret est insuffisante **et doit être relevée à au moins deux réunions par an**. La charte déontologique de l'activité libérale de l'établissement précisera le nombre de séances obligatoires au delà de deux, selon le nombre de contrats dans l'établissement, ainsi que les modalités de fonctionnement de la CAL. En outre la mise en place d'**un bureau permanent de la CAL** composé de trois membres de la CAL, dont le président, **chargé de préparer les séances et de suivre leurs conséquences sans discontinuité dans l'intervalle des réunions**, doit être prévue dès que plus de 30 contrats sont conclus dans l'établissement.

Il convient également de prévoir que la CAL doit définir **un programme annuel de contrôle des contrats d'activité libérale** de manière à faire un point annuel de l'activité libérale de chaque praticien pendant la durée du contrat, avec l'obligation d'inscrire ce programme à l'ordre du jour de la CAL.

Il convient enfin de **préciser que la CAL est responsable de la conduite des contrôles et des enquêtes dans l'établissement** en vue de vérifier le respect des clauses des contrats par les praticiens (volumes et temps maximum et information du patient), et de la charte déontologique de l'activité libérale en utilisant le relevé SNIR, les tableaux de service, les relevés d'activité publique et d'activité privé. Elle a accès aux locaux, aux documents des services et aux dossiers d'activité des praticiens, y compris les cahiers des blocs opératoires. Les praticiens doivent répondre à ses demandes sans délai.

Il est nécessaire, comme il a été dit plus haut, de prévoir des dispositions assurant **une bonne articulation entre le président de la CAL et le président de la CME** pour que les cas de dysfonctionnements puissent être corrigés. La CME, par son président, peut saisir la CAL : **il conviendrait que la CAL puisse saisir aussi le président de la CME.**

Le contenu des rapports des CAL doit être règlementé avec des rubriques type établies par arrêté ministériel, de manière à pouvoir comparer les résultats de l'activité des CAL d'un établissement à l'autre au niveau régional (ARS) et au niveau national (Réfèrent national) et afin de disposer ainsi d'informations homogènes. Le rapport annuel de la CAL doit faire l'objet **d'un examen en CME plénière** et non seulement d'un simple point d'information. L'activité libérale concerne en effet l'hôpital tout entier et doit y être bien insérée.

Pour les cas dans lesquels la CAL est conduite par son obligation de contrôle à proposer une sanction au DG de l'ARS à l'encontre d'un praticien, il convient de **formaliser davantage les procédures devant être mises en œuvre par la CAL**. Les textes règlementaires se limitent à trois items : la désignation d'un rapporteur, le caractère contradictoire de la procédure et le délai de 30 jours donné au médecin pour établir sa défense. Il conviendrait de préciser davantage les étapes de la procédure dans les textes règlementaires comme propose de le faire le projet de règlement intérieur de la CCAL de l'AP-HP :

-rôle du rapporteur, précisé par **une lettre de mission**, qui est d'identifier une ou des infractions permettant de définir les griefs retenus afin que le contradictoire s'établisse sur ces griefs et que les investigations correspondent à ces griefs ;

-rôle de la CAL qui est de proposer une sanction qui doit être adoptée à la majorité des membres avec voix prépondérante du président ;

-rôle du président dans la rédaction de l'avis.

En dernier lieu , il est proposé **que l'ordre des médecins ou la CPAM puissent être saisis** en cas de constat par la CAL de la méconnaissance des règles déontologiques ou de l'avenant n°8 concernant les honoraires: à cet effet il est proposé de permettre au membre de la CAL représentant le conseil départemental de l'ordre des médecins ou au membre représentant la CPAM de se saisir du dossier du praticien pour déposer plainte au niveau du conseil départemental de l'ordre ou au niveau de la CPAM.

IV.A.3. Doter la CAL de moyens de fonctionnement en continu

La CAL et s'il y a lieu, le bureau de la CAL, doivent être dotés des moyens logistiques propres, en particulier le chef d'établissement doit **mettre à sa disposition des espaces pour se réunir et pour permettre au président et à ses membres de travailler. Il doit aussi mettre à disposition de la CAL du temps des agents** de la direction de l'hôpital chargé des affaires médicales, des affaires financières ou des services d'information pour préparer les dossiers de suivi des contrats. L'établissement doit faire figurer ces **moyens dans la charte déontologique de l'activité libérale de l'établissement. Si cette pratique existe dans plusieurs établissements, elle doit être systématique dans tous les établissements.**

IV.B. Instituer auprès du DG ARS une commission régionale de l'activité libérale compétente pour donner un avis sur les sanctions

Comme il a été proposé plus haut, les autorisations d'approbation des contrats d'activité libérale et de leur renouvellement devraient être soumises, préalablement à la décision du DG ARS, à l'avis d'une commission régionale de l'activité libérale. Il est proposé en outre que cette commission régionale à créer **se prononce pour avis sur les sanctions à prononcer à l'encontre d'un praticien**, consistant en la suspension ou le retrait de son l'autorisation d'exercer une activité libérale.

Comme on l'a dit, le nombre des sanctions prononcées par les DG ARS chaque année est réduit. Pourtant personne ne conteste que des irrégularités persistent et que les CAL ne parviennent pas à y mettre fin. Il est important de sanctionner ces abus par des sanctions appropriées. L'absence de sanction des situations abusives nuit à l'activité libérale tout entière. Il convient de permettre au DG ARS de prononcer des sanctions en disposant de travaux préparatoires bien étayés.

IV.B.1. Compétence de la commission régionale d'activité libérale

Il est proposé que la commission régionale de l'activité libérale, instituée comme il a été dit plus haut auprès de l'ARS, **puisse donner un avis au DG de l'ARS (outre celui sur l'autorisation ou le retrait d'autorisation d'exercice) sur une proposition de sanction.** Elle serait saisie par le DG ARS soit à la suite d'une saisine par une CAL soit à la suite d'une auto saisine, comme le prévoit le texte actuel, l'ayant conduit à saisir une CAL.

L'objectif est de « dépayser la sanction » de l'EPS pour la rendre plus objective et moins liée à un contexte hospitalier particulier. Il ne s'agit pas, par cette création, de réduire les compétences des CAL, dont les pouvoirs doivent au contraire être renforcés, comme il a été dit plus haut : il s'agit seulement de conforter la capacité du DG ARS de sanctionner effectivement les manquements à la législation.

L'avis serait donné par la commission au DG ARS, après avoir entendu le praticien concerné, ce qui n'est pas le cas actuellement lorsque le DG ARS prononce la sanction.

IV.B.2. La composition de la commission régionale de l'activité libérale doit s'inspirer de celle des CAL et être présidée par un magistrat

Il est proposé de prévoir une **composition** de la commission régionale sur le modèle de celle de la commission de l'activité libérale permettant que les praticiens exerçant ou non une activité libérale soient représentés, ainsi que les usagers, les directeurs et les membres du conseil de surveillance des EPS, de l'ordre des médecins et des caisses primaires d'assurance maladie.

Le président de cette commission régionale pourrait être désigné parmi les **magistrats** de l'ordre administratif ou des chambres régionales des comptes pour garantir la sécurité juridique des avis ou propositions de la commission intervenant dans le domaine particulier des sanctions administratives.

IV.B.3. Suppression de la commission nationale et création d'un référent national

La commission nationale de l'activité libérale donne un avis au ministre en cas de contestation de la décision du DG de l'ARS, mais sa saisine est peu fréquente (aucune saisine entre 2005 et 2010). Elle n'a par ailleurs aucune compétence sur le suivi national de l'activité. On peut comprendre qu'en 1987, date de sa création, dans un autre contexte, il était utile de rechercher à homogénéiser l'application d'un dispositif nouvellement créé et qui relevait de chaque préfet de Département.

Le maintien de cette commission nationale ne paraît plus nécessaire dès lors qu'une commission régionale serait créée dans chaque région et que les ARS exercent pleinement leurs attributions depuis 2010. **Il est donc proposé de ne pas maintenir la commission nationale de l'activité libérale.**

Il n'est, par cette suppression, porté atteinte à aucune garantie fondamentale ni au droit au recours des praticiens : en effet la commission nationale ne donne qu'un avis au ministre et la décision du DG ARS pourra faire l'objet d'un recours de droit commun devant la juridiction administrative sans recours préalable obligatoire devant une instance consultative avant le recours devant le tribunal administratif. De plus par la création de la commission régionale, qui pourra entendre le praticien intéressé (ce qui n'est pas le cas actuellement avant la prise de décision par le DG de l'ARS), une nouvelle garantie est offerte à ce dernier en cas de sanction prise au niveau régional.

Comme il a été dit plus haut, il est proposé de créer un « **référé national** » pour le suivi de l'avenant n°8 : la mission du référent national pourrait être élargie à l'organisation d'un suivi national de l'activité libérale et à la mise en place de la nouvelle régulation de l'activité libérale au niveau des établissements.

Confier à un référent le **rôle du suivi de l'activité libérale** au niveau du ministère de la Santé permettrait ainsi au Ministre de disposer d'une meilleure connaissance au plan national de cette activité, d'un suivi statistique approfondi de l'activité, d'un suivi des travaux des commissions régionales et des sanctions prononcées par les ARS.

Il pourrait assurer la préparation des modifications de textes législatifs et réglementaires, l'élaboration de la charte type de l'activité libérale des établissements en lien avec les conférences nationales, l'animation du réseau des compétences en matière d'activité libérale dans les établissements et le contact permanent avec les conférences nationales et les représentants des praticiens concernés pour la mise en œuvre de la réforme.

V. Conclusion

Résumé des propositions :

1. Appliquer l'avenant n°8 de manière adéquate à l'activité libérale aux EPS en contrôlant les dépassements excessifs d'honoraires, tout en tenant compte de ses spécificités (en particulier en assurant la représentation des praticiens hospitaliers dans les instances conventionnelles, en prenant en compte l'expertise et la compétence qui leur sont propres dans l'appréciation des pratiques de dépassement d'honoraires, en adaptant les taux de dépassement prévus par l'avenant pour certaines zones géographiques) ;

2°. Subordonner l'exercice d'une activité libérale dans les EPS à la condition préalable du conventionnement du praticien et prévoir l'interdiction d'exercice libéral en cas de sanction de déconventionnement du praticien en application de l'avenant n°8 (disposition législative) ;

3°. **Prévoir de nouvelles clauses obligatoires dans les contrats d'activité libérale** en renforçant les engagements contractuels des praticiens pour la transparence de leur activité en vue de faciliter le contrôle du respect de la réglementation (double déclaration de l'activité publique et privée du praticien, production des tableaux mensuels de service, respect de la charte de déontologie médicale de l'hôpital ainsi que d'une clause de non concurrence avec l'hôpital en cas de départ du praticien en vue d'une installation à proximité de l'hôpital -à prévoir par une disposition législative) ;

4°. **Mieux identifier l'activité publique** du praticien pour un meilleur contrôle du volume de l'activité privée exercée par comparaison avec son activité publique en dotant les hôpitaux d'un recueil informatisé de l'activité publique de chaque praticien ;

5°. Mettre en place dans les hôpitaux concernés par l'activité libérale **une charte déontologique de l'activité libérale**, élaborée sur la base d'une charte type, par les instances de l'établissement, déclinée par pôle et engageant les praticiens exerçant une activité libérale, portant sur l'information du patient orienté vers cette activité et sur les honoraires pratiqués, assurant la neutralité de l'orientation du patient entre les deux secteurs, et veillant à la réduction des écarts de délais d'attente pour les rendez vous entre secteur public et privé ;

6°. **Renforcer le rôle de contrôle des commissions de l'activité libérale** en modifiant leur présidence et leur composition pour garantir leur indépendance, en leur donnant des pouvoirs et des compétences élargis, en particulier en permettant leur saisine par la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), en précisant leurs procédures d'investigations et de recherche des infractions, en relevant leur charge de contrôle (programme annuel de contrôles), en leur donnant des moyens logistiques et humains et en articulant mieux leurs travaux avec la commission médicale d'établissement ;

7°. **Créer une commission consultative régionale auprès du directeur général de l'Agence régionale de santé** pour assurer le suivi de l'activité libérale au niveau régional et pour donner un avis au directeur général de l'ARS sur les autorisations d'exercice et sur les sanctions de suspension ou de retrait d'autorisation ; présidée par

un magistrat, la commission permettrait de « dépayser » de l'hôpital l'examen des situations en cause ;

8°. Supprimer par voie de conséquence la Commission nationale de l'activité libérale ;

9°. Désigner un « référent national » chargé du suivi au niveau national de l'activité libérale et de sa régulation au sein des hôpitaux et des ARS, de l'interface avec l'assurance maladie en ce qui concerne l'avenant n°8, de l'élaboration des textes et outils nécessaires au contrôle de l'activité libérale et de la concertation en continu avec les acteurs concernés.

VI. Composition du groupe de travail

Présidente : Mme Dominique Laurent, conseillère d'Etat

Représentants de la Caisse nationale d'assurance maladie :

Dr.Pierre Fender, directeur du contrôle contentieux et de la lutte contre la fraude

Mme Mathilde Lignot-Leloup, directrice déléguée de la gestion de l'organisation des soins

Représentation médicale :

Représentation des CME :

Pour les CHU :

Pr Guy Moulin, président de la CME de l'AP-HP de Marseille, Président de la conférence des CME de CHU, radiologue ; suppléant : Pr Philippe Paquis, président de la CME du CHU de Nice, neurochirurgien ;

Pr Olivier Claris, président de la CME des HCL,

Pour les CH :

Dr Frédéric Martineau : président de la CME du centre hospitalier de la Cote Basque, Président de la conférence des CME de CH ;

Dr Michel Hanssen (président de la CME du CH Haguenau) ;

Pour les CHS :

Dr Christian Muller , président de la conférence de CME de CHS (EPSM Lille Métropole ;

Représentation des praticiens exerçant une activité libérale :

Désignés par le président de la CME de l'AP-HP, le Pr Capron :

Pr Noël Garabédian : membre du directoire de l'AP-HP, membre de la CME de l'AP-HP , chirurgien pédiatre ORL(hôpital Trousseau) ; suppléant :Pr Bernard Granger : psychiatre hôpital Cochin ;

Désigné par le président de la conférence des présidents de CME de CHU, le Pr Moulin :

Pr Gilles Brassier : président de la CME de Rennes, neurochirurgien ;

Désigné par le Dr Martineau, Président de la conférence des CME de CH ;

Dr Jean Marc Faucheux (CH d'Agen) ;

Représentation des praticiens n'exerçant pas une activité libérale :

Pr Gilles Calais (président de la CME de Tours, radiothérapeute) désigné par le Pr de la conférence des présidents de CME de CHU

Pr Béatrice Crickx (AP-HP dermatologue hôpital Bichat), désigné par le président de la CME de l'AP-HP ;

Dr Christian Floriot (CH de Haute Loire) ; désigné par le président de la conférence des présidents de CME de CH

Représentation des commissions d'activité libérale :

M.Noël Renaudin : président de la commission centrale d'activité libérale de l'AP-HP ;

Pr Gilbert Kirkorian : président de la commission centrale d'activité libérale des HCL ,

Représentation des usagers : CISS

Mme Claude Rambaud, présidente du Lien, membre du CISS, membre de la commission nationale de l'activité libérale

M. André Le Tutour, président de la commission d'activité libérale de l'hôpital de Vannes ;

M . Sylvain Fernandez-Curiel

Mme Magali Léo

Représentation de la Fédération hospitalière de France :

M.Gérard Vincent , délégué général de la FHF ;

Représentation des directeurs d'établissements hospitaliers :

M. Hériaud, président de la conférence des DG de CHU , directeur du CHU de Bordeaux, représenté par :

M.Hamid Siahmed , directeur général du CHU de Limoges, responsable de la conférence des DAM de CHU au sein de la conférence des DG de CHU :

M.Jérôme Hubin, directeur des affaires médicales de l'AP-HP ; suppléante , Mme Sophie Terquem ;

M.Patrice Farci, directeur des affaires médicales des HCL.

M.Denis Fréchou, président de la conférence nationale des directeurs généraux de CH , directeur de St Maurice ; suppléant M. Fabrice Leburgue, directeur du CH de Seclin ;

Représentation de l'Ordre des médecins :

Dr Michel Legmann, président du conseil national de l'Ordre des Médecins ;

Représentant du collège des ARS

Mme Martine Aoustin, directrice générale de l'ARS Languedoc-Roussillon ;

M. Sébastien Leloup : ARS Ile de France

Représentation des administrations centrales :

Au titre de la DGOS :

M. Raymond Le Moign , sous directeur

Mme Odile Brisquet, cheffe de bureau

Mme Isabelle Couaillier, adjointe à la cheffe de bureau

M. Jean Luc Eschemann. chargé de mission

Au titre de la Direction de la sécurité sociale :

Mme Cendrine BLAZY (bureau des relations avec les professions de santé -1B)

M. Romain PLANTADE (bureau des relations avec les professions de santé -1B) ou Mme Maud LE QUILLEC (bureau des établissements de santé et des établissements médicaux-sociaux – 1A) chargés de mission.

Rapport à Madame Marisol Touraine
Ministre des affaires sociales et de la santé

L'activité libérale dans
les établissements publics de santé

Annexes

Dominique LAURENT
Conseillère d'État
31 mars 2013



SOMMAIRE DES ANNEXES

Annexe n° 1 : Calendrier des travaux du groupe	1
Annexe n° 2 : Comptes rendus des réunions plénières du groupe	5
Compte rendu de la réunion du 12 novembre 2012	6
Compte-rendu de la réunion du 26 novembre 2012.....	13
Compte-rendu de la réunion du 10 décembre 2012	18
Compte-rendu de la réunion du 7 janvier 2013	24
Compte-rendu de la réunion du 21 janvier 2013	29
Compte rendu de la réunion du 4 février 2013	34
Compte-rendu de la réunion du 18 février 2013.....	37
Annexe n° 3 : Présentations thématiques	40
L'activité libérale à l'hôpital public : présentation générale, enjeux, rappel du dispositif législatif et réglementaire, questions posées (Direction générale de l'offre de soins)	41
Avenant 8 à la convention médicale – Principes de sélection des médecins aux pratiques tarifaires excessives.....	68
Présentation de l'accord sur les dépassements d'honoraires.....	87
Présentation de l'accord sur les dépassements d'honoraires : Pratiques tarifaires excessives - Procédure de sanction conventionnelle	123
Annexe n° 4 : Contributions des participants au groupe (par ordre chronologique)	134
Contribution de la conférence des présidents de CME (commissions médicales d'établissements) de CHU (centres hospitaliers universitaires)	135
Contribution de la conférence nationale des présidents de CME (commissions médicales d'établissements) de CH (centres hospitaliers)	142
Contribution du collège des directeurs généraux des ARS (Agences régionales de santé)	144
Contribution du CNOM (Conseil national de l'Ordre des médecins).....	151
Contribution du CISS (Collectif Interassociatif Sur la Santé).....	152
Contribution de la FHF (Fédération hospitalière de France)	159
Contribution de la conférence des directeurs généraux de CHR&U (centres hospitaliers régionaux et universitaires)	162
Contribution de la conférence de directeurs de CH (centres hospitaliers).....	166
Annexe n° 5 : Auditions réalisées (par ordre chronologique)	171
Calendrier des auditions du groupe de travail.....	172
Audition de la délégation syndicale du SNAM-HP – Extrait du compte rendu du 26 novembre 2012.....	173
Audition de la délégation syndicale de l'INPH – Extrait du compte rendu du 10 décembre 2012.....	175
Audition de la délégation syndicale de la CPH – Extrait du compte rendu du 7 janvier 2013	177
Audition de la délégation syndicale de la CMH – Extrait du compte rendu du 7 janvier 2013	178
Audition de la délégation syndicale d'Avenir Hospitalier – Extrait du compte rendu du 7 janvier 2013	179
Annexe n° 6 : Exemples de chartes et règlements intérieurs.....	184
Projet de charte de l'activité libérale du groupement hospitalier Pitié Salpêtrière/Charles FOIX.....	185
Projet de règlement intérieur type de la commission de l'activité libérale de l'AP-HP.....	190
Charte de fonctionnement de l'activité publique et libérale au CHU de Nancy.....	195
Annexe n° 7 : Références législatives et réglementaires	197

Annexe n° 1 :
Calendrier des travaux du groupe

L'ACTIVITE LIBERALE DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE CALENDRIER DES REUNIONS DU GROUPE DE TRAVAIL

Lundi 12 novembre 2012

Rappel par la présidente de *l'objet de la mission* :

- transposition à l'hôpital public de l'accord UNCAM/Syndicats de médecins libéraux (avenant n°8) sur les dépassements d'honoraires
- régime d'autorisation et contrôle de l'activité libérale

Méthode de travail proposée au groupe :

Présentations en lien avec la thématique « activité libérale » des positions et propositions de l'ensemble des parties prenantes au groupe de travail (contributions écrites sollicitées) suivie d'un débat

Présentation par la DGOS (Monsieur Raymond Le Moign, sous directeur) des *enjeux et rappel du dispositif législatif et réglementaire/questions posées pour l'activité libérale*

Lundi 26 novembre 2012

Présentation par le représentant de l'UNCAM, Dr Pierre Fender, directeur du contrôle contentieux et de la lutte contre la fraude (CNAMTS° du contenu de l'avenant n°8 à la convention médicale nationale : dépassements d'honoraires et contrat d'accès aux soins
Tour de table consacré à l'application de cet accord à l'hôpital public dans le cadre de l'activité libérale des praticiens statutaires temps plein. Examen du cas des médecins non conventionnés

Audition d'une intersyndicale de praticiens hospitaliers : SNAM/HP

Lundi 10 décembre 2012

Présentation par l'UNCAM des volets « critères de sélections pour les contrôles » et « sanctions » dans le cadre de l'application de l'avenant n°8 suivie d'un débat

Audition d'une intersyndicale de praticiens hospitaliers : INPH

Lundi 7 janvier 2013

Examen de la pertinence des critères appliqués dans le régime d'autorisation de l'activité libérale et moyens de contrôle, accès aux soins

Présentation par les professeurs Laurent Hannoun et Jean-Christophe Vaillant, PU-PH de l'AP-HP (Pitié-Salpêtrière) du projet de charte de l'activité libérale du groupement hospitalier Pitié-Salpêtrière/Charles Foix, suivie d'un débat

Présentation par Monsieur Noël RENAUDIN, président de la commission centrale de l'activité libérale de l'AP-HP du projet de règlement intérieur type de la commission de l'activité libérale de l'AP-HP, suivie d'un débat

Présentation par Monsieur Raymond Le Moign (DGOS) de la charte de l'activité publique et de l'activité libérale du CHU de Nancy, suivie d'un débat°

Audition de trois intersyndicales de praticiens hospitaliers : CPH, CMH et Avenir Hospitalier

Lundi 14 janvier 2013

Réunion technique avec les directeurs des affaires médicales de CHU et de CH

Examen de solutions spécifiques locales, disponibilité et connaissance des données, aspects informatiques et opérationnels, bonnes pratiques

Lundi 21 janvier 2013

Examen de la pertinence des critères appliqués dans le régime d'autorisation de l'activité libérale et moyens de contrôle, accès aux soins

Présentation par Monsieur André Le Tutour, président de la commission locale de l'activité libérale du CH de Vannes, du fonctionnement de la commission qu'il préside ; position et propositions en matière d'autorisation et de contrôle de l'activité libérale, suivie d'un débat

Position et propositions présentées par le Pr Guy Moulin, président, formulées au nom de la Conférence des présidents de CME de CHU en matière d'autorisation et de contrôle de l'activité libérale, suivie d'un débat

Position et propositions présentées par le Dr Michel Hanssen (CH d'Haguenau), formulées au nom de la Conférence des présidents de CME de CH en matière d'autorisation et de contrôle de l'activité libérale, suivie d'un débat

Lundi 4 février 2013

Examen de la pertinence des critères appliqués dans le régime d'autorisation de l'activité libérale et moyens de contrôle, accès aux soins

Position et propositions présentées par Madame Martine Aoustin, DG de l'ARS de Languedoc-Roussillon, au nom du collège des directeurs généraux des Agences régionales de santé en matière d'autorisation et de contrôle de l'activité libérale, suivie d'un débat

Position et propositions présentées par le Dr Michel Legmann, président du Conseil national de l'Ordre des médecins en matière d'autorisation et de contrôle de l'activité libérale, suivie d'un débat

Position et propositions présentées par Madame Claude Rambaud, présidente du Lien, au nom du Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS), représentant des usagers, en matière d'autorisation et de contrôle de l'activité libérale, suivie d'un débat

Lundi 18 février 2013

Examen de la pertinence des critères appliqués dans le régime d'autorisation de l'activité libérale et moyens de contrôle, accès aux soins

Position et propositions présentées par Monsieur Gérard Vincent, délégué général de la Fédération hospitalière de France en matière d'autorisation et de contrôle de l'activité libérale, suivie d'un débat

Position et propositions présentées par Messieurs Hamid Siahmed (DG du CHU de Limoges) et Patrice Farci (DAM des HCL) formulées au nom de la conférence des directeurs généraux de CHU en matière d'autorisation et de contrôle de l'activité libérale, suivie d'un débat

Position et propositions présentées par Monsieur Fabrice Leburgue, directeur du CH de Seclin, formulées au nom de la conférence des directeurs de CH en matière d'autorisation et de contrôle de l'activité libérale, suivie d'un débat

Lundi 25 février 2013

Réunion conclusive

Annexe n° 2 : **Comptes rendus des réunions plénières du groupe**

Compte rendu de la réunion du 12 novembre 2012

Compte-rendu de la réunion du 26 novembre 2012

Compte-rendu de la réunion du 10 décembre 2012

Compte-rendu de la réunion du 7 janvier 2013

Compte-rendu de la réunion du 21 janvier 2013

Compte rendu de la réunion du 4 février 2013

Compte-rendu de la réunion du 18 février 2013

**COMPTE-RENDU DE LA REUNION DU 12 NOVEMBRE 2012
DU GROUPE DE TRAVAIL
ACTIVITE LIBERALE DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE**

Membres présents :

Madame Dominique LAURENT, Présidente

Pr Guy MOULIN, Président de la conférence des présidents de CME de CHU

Pr Olivier CLARIS, Président de la CME des HCL

Hubert JASPARD, Directeur général adjoint du CHU de Nantes, représentant de la conférence des DG de CHU, Madame Sophie TERQUEM (DRHM/AP-HP) et Monsieur Patrice FARCI, Directeur des affaires médicales des HCL, responsable de la coordination des DAM de CHU

Noël RENAUDIN, Président de la commission centrale de l'activité libérale de l'AP-HP

Dr Michel LEGMANN, Président du Conseil national de l'Ordre des Médecins

Monsieur Gérard VINCENT, Délégué général de la Fédération hospitalière de France

Madame Martine AOUSTIN, DG ARS Languedoc-Roussillon, représentant le collège des DG d'ARS et Monsieur Sébastien LELOUP (ARS Ile-de-France)

Dr Frédéric MARTINEAU, Président de la conférence des présidents de CME de CH

Pr Noël GARABEDIAN et Pr Bernard GRANGER (AP-HP), PU-PH exerçant une activité libérale et désignés par le Pr Loïc CAPRON, président de la CME de l'AP-HP

Pr Béatrice CRICKX (AP-HP), PU-PH n'exerçant pas d'activité libérale et désignée par le Pr Loïc CAPRON, président de la CME de l'AP-HP

Monsieur André LE TUTOUR, représentant des usagers du système de santé (CISS-) et Monsieur Sylvain FERNANDEZ-CURIEL (CISS), représentants des usagers du système de santé

Ministère des affaires sociales et de la santé :

Monsieur Jean DEBEAUPUIS, Directeur général de l'offre de soins

Monsieur Raymond LE MOIGN, Sous directeur des ressources humaines du système de santé / DGOS

Madame Odile BRISQUET, cheffe du bureau RH4/DGOS

Madame Martine HEBRARD et Monsieur Jean-Luc ESCHEMANN, chargés de mission au bureau RH4 de la DGOS

Monsieur Romain PLANTADE, chargé de mission à la Direction de la sécurité sociale, bureau 1B

Membres du groupe excusés :

Dr Pierre FENDER, Directeur du contrôle contentieux et de la lutte contre la fraude (CNAMTS) et Madame Mathilde LIGNOT-LELOUP, Directrice déléguée à la gestion de l'organisation des soins (CNAMTS) et Jérôme HUBIN, directeur adjoint de la politique médicale de l'AP-HP.

- **Installation du groupe de travail :**

La présidente, Madame Dominique Laurent, procède à l'installation officielle du groupe de travail et rappelle en préambule **les grands axes de la lettre de mission que lui a adressée Madame la ministre des affaires sociales et de la santé :**

-tirer toutes les conséquences de la conclusion de l'avenant n°8 relatif aux dépassements d'honoraires quant à sa déclinaison en matière d'activité libérale à l'hôpital public,

-examiner la pertinence des critères actuels d'autorisation de l'exercice libéral par un praticien hospitalier à l'hôpital public,

-faire des propositions sur les contrôles et le dispositif de sanction applicables en cas de non respect de la législation et de la réglementation en matière d'activité libérale.

Elle précise que le principe même de l'existence de l'activité libérale n'est absolument pas remis en cause. Elle souhaite avant d'exposer la méthode de travail qu'elle entend soumettre aux membres du groupe de travail, donner la parole à tous les membres du travail et procéder à un large tour de table.

- **Tour de table des membres du groupe de travail**

Monsieur Gérard Vincent, délégué général de la FHF rappelle que la Fédération n'entend pas remettre en cause le principe d'une activité libérale à l'hôpital public, facteur d'attractivité pour les carrières hospitalières, mais il souhaite que soient précisées les conditions de contrôle de cette activité. Il reconnaît qu'il est difficile de faire appliquer les règles. Il convient donc d'être plus efficace à l'avenir en ce domaine.

Le DGA du CHU de Nantes, Monsieur Hubert Jaspard souligne l'importance de l'activité libérale et le fait qu'elle est caractérisée par une grande hétérogénéité. Par ailleurs, selon lui, les contrôles restent insuffisants. Les abus sont minoritaires, mais il convient de mieux encadrer l'activité libérale et de revoir les outils utilisés par les commissions locales de l'activité libérale.

Le professeur Olivier Claris, président de la CME des HCL, participe à la CCAL des HCL sans exercer lui-même d'activité libérale. L'exercice de celle-ci doit être exemplaire et les «minoritaires hors la loi» doivent être repérés et sanctionnés. Aux HCL 8-10 % des praticiens à temps plein ont une activité libérale et pour 2/3 ce sont des PU-PH. 10 % seulement posent problème.

Monsieur Patrice Farci, directeur des affaires médicales des HCL, souhaite que le groupe de travail définisse les objectifs assignés au régime de contrôle. Pour lui, ils sont triples : garantir l'accès au secteur public, s'assurer de la qualité de l'information délivrée aux patients, préserver le caractère annexe de l'activité libérale par rapport à l'activité principale exercée dans le secteur public.

Il ajoute que l'efficacité des mesures de contrôle est affectée par deux difficultés majeures :

- le décompte du temps de travail des HU qui n'a pas été défini par rapport à la durée hebdomadaire du service hospitalier, malgré l'existence de deux circulaires de 1960 et 1962

- la connaissance de l'activité publique personnelle est insuffisante, en raison d'un système d'information trop peu performant, celui-ci n'ayant pas été conçu historiquement pour organiser une traçabilité de l'activité nominative de chacun des praticiens.

L'application de la réglementation, demandée régulièrement par la Cour des Comptes, reste difficile à contrôler.

Selon Madame Sophie Terquem (DA RH – AP-HP) qui suit l'activité libérale à l'AP-HP en lien avec Monsieur Noël Renaudin, seule une minorité de praticiens ne respecte pas les règles. Il est difficile de contrôler le respect des critères de cette activité du fait des difficultés liées aux systèmes d'information, à l'absence de décompte du temps, au caractère déclaratif des revenus de l'activité libérale et aux incertitudes sur les tableaux de service. Elle souligne aussi le faible nombre de volontaires pour participer aux travaux des commissions locales.

Monsieur Michel Legmann (Président du CNOM) rappelle que sur 200 000 médecins seuls 30 000 ont un droit à dépassement (secteur 2). Peu de signalement sur d'éventuels abus ont été portés à la connaissance du CNOM par l'assurance maladie. Monsieur Michel Legmann ajoute que si des plaintes de patients sont transmises au CNOM avec un dossier comportant des éléments objectifs, le CNOM fait son travail. Il déplore de façon générale l'absence de communication entre le CNOM et l'UNCAM sur ce type de dossiers.

Il estime que les commissions de contrôle de l'activité libérale ne sont pas assez opérationnelles et qu'il est nécessaire de les rendre plus efficaces. Il n'est pas question de remettre en cause l'activité libérale des médecins hospitaliers, mais celle-ci doit être mieux encadrée.

Le Pr Noël Garabedian est PU-PH de l'AP-HP avec activité libérale, mais aussi membre de la CME et du directoire. 67 % de l'activité libérale à l'AP-HP est exercée par des PU-PH ou des MCU-PH et 95 % respectent les règles. On peut convoquer ceux qui dérapent, c'est une question de volonté. Des moyens de contrôle existent et ne sont pas assez mobilisés.

Le Pr Guy Moulin, président de la conférence des présidents de CME de CHU précise qu'il exerce une petite activité libérale. Il regrette que les dérapages en nombre limité aient généré une stigmatisation, qui est majoritairement infondée. Des méthodes de contrôle existent. L'existence de l'AL est un moyen de pouvoir exercer dans ces conditions se rapprochant de celles des structures privées. C'est aussi la possibilité pour les hospitalo-universitaires de constituer une retraite complémentaire. Ce volet doit selon lui être abordé dans le cadre des travaux du groupe

Le Pr Bernard Granger, PU-PH de psychiatrie à l'AP-HP avec activité libérale, relève la grande inégalité existant entre les disciplines dans ce domaine. Certaines disciplines se prêtent plus que d'autres au développement d'une activité libérale. Il y aurait par ailleurs aussi beaucoup à dire sur d'autres revenus annexes comme l'activité de conseil et d'expertise. Seul 1 % des praticiens pratiquent des abus connus et non sanctionnés. Les autres praticiens ont une activité légale et contrôlée. Il revient selon lui aux représentants de la direction de mettre en place les outils de contrôle adaptés et efficaces. Il appelle les membres du groupe de travail à ne pas considérer que la question de l'accès aux soins se résume à la seule problématique des dépassements d'honoraires.

Monsieur Noël Renaudin (président de CCAL de l'AP-HP) observe que dans le champ de l'exercice de l'activité libérale par un praticien hospitalier, les règles ressortent de registres distincts :

- 1) des règles statutaires d'autorisation et d'encadrement de l'activité libérale à l'hôpital (c'est l'application de celles-ci que contrôlent les commissions locales de l'activité libérale)
- 2) le tact et la mesure qui est hors champ de contrôle des CLAL, notion pour laquelle il n'existe pas de référence jurisprudentielle
- 3) les règles destinées à contrôler l'égal accès aux soins dans les deux secteurs, public et libéral ; celles-ci par construction peuvent difficilement être formalisées et les outils de contrôle y afférents sont difficiles à concevoir.

Pour le CISS Monsieur Sylvain Fernandez-Curiel et Monsieur André Le Tutour indiquent que les usagers ont l'impression qu'une partie des questions posées par l'exercice de l'activité libérale échappe aux capacités de contrôle des CLAL. Monsieur Le Tutour est président d'une CLAL, et pour lui la présidence de cette catégorie d'instances par un représentant des usagers doit être encouragée. Ce que l'on peut vérifier, c'est le respect des 20 % du temps consacré à l'activité libérale par rapport à l'activité publique et les 50 % maximum d'activité privée par rapport à l'activité publique en nombre d'actes et de consultations. Son expérience personnelle lui permet d'attester de la possibilité d'établir des bonnes relations de travail avec la caisse d'assurance maladie de rattachement.

Le Dr Martineau (Conférence des présidents de CME de CH) rappelle que l'activité libérale n'est pas une problématique propre aux seuls CHU et qu'elle constitue un élément permettant de participer à des recrutements médicaux notamment en chirurgie et en radiologie. Même s'il y a moins de dépassements d'honoraires en CH qu'en CHU, la question s'y pose dans des termes assez comparables que dans les CHU. Il est convaincu que la suppression brutale de l'activité libérale dans les CH est une solution à écarter. Quant aux commissions locales de l'activité libérale, certaines fonctionnent très bien et d'autres dysfonctionnent totalement.

Monsieur Sébastien Leloup (ARS –IDF) estime que l'encadrement de l'activité libérale existe pour limiter les excès, mais que le problème, est le décompte du temps.

Pour Madame Martine Aoustin (DG de l'ARS Languedoc-Roussillon) l'activité libérale est fortement liée à l'attractivité des carrières hospitalières dans certaines disciplines. En chirurgie comme en radiologie l'attractivité du secteur public est faible, d'où la forte concentration de l'activité libérale dans ces deux champs d'activité. Elle précise aussi que l'accessibilité aux soins, au-delà des délais, c'est aussi l'accessibilité financière.

Le Pr Béatrice Crickx (AP-HP, sans activité libérale) pense qu'il faut maintenir une activité libérale à l'hôpital. Le problème de la retraite des personnes HU est particulièrement aigu. Elle note par ailleurs que si aucune activité libérale n'est proposée à l'hôpital, ce dernier perdra nécessairement du recrutement. Elle reconnaît au surplus que l'hôpital public n'est pas toujours bien organisé. C'est notamment l'accès aux consultations qui doit être repensé. Une partie de l'activité libérale pourrait être faite en public si les plages d'accès étaient plus nombreuses.

- **Méthode et programme de travail**

Madame Dominique Laurent expose la méthode de travail et le projet de calendrier qui s'y rattache. Elle informe le groupe que les deux prochaines réunions seront consacrées à la présentation par le Dr Pierre Fender du contenu de l'avenant n°8 à la convention médicale, le 26 novembre prochain, dépassements d'honoraires et contrat d'accès aux soins et aux critères de contrôle et sanctions quant à cet accord (10 décembre).

Le 7 janvier 2013 sera traitée la question de la pertinence des critères retenus pour encadrer l'autorisation de l'activité libérale et les moyens de contrôle. Ce sera l'occasion de recueillir les propositions des représentants des CME, des médecins hospitaliers et des présidents de commissions centrales d'activité libérale et d'en débattre.

Le 14 janvier 2013 une réunion technique rassemblera un groupe de directeurs des affaires médicales afin de faire le point sur les solutions adoptées localement, la disponibilité et la connaissance des données, les aspects informatiques, les bonnes pratiques...

Le 21 janvier 2013, toujours sur la pertinence des critères d'autorisation et les moyens de contrôle, seront recueillies et débattues les propositions des directeurs de CH et de CHU et de la FHF.

Le 4 février 2013 seront entendues et débattues les propositions des représentants du Conseil national de l'Ordre des médecins, de l'Assurance maladie, des représentants des usagers et du collège des directeurs généraux des Agences régionales de santé.

La séance du 18 février sera consacrée à la préparation du rapport à remettre à la ministre avant le 31 mars 2013. Deux séances en mars seront dédiées à la rédaction du rapport.

La présidente informe complémentairement le groupe de travail que les cinq organisations syndicales représentatives de médecins hospitaliers seront auditionnées les 26 novembre (SNAM-HP), 10 décembre (INPH) et 7 janvier (CPH, Avenir hospitalier et CMH). D'autres personnalités qualifiées dont la présidente de la Commission nationale de l'activité libérale, Madame Michèle Froment-Védrine, seront également auditionnées (le 18 février 2013).

- **Présentation de la législation et de la réglementation applicable (voir diaporama en pièce annexe)**

Monsieur Raymond Le Moign, sous-directeur de la DGOS fait un rappel de la législation et de la

réglementation en vigueur en matière d'activité libérale à l'hôpital public, et notamment des trois conditions cumulatives d'autorisation d'activité libérale :

-même activité privée que celle exercée à titre principal dans le secteur public

-20 % du temps de travail hebdomadaire consacré à l'activité libérale, soit 2 ½ journées

-nombre d'actes et de consultations réalisés dans le secteur libéral inférieur au nombre d'actes et de consultations réalisés dans le secteur public

Il rappelle quelques chiffres-clés :

-11 % des praticiens statutaires temps plein développent une activité libérale

-2/3 sont en secteur 1 et seul 1/3 de ces praticiens pratiquent des dépassements

-l'activité libérale est fortement concentrée sur certaines spécialités dont la chirurgie et la gynécologie-obstétrique

-de source DGFIP les redevances versées à l'hôpital public s'élèvent annuellement à environ 70 M €.

Il précise les enjeux soulevés par l'exercice de l'activité libérale :

- la question de la fidélisation et de la rémunération des personnels médicaux à l'hôpital public

- la question de l'amélioration de l'organisation du travail et de l'optimisation du temps de travail

- la question de l'organisation de l'accès aux soins dans toutes ses dimensions : égal accès aux soins, information et libre choix du secteur, obligation d'affichage, dépassements d'honoraires

- la question de la transparence de l'activité libérale : fonctionnement des commissions locales de l'activité libérale, écart entre les chiffres déclarés par les praticiens et ceux restitués par les caisses d'assurance maladie

Les principales questions associées au contrôle de la bonne application des règles de l'activité libérale sont répertoriées dans le diaporama.

- **Questions soulevées**

Un débat s'ouvre suite à la présentation :

-Madame Dominique Laurent rappelle que les textes sont muets sur la prise de rendez-vous et que l'avenant n°8 constitue un accord, dont certains points devront être précisés : la notion de critère d'expertise et de compétences techniques, les conditions d'application du seuil des 150 % de dépassements ...

-Monsieur Gérard Vincent (FHF) soulève la question de la double rémunération de l'hôpital public, assurée d'une part par la voie de la redevance acquittée par le praticien, et d'autre part par l'assurance maladie à travers la rémunération des activités de soins réalisés par les praticiens hospitaliers salariés et exerçant une activité libérale.

-Monsieur Michel Legmann rappelle que le DG de l'ARS est bien placé pour prendre une sanction de suspension et qu'il est légitime pour saisir le Conseil de l'Ordre avant de sanctionner. Les CLAL n'ont pas actuellement les moyens de tracer l'activité libérale personnelle et l'activité publique personnelle, or c'est un sujet essentiel que de vérifier ces deux activités au sein de l'hôpital. Plus largement, il s'agit de voir comment il est possible d'isoler au sein des organisations collectives publiques, l'activité qui revient en propre à chacun des praticiens pour être en mesure de faire une comparaison entre activité effectuée en secteur public et activité effectuée en secteur privé.

-Monsieur Frédéric Martineau souhaite que l'on avertisse avant de sanctionner et rappelle que pour sanctionner il est indispensable de disposer des bonnes informations.

-La procédure contradictoire à engager avec le praticien concerné en cas d'abus ou de manquement devra être mieux décrite ; la possibilité de revoir les capacités de saisine de la CLAL devra être expertisée

La séance est levée à 16 h 45

**COMPTE-RENDU DE LA REUNION DU 26 NOVEMBRE 2012
DU GROUPE DE TRAVAIL
ACTIVITE LIBERALE DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE**

Membres présents :

Madame Dominique LAURENT, Présidente

Pr Guy MOULIN, Président de la conférence des présidents de CME de CHU

Dr Jean-Marc FAUCHEUX, représentant la conférence des présidents de CME de CH

Dr Pierre FENDER, Directeur du contrôle contentieux et de la lutte contre la fraude (CNAMTS)

Madame Mathilde LIGNOT-LELOUP, Directrice déléguée à la gestion de l'organisation des soins (CNAMTS)

Madame Sophie TERQUEM (DRHM/AP-HP) et Monsieur Patrice FARCI, Directeur des affaires médicales des HCL, responsable de la coordination des DAM de CHU et représentant de la conférence des DG de CHU

Monsieur Fabrice LEBURGUE, représentant la conférence des directeurs de CH

Monsieur Noël RENAUDIN, Président de la commission centrale de l'activité libérale de l'AP-HP

Dr Michel LEGMANN, Président du Conseil national de l'Ordre des Médecins

Monsieur Gérard VINCENT, Délégué général de la Fédération hospitalière de France

Monsieur Sébastien LELOUP (ARS Ile-de-France) représentant le collège des DG d'ARS

Dr Frédéric MARTINEAU, Président de la conférence des présidents de CME de CH

Pr Noël GARABEDIAN et Pr Bernard GRANGER (AP-HP), PU-PH exerçant une activité libérale et désignés par le Pr Loïc CAPRON, président de la CME de l'AP-HP

Madame Magali LEO et Monsieur André LE TUTOUR, représentants des usagers du système de santé (CISS)

Ministère des affaires sociales et de la santé :

Monsieur Raymond LE MOIGN, Sous directeur des ressources humaines du système de santé / DGOS

Madame Odile BRISQUET, cheffe du bureau des ressources humaines hospitalières RH4/DGOS

Monsieur Jean-Luc ESCHEMANN, chargé de mission au bureau RH4 de la DGOS

Madame Maud LE QUILLEC, chargée de mission à la Direction de la sécurité sociale, bureau 1A

Membres du groupe excusés :

Madame Martine Aoustin, DG ARS Languedoc-Roussillon, représentant le collège des DG d'ARS

Pr Béatrice Crickx, PU-PH de l'AP-HP

Pr Olivier Claris, Président de la CME des HCL

Pr Gilbert Kirkorian, président de la CCAL des HCL

Monsieur Alain Heriaud, président de la conférence des directeurs généraux de CHU

Jérôme Hubin, directeur adjoint de la politique médicale de l'AP-HP.

➤ **Compte rendu de la première réunion du groupe de travail**

La présidente, Madame Dominique Laurent, indique que le projet de compte rendu de la première réunion du 12 novembre dernier est remis sur table et invite les membres du groupe à faire part de leurs remarques ou modifications éventuelles.

➤ **Présentation du contenu de l'avenant n°8 à la convention nationale médicale par Madame Mathilde Lignot-Leloup et Monsieur Pierre Fender**

Madame Laurent donne ensuite la parole à Madame Mathilde Lignot-Leloup, directrice déléguée à la gestion de l'organisation des soins de la CNAMTS qui, avant de présenter le contenu de l'avenant n°8 à la convention médicale, rappelle qu'il a été signé le 25 octobre dernier par trois syndicats de médecins (CSMF, SML et MG France), l'UNCAM et l'UNOCAM.

Les principales mesures de l'avenant sont :

-le contrat d'accès aux soins

-la garantie du tarif opposable aux patients ACS (acquisition d'une complémentaire santé)

-la valorisation des tarifs opposables des actes de médecins de secteur 1 et adhérent au contrat d'accès aux soins

-la modération tarifaire pour l'ensemble des médecins exerçant en secteur 2

-la régulation des dépassements excessifs par la mise en place de sanctions conventionnelles dissuasives.

Le diaporama annexé au présent procès verbal présente de façon détaillée le contenu précis de ces mesures.

➤ **Réactions et questions des membres du groupe de travail – réponses de la CNAMTS**

Les représentants des usagers remercient les intervenants de la CNAMTS pour cette présentation très détaillée et qui apporte beaucoup de précisions sur l'accord conclu en octobre dernier. Ils

estiment toutefois que les mesures sont en recul par rapport au dispositif envisagé du secteur optionnel qui n'a pu être mis en œuvre faute d'accord de l'UNOCAM. Ils craignent surtout l'effet d'aubaine constitué par la possibilité pour un professionnel en secteur I d'adhérer au contrat d'accès aux soins.

La CNAMTS souligne que le contrat d'accès aux soins représente un progrès par rapport au secteur optionnel : le taux de dépassement du médecin est figé en 2012 pour 3 ans grâce au nouveau contrat d'accès aux soins, ce qui préserve la part de tarification opposable à un niveau au moins équivalent à celui constaté en 2012. Au surplus, le contrat d'accès aux soins s'applique à l'ensemble des spécialités et non pas aux seules disciplines de plateau technique.

Les cas de dépassements seront examinés à partir du seuil des 2,5 fois le tarif opposable. Les contrôles s'effectueront en fonction d'un phasage pluriannuel qui tient compte des particularités de l'offre sur la région. Le contrôle des pratiques tarifaires excessives sera mis en œuvre pendant toute la durée de la convention.

Une mission a été confiée au Dr Fender par le directeur général de l'UNOCAM consistant à veiller à l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire national en s'appuyant sur les travaux de la Commission Paritaire Nationale. Le Dr Fender précise qu'il faut distinguer les professionnels qui évolueront dans le secteur à tarifs opposables, ceux qui adhéreront au contrat d'accès aux soins, ceux qui en raison de leur taux de dépassement n'y souscriront pas, et ceux très marginaux qui se retrouveront dans la catégorie de pratiques tarifaires excessives.

Certains participants font valoir qu'il faut pour les praticiens hospitaliers ayant une activité libérale, prendre en compte au regard de l'appréciation du droit à dépassement d'honoraires l'activité qu'ils réalisent dans le secteur public, activité qui participe déjà à l'accessibilité des soins sur le territoire. Pour Madame Dominique Laurent, le critère de réalisation majoritaire de l'activité en secteur public est un critère d'autorisation et les règles qui doivent prévaloir en matière de dépassement d'honoraires excessif doivent être identiques à l'hôpital et pour la médecine de ville.

Le professeur Noël Garabedian, se demande concrètement à quoi va servir à l'avenir le conseil de l'Ordre, si l'ensemble des mesures visant à encadrer les pratiques de tarification excessive relèvent de la seule assurance maladie. Même s'il ne faut pas défendre ceux qui pratiquent des honoraires excessifs, il ne faut pas décourager la médecine de haut niveau et éviter de « maltraiter » les professeurs.

Monsieur Pierre Fender et la présidente soulignent que le Conseil de l'Ordre gardera le pouvoir de statuer sur les éléments déontologiques (« tact et mesure » de la pratique), alors que la commission nationale paritaire proposera de sanctionner les pratiques tarifaires excessives (PTE). L'Assurance maladie est ici pleinement dans son rôle. Monsieur Fender ajoute que l'intervention de l'Assurance maladie ne se substitue pas aux prérogatives des commissions locales de l'activité libérale et de la commission nationale de l'activité libérale.

Madame Dominique Laurent précise que le groupe de travail devra s'interroger dans ce même contexte sur l'opportunité ou non de créer un échelon régional dans l'exercice des missions de contrôle et de sanction de l'activité libérale à l'hôpital public.

Monsieur Patrice Farci souhaite que l'on puisse à l'avenir disposer de statistiques faisant apparaître les dépassements d'honoraires, non seulement par praticien, mais aussi par praticien et par actes. La CNAMTS selon Madame Mathilde Lignot-Leloup peut étudier ce point. Elle rappelle aussi que les commissions locales de l'activité libérale peuvent s'appuyer sur l'ensemble des informations figurant d'ores et déjà sur le portail de la CNAMTS.

Le Dr Frédéric Martineau estime que la vraie question à se poser est la suivante : pourquoi les praticiens hospitaliers ont-ils une activité libérale ? L'explication se trouve dans le différentiel de revenus entre le privé et le public. On ne pourra faire l'économie de traiter le sujet du statut des praticiens hospitaliers.

Monsieur Gérard Vincent complète ce point et rappelle que les dépassements d'honoraires sont étroitement liés aux différentiels de rémunération sur certaines spécialités en particulier. Le président Legmann relève que trois spécialités sont en crise : la médecine générale, la psychiatrie et la radiologie.

➤ **Audition de la délégation du SNAM-HP**

La présidente accueille la délégation composée des professeurs Roland RYMER et Sadek BELOUCIF et des docteurs Jean-Pierre ESTERNI et Jean-Marie SCOTTON.

La position du SNAM-HP sur l'activité libérale hospitalière est simple: c'est une activité statutaire et les règles qui la régissent sont précises. S'il y a des problèmes, c'est parce que ces règles ne sont pas respectées, ce qui n'est toutefois pas le cas dans une grande majorité des pratiques.

La presse et le débat au Parlement ont mis sur le devant de la scène de façon caricaturale la question des dépassements d'honoraires. Les médecins exerçant une activité libérale à l'hôpital sont soumis aux règles qui s'appliquent en exercice libéral et ces mêmes règles doivent être respectées tant à l'hôpital qu'en ville.

Sur le sujet des dépassements, le SNAM-HP regrette de ne pas avoir été convié aux négociations conventionnelles. La présidente rappelle qu'une commission ad hoc et spécifique à l'hôpital a été mise en place précisément pour ces raisons, à la demande de la ministre.

Le SNAM-HP souhaite la suppression de l'amendement Paul qui impose au praticien le paiement des actes à la caisse de l'établissement. Monsieur Le Tutour (CISS) ne partage pas l'appréciation selon laquelle l'administration ne serait pas en mesure de recouvrer les honoraires concernés. Il insiste également sur la nécessité de transmission des feuilles de soins aux CPAM par voie électronique. Monsieur Granger estime que le règlement par Carte vitale pose des problèmes techniques et que par ailleurs la caisse de l'hôpital n'est pas toujours accessible. Des factures sont alors adressées aux patients et celles-ci ne sont pas toujours réglées, ce qui pose le problème du recouvrement d'une créance privée par l'hôpital public.

Monsieur Garabedian ajoute qu'il lui semble plus opportun de laisser la porte ouverte au libre choix du praticien quant au mode de perception de ses honoraires. En matière de dépassements excessifs

la commission locale de l'activité libérale doit avoir un rôle préventif et avertir les praticiens concernés avant de solliciter une sanction prise par le directeur général de l'ARS.

Le professeur Moulin rappelle que le président de la CME est responsable de l'organisation médicale de l'hôpital et que le respect des délais de prise en charge en relève. La place du président de la CME, de même que celle du responsable de pôle ou de structure interne, doit être précisée dans le régime d'autorisation de l'activité libérale (présence du président de la CME dans les commissions locales...).

Monsieur Renaudin note que ne peuvent figurer dans les contrats d'activité libérale des dispositions liées à l'exercice personnel et aux responsabilités du seul contractant. Il ajoute que la pratique du recouvrement des honoraires par l'hôpital fonctionne, certes de façon non généralisée, mais avec suffisamment de recul, pour pouvoir répondre à tous ceux qui continuent de douter de leur licéité. Le professeur Granger insiste sur la notion d'équipe. La présidente rappelle qu'en matière d'autorisation d'activité libérale, on est face à l'exercice d'un droit individuel sans qu'il soit possible de faire reposer sur des praticiens sans activité libérale la prise en charge des patients. Il ne lui paraît pas possible pour ces raisons de remplacer la notion de délais de prise en charge en secteur public par un professionnel par celle de délais de prise en charge en secteur public par le service ou la structure à laquelle appartient le professionnel.

La séance est levée à 17 h

**COMPTE RENDU DE LA REUNION DU 10 DECEMBRE 2012
DU GROUPE DE TRAVAIL
ACTIVITE LIBERALE DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE**

Membres présents :

Madame Dominique LAURENT, Présidente

Pr Guy MOULIN, Président de la conférence des présidents de CME de CHU

Pr Olivier CLARIS, Président de la CME des HCL

Sophie TERQUEM (DRHM/AP-HP) et Monsieur Patrice FARCI, Directeur des affaires médicales des HCL, responsable de la coordination des DAM de CHU

Noël RENAUDIN, Président de la commission centrale de l'activité libérale de l'AP-HP

Dr Michel LEGMANN, Président du Conseil national de l'Ordre des Médecins

Dr Pierre FENDER, Directeur du contrôle contentieux et de la lutte contre la fraude (CNAMTS)

Madame Nadine BARBIER, responsable du pôle ressources humaines hospitalières de la Fédération hospitalière de France

Madame Martine AOUSTIN, DG ARS Languedoc-Roussillon, représentant le collège des DG d'ARS et

Pr Noël GARABEDIAN et Pr Bernard GRANGER (AP-HP), PU-PH exerçant une activité libérale et désignés par le Pr Loïc CAPRON, président de la CME de l'AP-HP

Pr Béatrice CRICKX (AP-HP), PU-PH n'exerçant pas d'activité libérale et désignée par le Pr Loïc CAPRON, président de la CME de l'AP-HP

Pr Gilles BRASSIER, PU-PH exerçant une activité libérale et désigné par le président de la conférence des présidents de CME de CHU

Pr Gilbert KIRKORIAN, président de la CCAL des HCL

Monsieur André LE TUTOUR, représentant des usagers du système de santé (CISS-) et Madame Magali LEO (CISS), représentants des usagers du système de santé

Direction générale de l'offre de soins

Monsieur Raymond LE MOIGN, Sous directeur des ressources humaines du système de santé / DGOS

Madame Odile BRISQUET, cheffe du bureau RH4/DGOS

Madame Isabelle COUAILLIER, adjointe à la cheffe du bureau RH4/DGOS

Monsieur Jean-Luc ESCHEMANN, chargé de mission au bureau RH4 de la DGOS

Madame Cendrine BLAZY, chargée de mission à la Direction de la sécurité sociale, bureau 1B

Membres du groupe excusés :

Monsieur Hubert JASPARD, Directeur général adjoint du CHU de Nantes, représentant de la conférence des DG de CHU

Pr Gilles Calais (CHU de Tours), PU-PH sans activité libérale désigné par le Pr Guy Moulin

Dr Frédéric MARTINEAU, Président de la conférence des présidents de CME de CH

Monsieur Jérôme HUBIN, directeur adjoint de la politique médicale de l'AP-HP.

La présidente, Madame Dominique Laurent, rappelle que lors de la prochaine séance, le 7 janvier 2013, le travail convenu sur les critères d'autorisation de l'activité libérale et les conditions de son contrôle pourra débuter. Elle proposera à cet effet d'échanger sur les termes de plusieurs chartes et règlements intérieurs adoptés au sein de différents établissements, en tant que ces documents sont révélateurs de certaines difficultés de mise en œuvre :

-la charte de fonctionnement de l'activité publique et de l'activité libérale du CHU de Nancy

-le projet de charte de l'activité libérale du groupement hospitalier Pitié-Salpêtrière/Charles Foix

ainsi que le projet de règlement intérieur de la CCAL de l'AP-HP, en passe d'être finalisé que Monsieur Renaudin va transmettre à la présidente.

- **Les procès verbaux des deux premières séances** (12 et 26 novembre) sont approuvés sous réserve d'une modification demandée par Monsieur Noël Renaudin
- Le Dr Pierre FENDER présente la **procédure de sanction conventionnelle applicable en matière de pratiques tarifaires excessives** (cf. diaporama joint).

L'appréciation du caractère excessif se fonde sur les critères objectifs suivants :

-taux de dépassement

-taux de croissance annuel du taux de dépassement

-fréquence des actes avec dépassements

-variabilité des honoraires

-dépassement moyen annuel par patient

mais aussi sur des critères additionnels tels que les niveaux d'expertise et de compétence.

Avant de définir les principes de sélection des médecins qui pourraient relever de pratiques tarifaires excessives (cadrage national), le Directeur général de l'UNCAM recueillera l'avis de la Commission paritaire nationale (CPN) des médecins. Deux réunions sont prévues les 20 décembre 2012 et 17 janvier 2013

La mise en œuvre se fait ensuite au niveau local :

-envoi par la CPAM d'une *lettre d'avertissement* aux médecins ciblés

-si dans les 2 mois le médecin persiste dans sa pratique excessive la CPAM lui adresse un *relevé de constatations*. C'est là que sont examinées les pratiques du médecin par rapport à la moyenne départementale, régionale...

-le médecin doit faire part de ses *observations* dans un délai d'un mois

-la CPAM peut saisir la Commission Paritaire régionale – CPR- qui rend son avis sous deux mois sur *l'opportunité de la sanction et le type de sanction* : suspension du droit de pratiquer des honoraires différents ou du droit permanent à dépassement (DPD) et déconventionnement.

-la CPAM *notifie la sanction ou classe le dossier*.

Puis Monsieur FENDER expose les voies de recours (CPN)

- **Un tour de table** fait suite à cet exposé.

Monsieur Michel Legmann souhaite préciser que la lettre d'avertissement est adressée au médecin et non au conseil départemental de l'Ordre. Il souligne que la CPR n'a qu'un rôle consultatif et qu'il est donc impossible d'empêcher les excès de la part de certains directeurs de caisse. Dans les CPR, il relève au surplus que parmi les représentants du collège social, les médecins hospitaliers sont peu ou pas représentés. Il en est de même au sein de la CPN.

Monsieur Fender répond que, si l'avis de la CPR n'est que consultatif, cet avis est incontournable ; la décision du Directeur de la caisse d'assurance maladie ne peut excéder l'avis de la CPR. Le recours à la CPN est possible en cas de désaccord.

Monsieur Garabedian rappelle que le groupe de travail a pour vocation de traiter du sujet des dépassements à l'hôpital public et que l'exposé du Dr Fender met à jour l'existence d'un réel problème de représentation dans le fonctionnement des CPR et de la CPN. Pour les hospitalo-universitaires, il se demande si l'une des options ne pourrait pas consister en un élargissement de la pratique du C3, même sans lettre d'adressage, ce qui permettrait d'éviter les dépassements excessifs.

Monsieur Fender rappelle que l'acte du consultant peut être facturé au plus trois fois par an pour un même patient (2 fois par an avant l'entrée en vigueur de l'avenant n°8).

Pour Madame Crickx, la facturation d'un C3 demeure très limitatif ; les critères additionnels applicables aux pratiques tarifaires excessives sont subjectifs et elle s'étonne de l'absence d'intervention en la matière des commissions locales de l'activité libérale .

Monsieur Renaudin s'interroge sur la place particulière que donnera le directeur général de l'UNCAM dans le cadrage national, à l'exercice libéral à l'hôpital. Ces règles nationales s'incorporeront-elles à l'ensemble de celles que les commissions locales de l'activité libérale devront surveiller ? Les commissions doivent assurer qu'un accès convenable des patients aux soins est garanti et que les dépassements ne handicapent pas cet accès aux soins. Il met par ailleurs l'accent sur la coexistence d'un ensemble de dispositions, qui ne sont pas de nature à en faciliter la déclinaison, les cinq critères objectifs, la pratique excessive appréciée au regard d'un contexte et l'existence d'un repère à 150 %.

Monsieur Fender s'engage à rapporter au directeur général de l'UNCAM les inquiétudes exprimées par les membres de la commission Laurent sur l'insuffisante prise en compte des spécificités de l'exercice de l'activité libérale à l'hôpital public dans les travaux à venir sur le cadrage des pratiques tarifaires excessives

Il précise enfin que le repère de 150 % est une moyenne à ne pas dépasser, et que celui-ci a vocation à décroître .

Monsieur Kirkorian rappelle que l'introduction d'un repère en pourcentage, et non en valeur absolue, favorise par construction les gros actes.

Pour Madame Léo (CISS), les dépassements d'honoraires pèsent surtout sur les usagers. Or les représentants des usagers sont exclus des CPR. Le risque réside plutôt dans les réticences de certains directeurs de caisse à poursuivre les contrevenants. Le repère de 150 % correspond à une moyenne sur une période donnée. Qu'en est-il alors du préjudice subi par un dépassement excessif isolé supporté par le cas ponctuel d'un patient ? Pour le CISS, l'avenant n°8 ne facilite pas l'accès aux soins pour les usagers.

Monsieur Fender rappelle que l'Assurance maladie et les syndicats de médecins ont dépassé la notion de « tact et de mesure » (une notion juridique) pour promouvoir un nouveau concept « les pratiques tarifaires excessives (PTE) » qui constitue une notion économique et non individuelle.

La notion de « tact et de mesure » perdure toutefois. Car si le dépassement excessif se poursuit, le patient peut porter plainte auprès de l'Ordre ou se retourner vers l'Assurance maladie qui saisira l'Ordre à son tour. Le « tact et la mesure » se définissent patient par patient.

Monsieur Legmann rejette la mise en cause des carences ordinales. La loi HPST comporte des dispositions obligeant les CPAM à transmettre aux CDOM les dossiers des médecins contrevenants sur les honoraires ou pour tout autre sujet. Or la lettre réseau de la CNAMTS rappelant cette obligation date d'il y a 6 mois seulement alors que la loi HPST remonte à juillet 2009.

Monsieur Granger souhaite revenir aux spécificités de l'activité libérale à l'hôpital. Ces praticiens sont soumis à la fois à la convention ainsi qu'à la réglementation sur l'activité libérale. Il observe que les médecins qui ont une activité libérale à l'hôpital ont généralement une activité publique importante. En ce sens, ils assurent un accès majeur aux soins. Un PU-PH ou un autre médecin hospitalo-universitaire n'est pas un médecin « banal » : sa compétence et son expertise propres sont reconnues à travers ses titres, c'est pourquoi il a droit à un tarif particulier (C2 ou C3) aux conditions d'application selon lui trop restrictives.

Monsieur Fender précise qu'il existe des pratiques excessives intolérables aussi bien chez les médecins libéraux que chez les médecins hospitaliers. L'intention du directeur général de l'UNCAM est que la référence des 150 % est appelée à diminuer d'ici la fin de la convention.

Pour Monsieur Renaudin ce qui est visé, c'est bien de faire des 150% un niveau maximum.

Monsieur Fender résume les alertes soulignées par les représentants des PU-PH lors de la réunion :

- Il faut préciser la notion d'expertise et de compétence, pour pouvoir donner un contenu à ces critères additionnels
- Il faut prendre en compte la spécificité du recours à l'expertise des personnels hospitalo-universitaires
- la composition des CPR et de la CPN ne reflète pas la diversité des secteurs d'exercice .

Madame Laurent s'interroge sur les conséquences du plafonnement induit par la définition de pratiques tarifaires excessives sur la redevance hospitalière telle qu'elle est fixée depuis 2008. On pourrait envisager une progressivité de la redevance selon l'amplitude des dépassements d'honoraires. Il pourrait être ainsi envisagé de baisser la redevance dans son ensemble et de l'augmenter en cas d'honoraires excessifs.

- **Audition de la délégation de l'INPH**

La délégation de l'INPH est composée de Madame Rachel Bocher, psychiatre au CHU de Nantes sans activité libérale, présidente du syndicat, Monsieur Jean-Michel Badet, ORL au CHU de Besançon, avec activité libérale, vice-président de l'INPH et Alain Jacob, ORL à l'hôpital Sud Francilien avec activité libérale

La délégation rappelle que l'activité hospitalière statutaire doit s'exercer en toute transparence. La vraie question est celle de la remédicalisation des CHU et des CH et de l'attractivité de la carrière hospitalière.

L'activité libérale concerne un nombre limité de praticiens de certaines spécialités, que l'on retrouve dans le secteur concurrentiel, avec une différence de rémunérations importante.

L'activité libérale permet aussi un exercice plus indépendant vis-à-vis de la hiérarchie hospitalière.

Pour Alain Jacob, l'activité libérale est un droit acquis. Toute modification devra se faire au bénéfice du praticien et de l'utilisateur.

Pour Madame Bocher, l'activité libérale pose la question du décloisonnement ville/hôpital. Elle relève que les syndicats n'ont pas été associés aux négociations conventionnelles.

L'INPH est favorable à une évolution du statut. L'activité libérale pourrait être sortie du temps de travail hebdomadaire. Le temps plein serait alors de 6 à 8 demi-journées et de 2 à 4 demi-journées qui pourraient être consacrées à l'activité libérale ou à l'activité d'intérêt général.

Pour Monsieur Jean-Michel Badet, avec une petite activité libérale, un praticien hospitalier est pénalisé, car il a des charges (assurance, cotisation CARMF et URSSAF) qui excèdent les revenus tirés de l'activité libérale.

Pour Madame Bocher, le système doit rester attractif pour les professionnels et accessible pour les patients. Il faut sanctionner ceux qui pratiquent des dépassements excessifs. L'IESPE dans les années 2000-2001 a conduit certains praticiens à arrêter toute activité libérale.

Madame Rachel Bocher s'interroge sur une évolution des rémunérations hospitalières : reste-t-on sur un salaire ou évolue-t-on vers une activité à l'acte, car le « delta » activité privée/publique est majeur aujourd'hui ? Elle évoque également l'activité médicale du praticien au sein d'un pôle et d'une équipe. Si l'on veut rendre l'hôpital plus attractif, il faudra modifier le statut.

Madame Rachel Bocher souhaite que ceux qui ne peuvent exercer en libéral à l'hôpital aient une compensation qui pourrait être une IESPE revalorisée

Madame Laurent rappelle que l'option du patient doit être respectée (secteur public ou libéral). C'est le rôle des commissions locales d'activité libérale que de s'en assurer. Il ne faut pas qu'ils soient « piégés » par la concurrence des deux secteurs en matière de délais d'attente. En prévision de la prochaine séance fixée le 21 janvier 2013, Dominique Laurent précise que le travail portera sur la pertinence des critères d'autorisation et des moyens de contrôle. Elle sollicitera à cet effet une contribution des conférences des présidents de CME une présentation par les représentants CME (Pr Moulin et Dr Martineau) et des présidents des CLAL qui siègent dans le groupe de travail (M. Renaudin en lien avec Monsieur Le Tutour) – d'une durée de 20 minutes pour les CME et 20 minutes pour les CLAL – sera suivi d'un débat (une heure maximum).

Enfin il sera procédé aux trois auditions (CMH, CPH et Avenir hospitalier) – 40 minutes pour chaque organisation- ce qui prolongera la séance jusque vers 18 h.

La séance est levée à 17 h 15.

COMPTE RENDU DE LA REUNION DU 7 JANVIER 2013 DU GROUPE DE TRAVAIL ACTIVITE LIBERALE DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE

Membres présents :

Madame Dominique LAURENT, Présidente

Pr Philippe PAQUIS (CHU de Nice), représentant la Conférence des présidents de CME de CHU

Monsieur Hubert JASPARD, Directeur général adjoint du CHU de Nantes, représentant de la conférence des DG de CHU

Pr Olivier CLARIS, Président de la CME des HCL

Messieurs Yannick MONSEAU et Michel HANSEN, représentant la Conférence des présidents de CME de CH

Madame Sophie TERQUEM (DRHM/AP-HP) et Monsieur Patrice FARCI, Directeur des affaires médicales des HCL, responsable de la coordination des DAM de CHU

Monsieur Noël RENAUDIN, Président de la commission centrale de l'activité libérale de l'AP-HP

Dr Michel LEGMANN, Président du Conseil national de l'Ordre des Médecins

Dr Pierre FENDER, Directeur du contrôle contentieux et de la lutte contre la fraude (CNAMTS)

Monsieur Gérard VINCENT, délégué général de la Fédération hospitalière de France

Madame Martine Aoustin, DG ARS Languedoc-Roussillon, représentant le collège des DG d'ARS

Pr Noël GARABEDIAN et Pr Bernard GRANGER (AP-HP), PU-PH exerçant une activité libérale et désignés par le Pr Loïc CAPRON, président de la CME de l'AP-HP

Pr Béatrice CRICKX (AP-HP), PU-PH n'exerçant pas d'activité libérale et désignée par le Pr Loïc CAPRON, président de la CME de l'AP-HP

Pr Gilles BRASSIER, PU-PH exerçant une activité libérale et désigné par le président de la conférence des présidents de CME de CHU

Pr Gilbert KIRKORIAN, président de la CCAL des HCL

Monsieur André LE TUTOUR, représentant des usagers du système de santé (CISS-) et Madame Magali LEO (CISS), représentants des usagers du système de santé

Direction générale de l'offre de soins

Monsieur Raymond LE MOIGN, Sous directeur des ressources humaines du système de santé / DGOS

Madame Odile BRISQUET, cheffe du bureau RH4/DGOS

Madame Isabelle COUAILLIER, adjointe à la cheffe du bureau RH4/DGOS

Monsieur Jean-Luc ESCHEMANN, chargé de mission au bureau RH4 de la DGOS

Monsieur Romain PLANTADE, chargé de mission à la Direction de la sécurité sociale, bureau 1B

Membres du groupe excusés :

-Pr Guy MOULIN, Président de la conférence des présidents de CME de CHU

-Pr Gilles Calais (CHU de Tours), PU-PH sans activité libérale désigné par le Pr Guy Moulin

-Dr Frédéric MARTINEAU, Président de la conférence des présidents de CME de CH

-Monsieur Jérôme HUBIN, directeur adjoint de la politique médicale de l'AP-HP.

Invités :

Pr Laurent HANNOUN et Jean-Christophe VAILLANT ; PU-PH de l'AP-HP (Pitié-Salpêtrière)

La présidente, Madame Dominique LAURENT, remercie les professeurs HANNOUN et VAILLANT de leur présence et les invite à présenter le projet de charte de l'activité libérale du groupement hospitalier Pitié-Salpêtrière/Charles Foix (annexe n°1) qui vise à rappeler les règles, assurer la transparence de l'activité libérale, tout en permettant une évaluation quantitative et qualitative de l'activité libérale, comme de l'activité publique. Elle devra faire l'objet d'une adoption par le comité d'établissement local (CEL) et la commission médicale d'établissement locale (CMEL). Elle devra être corrigée pour être mise en cohérence avec les travaux engagés à l'échelle de la commission centrale de l'activité libérale.

La notion de charte n'est pas indifférente : il s'agit bien de rappeler les principes déontologiques et les dispositions réglementaires applicables, détailler certains modes opératoires, solenniser l'engagement de chacun des praticiens.

Ce projet a pour objectif de garantir l'équité d'accès aux soins, tant en termes de délais que de qualité des soins dispensés, de façon identique pour l'activité publique et pour l'activité libérale. Il y est précisé les disciplines exclues de l'activité libérale (urgences, soins palliatifs...), ainsi que le recours à des testings réalisés par un prestataire extérieur pour mesurer les délais d'attente tant en secteur public que libéral. L'affichage des tarifs et l'information préalable du patient sont réaffirmés comme des principes fondamentaux de l'exercice d'une activité libérale.

La transparence de l'activité libérale est assurée par l'élaboration systématique de tableaux de services et de plages horaires à jours et heures fixes pour les consultations.

Il est demandé à chaque chef de pôle d'établir un rapport annuel décrivant l'occupation du plateau technique par l'activité libérale (taux moyens d'occupation des machines...).

Le planning de l'activité libérale ainsi que les déclarations trimestrielles de cette activité sont communiqués au chef de pôle par les praticiens concernés.

Enfin le non respect de la charte qui est signée pour un an conduit à une convocation du praticien devant la commission de l'activité libérale.

Un tour de table fait suite à cette présentation.

Monsieur Noël RENAUDIN salue cette charte qui représente un effort d'objectivation et de rationalisation de l'activité libérale et de son contrôle. Ce travail doit être expertisé, validé, voire généralisé.

Toutefois cette charte va au-delà des textes en vigueur sur certains points : par exemple, sur les conditions de renouvellement des contrats.

Monsieur Noël RENAUDIN précise que l'AP-HP projette d'élaborer un règlement intérieur des commissions locales de l'activité libérale et que certaines dispositions prévues dans la charte pourraient y être intégrées, dès lors qu'elles auront été validées.

Monsieur Gérard VINCENT demande pourquoi les dépassements d'honoraires ne font l'objet d'aucune mention dans la charte.

Pour le Pr Gilbert KIRKORIAN, la loi prévoit déjà les dispositions nécessaires et suffisantes. Ce qui reste problématique, c'est le contrôle de l'activité publique réelle du praticien, base de calcul pour établir la comparaison avec le niveau de son activité libérale.

Le Pr Philippe PAQUIS attire l'attention sur la nécessité de préserver l'activité libérale à l'hôpital public comme levier d'attractivité pour les praticiens. Concernant les délais de rendez-vous, la notion d'urgence n'est pas facile à cerner. Monsieur Patrice FARCI souligne l'intérêt d'évaluer l'occupation du plateau technique dans le cadre d'un exercice libéral.

Le Pr Bernard GRANGER estime que la charte confère au CEL et à la CMEL des attributions qu'ils n'ont pas. L'AP-HP devrait avoir une politique pour l'ensemble de ces établissements et il semble suffisant de faire appliquer ce que prévoient les dispositions législatives et réglementaires en matière d'activité libérale. Plus largement, il lui semble important de ne pas alourdir le formalisme des procédures actuellement en vigueur.

Pour le Pr Noël GARABEDIAN, une charte ne doit pas dépasser le cadre de la loi. L'efficacité des commissions locales de l'activité libérale est le problème de fond.

Le Dr Michel LEGMANN précise que la question de l'accès aux soins concerne un grand nombre de médecins hospitaliers, y compris ceux qui n'exercent pas d'activité libérale mais effectuent des expertises....

Madame Dominique LAURENT relève, au-delà de l'intérêt évident de la démarche, que le projet de charte qui leur a été présenté, excède la réglementation sur au moins quatre points :

- la production d'un rapport annuel sur l'occupation du plateau technique;
- le taux moyen de 20 % d'occupation de ce plateau en activité libérale à ne pas dépasser ;
- le contrôle annuel et la confirmation des contrats d'activité libérale chaque année ;
- la présentation du rapport annuel devant le comité d'établissement local et la commission médicale d'établissement locale.

Madame Magali LEO évoque le fait que certains patients, dès leur prise de rendez-vous, se sentent captifs d'une filière, malgré l'obligation d'établir un devis et d'information du patient. Elle souligne l'intérêt qu'il y aurait à décrire la sociologie de la patientèle qui choisit la filière privée.

Monsieur Noël RENAUDIN présente le projet de règlement intérieur type de la commission de l'activité libérale de l'AP-HP (annexe n°2).

Ce document comporte trois parties :

-la répartition des compétences –qui est spécifique à Paris, Lyon et Marseille – entre la commission centrale de l'activité libérale et les commissions locales de l'activité libérale, ces dernières veillant au bon déroulement de l'activité libérale au sein du groupe hospitalier et au respect des règles législatives et réglementaires et apportant à la commission centrale toutes les informations utiles à l'exercice de sa mission qui, seule, peut saisir le directeur général de l'Agence régionale de santé, correspond avec les autorités et publie un rapport annuel anonymisé ;

-les modalités et règles de fonctionnement de la commission centrale (calendrier de réunions, consultation des membres par Internet, secrétariat, confidentialité...),

-la formalisation de la procédure disciplinaire prévue à l'article D.6154-15 du code de la santé publique lorsqu'est envisagée une suspension de l'autorisation d'exercer une activité libérale.

La présidente insiste sur la nécessité de garantir le contradictoire dans la procédure, de communiquer les griefs et de répondre rapidement au praticien concerné. La sanction, si les éléments versés au dossier la justifient, peut être proposée par le rapporteur mais doit être fixée par la collégialité de la commission, convaincue par l'argumentaire développé par le rapporteur.

Le Dr Michel LEGMANN demande pourquoi le rapporteur ne proposerait pas le niveau de sanction et précise qu'en cas d'infraction manifeste aux règles de déontologie, l'Ordre devrait être saisi par la CLAL.

Sur ce point, la présidente indique qu'il faudra très certainement clarifier les dispositions réglementaires en vigueur et procéder à des ajustements concernant les saisines possibles de l'Ordre (déontologie) et de la CNAMTS (dépassements excessifs).

Enfin le Pr Gilbert KIRKORIAN rappelle que le rapporteur a pour rôle de restituer les fruits d'une enquête qu'il a diligentée, que la CLAL ne prend pas de décision mais saisit le directeur général de l'ARS qui, lui, prend la décision.

Monsieur Raymond LE MOIGN présente la charte de fonctionnement de l'activité publique et libérale au CHU de Nancy (annexe n°3).

Celle-ci rappelle les dispositions en vigueur et illustre la capacité pour un établissement de compléter le dispositif réglementaire par des mesures internes. .

Elle rappelle l'obligation d'évaluation de l'activité sur la base d'indicateurs même s'ils ne sont pas énumérés dans la charte. Elle précise l'obligation d'accueil des patients bénéficiaires de la CMU, fixe les principes à respecter en matière de prise de rendez-vous dans le secteur public et dans le secteur privé, insiste sur le recours prioritaire aux prestations médico-techniques de l'établissement pour l'activité prescrite au décours de l'activité libérale des praticiens, et souligne l'obligation d'une comparaison entre activité personnelle réalisée entre secteur public et secteur privé pour chaque praticien.

Le Dr Pierre FENDER propose que soit ajoutés aux bénéficiaires de la CMU de base les bénéficiaires de la CMU complémentaire ainsi que les titulaires d'une attestation de droit à l'ACS (acquisition d'une complémentaire santé).

Audition de la délégation de la CPH

La délégation est composée des Dr Jean-Marie LELEU, chirurgien orthopédiste et traumatologue au CH de Vienne, président de la FNAP, et Arnaud PATENOTTE, gastro-entérologue au CH de Semur-en-Auxois, président du SPHP, le Dr Bruno DEVERGIE étant excusé en raison d'un empêchement de dernière minute.

La délégation rappelle que l'activité libérale est partie intégrante de l'activité hospitalière et est un élément d'attractivité pour ce type d'exercice de la médecine. Elle s'étonne de n'avoir pu participer aux négociations qui ont abouti à l'avenant n°8 à la convention médicale.

Le Dr Arnaud PATENOTTE souhaite que les CLAL soient plus efficaces et que la procédure de saisine soit plus large et ouverte aux usagers du système de santé. Il faut les maintenir et renforcer leur rôle. L'ARS pourrait y avoir plus de poids, en présidant la commission par exemple. Madame LAURENT précise qu'il serait alors juge et partie puisque c'est lui qui sanctionne.

Les excès ne concernent qu'un petit nombre de praticiens. Il faut garantir le respect de l'égalité d'accès aux soins, en contrôlant la pratique d'honoraires excessifs.

Les rapports des CLAL devraient être soumis pour avis aux CME.

Monsieur Hubert JASPARD estime que la gestion du temps médical doit se faire par le biais des tableaux de services qui recensent l'activité collective comme l'activité individuelle des praticiens.

Pour le Pr Philippe PAQUIS, c'est la comptabilisation de l'activité publique qui pose problème notamment dans les CHU. Le Dr LELEU rappelle que ce problème n'existe pas dans les CH où l'activité nominative est bien repérable.

Un représentant des usagers, Madame Magali LEO, suggère que la CLAL puisse être saisie à l'avenir à travers la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).

Audition de la délégation de la CMH (Coordination médicale hospitalière)

La délégation de la CMH est composée des Dr Norbert SKURNIK, président de l'intersyndicale CMH, psychiatre, chef de service, président de CME, du Dr R. COUDERT, secrétaire de l'intersyndicale, biologiste, du Dr Jean-Claude PAQUET, membre du bureau et chirurgien digestif, du Dr D. THEVENIN, membre du bureau, du Dr JG GOBERT, biologiste, vice président de la CMH et du Dr Martine MARCHAND (syndicat national des praticiens attachés)

Dès sa création la CMH a dénoncé l'existence de postes vacants à l'hôpital, situation qui, selon la CMH, s'est aggravée depuis. La crise touche particulièrement certaines disciplines comme la psychiatrie et atteint aujourd'hui même les zones favorisées. Il convient donc de prendre des mesures d'urgence au-delà de la question du dépassement d'honoraires à l'hôpital public. Pour la CMH, la vraie question est celle de l'attractivité.

Le Dr Michel LEGMANN rappelle que les jeunes diplômés aujourd'hui se dirigent essentiellement vers des exercices salariés de tous ordres (collectivités territoriales, médecine du travail en entreprise, intérimaires...). Ne pas s'installer devient même un nouveau mode d'exercice de la médecine (cf. syndicat « Réagir » des intérimaires).

Pour le Dr PAQUET, en ce qui concerne les spécialités pour lesquelles il y a un grand delta de rémunération en début de carrière entre le mode d'exercice libéral et le mode hospitalier, il faut être pragmatique et reconnaître qu'il n'y a pas de problème majeur sur le fond quant à l'activité libérale à l'hôpital, mais il faut que les textes soient appliqués, sachant par ailleurs que peu de médecins ont des pratiques abusives.

Pour le Dr COUDERT, l'activité libérale doit être envisagée dans son environnement, notamment dans le contexte d'un accès aux soins équilibré. Le Dr GOBERT ajoute que le tableau n'est pas le même partout et toutes les disciplines n'ont pas accès à l'activité libérale. Il faudrait permettre à plus de médecins d'y accéder.

En conclusion le Dr SKURNIK souhaite que les textes soient appliqués et est favorable à la poursuite de l'existant.

Audition de la délégation d'Avenir hospitalier

La délégation d'Avenir hospitalier est composée du Dr Nicole SMOLSKI, présidente, médecin anesthésiste aux HCL et du Dr Pascale LE PORS, chirurgien au CH de Saint-Malo.

Une contribution écrite (cf. annexe n°4) est remise à la présidente en début d'audition.

L'activité libérale est une réponse unique à différentes questions : la faiblesse des retraites des HU, les disparités de salaires entre public et privé, l'absence de confidentialité dans l'activité publique et le respect du choix du praticien par le patient. C'est la raison pour laquelle on constate à la fois une augmentation du nombre de contrats d'activité libérale et une hausse des honoraires et des dépassements bien au-delà du tact et de la mesure, notamment dans les CHU.

Il faut sanctionner ceux qui ne respectent pas les règles, soit de temps consacré à l'activité libérale, soit de tact et mesure dans les dépassements d'honoraires, soit de non transparence dans certains établissements.

Le Dr Pascale LE PORS souligne que les textes actuels sont équilibrés mais qu'il faut assurer le contrôle en garantissant la saisie nominative de l'activité et en comparant les déclarations des praticiens aux relevés SNIR.

Monsieur Patrice FARCI précise que dans les CHU la traçabilité n'est pas fiable dans la mesure où des actes sont effectués par délégation par des internes ou sont réalisés par les jeunes seniors. Le Dr Nicole SMOLSKI souligne l'importance de la contractualisation entre le directeur de l'établissement et le praticien : le contrat doit comporter des éléments indiquant comment sont comptabilisées les activités publique et libérale. Cette contractualisation doit aussi faire l'objet d'une évaluation au niveau régional.

Elle évoque également le delta inacceptable entre le montant de l'IESPE et ce que gagne comparativement un médecin exerçant une activité libérale. L'IESPE doit être revalorisée de façon substantielle.

La présidente propose que le texte relatif au contrat-type soit renforcé sur le point particulier des tableaux de service. Il s'agit de décrire dans un document adapté l'activité publique et l'activité privée en vue de respecter la législation et la réglementation et de rendre compte du temps passé à différentes activités, dont l'activité libérale.

La séance est levée à 18 h 15.

**COMPTE RENDU DE LA REUNION DU 21 JANVIER 2013
DU GROUPE DE TRAVAIL
ACTIVITE LIBERALE DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE**

Personnes présentes :

Madame Dominique LAURENT, Présidente

Pr Guy MOULIN, président de la Conférence des présidents de CME de CHU

Dr. Michel HANSEN, représentant la Conférence des présidents de CME de CH

Dr Jean-Marc FAUCHEUX, représentant la conférence des CME de CH

Madame Sophie TERQUEM (DRHM/AP-HP)

Monsieur Noël RENAUDIN, Président de la commission centrale de l'activité libérale de l'AP-HP

Dr Michel LEGMANN, Président du Conseil national de l'Ordre des Médecins

Dr Pierre FENDER, Directeur du contrôle contentieux et de la lutte contre la fraude (CNAMTS)

Monsieur Gérard VINCENT, délégué général de la Fédération hospitalière de France

Madame Martine AOUSTIN, DG ARS Languedoc-Roussillon, représentant le collège des DG d'ARS

Pr Noël GARABEDIAN et Pr Bernard GRANGER (AP-HP), PU-PH exerçant une activité libérale et désignés par le Pr Loïc CAPRON, président de la CME de l'AP-HP

Pr Béatrice CRICKX (AP-HP), PU-PH n'exerçant pas d'activité libérale et désignée par le Pr Loïc CAPRON, président de la CME de l'AP-HP

Pr Gilbert KIRKORIAN, président de la CCAL des HCL

Monsieur André LE TUTOUR, représentant des usagers du système de santé (CISS-)

Monsieur Sylvain FERNANDEZ-CURIEL (CISS), représentant les usagers du système de santé

Ministère de la santé

Monsieur Raymond LE MOIGN, Sous directeur des ressources humaines du système de santé

Madame Odile BRISQUET, cheffe du bureau RH4/DGOS

Monsieur Jean-Luc ESCHEMANN, chargé de mission au bureau RH4 de la DGOS

Madame Maud Le QUILLEC, chargée de mission à la Direction de la sécurité sociale, bureau 1A

Personnes excusées:

Monsieur Frédéric MARTINEAU, président de la conférence des présidents de CME de CH

Monsieur Hamid SIAHMED, représentant la conférence des DG de CHU

Monsieur Patrice FARCI, Directeur des affaires médicales des HCL, responsable de la coordination des DAM de CHU

Monsieur Fabrice LEBURGUE, directeur du CH de Seclin

Pr Gilles BRASSIER, PU-PH exerçant une activité libérale et désigné par le président de la conférence des présidents de CME de CHU

La présidente, Madame Dominique LAURENT, donne la parole à Monsieur André LE TUTOUR, **président de la CLAL du CH de Vannes pour une présentation de l'instance qu'il préside.** Il a remplacé un président qui s'est désisté pour des raisons de santé. Les membres de la CLAL ont choisi de voter pour un président représentant des usagers. Au CH de Vannes sur 265 médecins, seuls 22 ont une activité libérale (18 en secteur 1 et 4 en secteur 2). Les dépassements d'honoraires sont très peu nombreux. La CLAL se réunit deux fois par an, une première fois début avril pour un examen de l'année écoulée et une seconde fois en octobre pour analyser l'activité publique et privée des praticiens réalisée au cours des 9 premiers mois de l'année.

Le CH de Vannes utilise un **logiciel qui permet de comparer activité libérale et activité publique, médecin par médecin, ce qui permet de s'assurer du respect des deux règles (20 % du temps consacré et 50 % maximum des actes et consultations réalisés)**. En octobre, ont été constatés des dépassements pour 3 médecins et cela leur a été signalé afin de leur permettre de revenir à un respect des règles au cours du dernier trimestre. Aucune plainte n'a été formulée de la part de patients.

En conclusion, c'est pour lui une CLAL qui fonctionne de façon satisfaisante. Une contribution écrite est jointe au présent compte-rendu.

La présidente demande aux membres du groupe de réagir suite à cette présentation.

Monsieur Renaudin rappelle que dans les CHU la difficulté réside dans le statut des hospitalo-universitaires pour lesquels les obligations de services hospitaliers n'ont jamais été définies et l'impossibilité de disposer d'informations nominatives sur l'activité publique des praticiens, analyse que partage le Pr Kirkorian.

Monsieur Gérard Vincent ne comprend pas la difficulté de saisir l'activité publique personnelle. Il entend bien que certains actes ne soient pas aisément rattachables à un praticien, mais il revient à chaque établissement de santé de fixer les règles à appliquer.

La position et les propositions de la conférence des présidents de CME de CHU est présentée par le Pr Guy MOULIN et figurent en annexe du présent compte-rendu.

Les principaux points à retenir sont les suivants :

-nécessité d'une plus grande transparence en matière d'activité libérale en secteur hospitalier : l'aspect contractuel de l'activité libérale doit être plus affirmé ;

-concevoir l'activité libérale comme un élément d'attractivité des carrières hospitalières avec maintien du libre choix du praticien concernant la perception des honoraires ;

-pour les usagers, garantir une égalité d'accès aux soins et de qualité des soins pour tous et pour la prise de rendez-vous, **fixer un délai maximum admissible tant pour les consultations publiques que privées d'un même praticien** ;

-intégrer la notion déontologique du tact et de la mesure dans les contrats d'activité libérale ;

-nécessité d'une charte précisant l'organisation et les moyens des CLAL, négociée entre le directeur général, le président de la CME et le président de la CLAL, adoptée par la CME et annexée au règlement intérieur de l'établissement ;

-renforcer le rôle des CLAL : au-delà du contrôle individuel (SNIR), conduite d'enquêtes avec le soutien des moyens logistiques de l'hôpital, saisine de la CME et du DG, saisine par la CME, présentation du rapport annuel en CME plénière ;

-prise en compte de la spécificité de l'hôpital dans les critères d'appréciation des CPR et de la CPN pour l'application de l'avenant n°8 à la convention médicale.

Un débat a lieu suite à cette présentation.

Monsieur Legmann estime que préalablement à toute procédure de sanctions, le conseil départemental de l'ordre doit être saisi pour tenter une conciliation. Il indique que la règle du secret des débats à laquelle est astreint le représentant de l'Ordre dans les CLAL, empêche ce dernier de pouvoir saisir le CDOM. Ce point devra selon lui devra être revu.

Monsieur Renaudin est favorable (comme l'a évoqué Monsieur Le Tutour) à la possibilité donnée à un praticien d'ajuster sa pratique en cours d'année, préalablement à toute demande de sanction. Il souscrit à tout ce qu'a présenté le Pr Moulin, notamment sur le contrat. Le Pr Garabedian est également sur la même ligne que le Pr Moulin. En revanche, il craint l'arbitraire de la CPN et du DG de l'UNCAM sur les critères de sélection des médecins aux pratiques tarifaires excessives. Concernant la notion de contrat, il est acquis que celui-ci dans le cas présent cumulera des dispositions qui renverront au régime d'autorisation de l'activité libérale et d'autres au champ strictement contractuel.

Monsieur Fender précise que le CNOM a saisi la CNAMTS sur la question de la représentation des praticiens hospitaliers dans les CPR et la CPN. Cette représentation pourrait se faire soit via l'Ordre, soit via les syndicats signataires de la convention et de l'avenant. Les critères de sélection des dossiers qui seraient retenus, n'ont pu être fixés le 17 janvier et une nouvelle réunion est prévue le 31 janvier sous la présidence du directeur général de l'UNCAM. Après la fixation des critères d'appréciation de la pratique tarifaire excessive, tous les praticiens en secteur 2 seront informés par un courrier du directeur de la caisse des principes de l'avenant et de ses modalités de mise en œuvre. Puis dans un deuxième temps interviendra une observation de la pratique des praticiens concernés qui entraînera deux mois plus tard un courrier d'avertissement comportant des interrogations sur certains points de leurs pratiques. Puis celles-ci seront à nouveau observées et un deuxième courrier sera adressé si le comportement n'a pas évolué. Le médecin est alors invité à développer son argumentaire et ce n'est qu'à réception de sa réponse qu'il peut être décidé d'adresser un dossier à la CPR (en conséquence, cela se fera au mieux en octobre/novembre 2013).

La politique de la CNAMTS consiste à privilégier la persuasion et l'incitation plutôt que la sanction. Répondant au Pr Garabedian, le Dr Fender rappelle que la CNAMTS est attentive à ce que compétence et expertise soient prises en compte. Ces critères ne sont pas écartés de l'économie générale de l'avenant.

Madame Laurent précise que le directeur de la caisse doit appréhender la pratique du professionnel en tenant compte de tous les critères (localisation, discipline et expertise). Elle rappelle la problématique à laquelle le groupe de travail est exposée : faire la part de ce qui relève de l'avenant et de ce qui relève du régime d'autorisation et de contrôle à l'hôpital. Répondant à une remarque de Monsieur Fernandez-Curiel sur les délais des rendez-vous publics/privés, la présidente souhaite que soit traité de façon spécifique l'engagement du praticien à respecter la charte « activité publique/activité privée » à mettre en place dans les établissements.

Le Pr Moulin s'exprimant sur la contractualisation, rappelle que l'hôpital conclut des contrats en interne - c'est le cas notamment des contrats de pôles - et en externe (CPOM) et qu'un contrat constitue un engagement.

Le Dr Michel Hanssen présente la position et les propositions de la conférence des présidents de CME de CH. (cf. contribution jointe au présent compte rendu).

En préliminaire, il rappelle l'attachement de la conférence des présidents de CME de CH au maintien de l'activité libérale dans les CH où elle est facteur de dynamisme et constitue un élément d'attractivité pour une carrière hospitalière.

Dans les CH, 11% des praticiens ont une activité libérale et seuls 20 % sont en secteur 2. Le taux de praticiens pratiquant des dépassements d'honoraires est inférieur à 1%.

Le contrôle de l'activité libérale ne pose pas de difficultés pour la conférence si la législation et la réglementation en vigueur sont appliquées. Les chambres régionales des comptes sont d'ailleurs attentives à l'activité libérale dans leurs rapports.

Les propositions suivantes sont faites :

-si un médecin préside la commission d'activité libérale, il ne devrait pas exercer lui-même d'activité libérale

-assurer la transparence de la commission par une présentation du rapport annuel devant la CME, le directoire et le Conseil de surveillance.

-élaborer une charte de l'activité libérale dans chaque établissement et la mentionner dans le contrat d'activité libérale

-prévoir deux réunions par an pour la CLAL afin de renforcer son rôle préventif et informer le président de la CME des constatations.

La présidente remercie le Dr Hanssen pour son exposé d'une grande clarté. Un débat est ouvert.

Monsieur Renaudin estime qu'il ne faut pas privilégier une catégorie de personnes pour présider les commissions locales de l'activité libérale. Il propose également que les motivations des propositions de décisions de sanctions soient portées à la connaissance de l'ensemble de la communauté médicale de l'établissement. Ceci inciterait à l'amélioration des pratiques.

Madame Laurent retient cette proposition étant entendu que ces motivations seraient communiquées sous forme anonymisée.

Le Pr Moulin insiste pour que les rapports de la CLAL soient présentés et pas seulement communiqués à la CME et au conseil de surveillance. Le Pr Kirkorian ajoute que c'est déjà le cas aux HCL. Une réunion par an constitue un minimum et plusieurs réunions sont à prévoir si des problèmes ponctuels sont rencontrés.

A l'AP-HP la commission centrale de l'activité libérale se réunit 4 à 5 fois par an.

La CRUQPC devrait pouvoir saisir la CLAL.

La présidente juge qu'il est essentiel que la CLAL procède à un suivi des contrats d'activité libérale par le biais d'un plan de contrôle sur la base d'une lettre de mission et qu'elle fasse part de son bilan à la CME. Lors de la prochaine réunion (4 février 2013) seront exposées la position et les propositions des représentants des usagers, du collège des directeurs généraux des ARS et du Conseil national de l'Ordre des Médecins.

La séance est levée à 16 h 30.

COMPTE RENDU DE LA REUNION DU 4 FEVRIER 2013 DU GROUPE DE TRAVAIL ACTIVITE LIBERALE DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE

Personnes présentes :

Madame Dominique LAURENT, Présidente

Pr Guy MOULIN, président de la Conférence des présidents de CME de CHU

Monsieur Hamid SIAHMED, représentant la conférence des DG de CHU

Monsieur Hubert JASPARD, directeur adjoint du CHU de Nantes, représentant la conférence des DG de CHU

Monsieur Patrice FARCI, Directeur des affaires médicales des HCL, responsable de la coordination des DAM de CHU

Monsieur Fabrice LEBURGUE, directeur du CH de Seclin, représentant la conférence des directeurs de CH

Dr. Michel HANSSSEN, représentant la Conférence des présidents de CME de CH

Dr Yannick MONSEAU, représentant la conférence des présidents de CME de CH

Monsieur Noël RENAUDIN, Président de la commission centrale de l'activité libérale de l'AP-HP

Dr Michel LEGMANN, Président du Conseil national de l'Ordre des Médecins

Dr Pierre FENDER, Directeur du contrôle contentieux et de la lutte contre la fraude (CNAMTS)

Monsieur Gérard VINCENT, délégué général de la Fédération hospitalière de France

Madame Martine AOUSTIN, DG ARS Languedoc-Roussillon, représentant le collège des DG d'ARS

Pr Noël GARABEDIAN et Pr Bernard GRANGER (AP-HP), PU-PH exerçant une activité libérale et désignés par le Pr Loïc CAPRON, président de la CME de l'AP-HP

Pr Gilbert KIRKORIAN, président de la CCAL des HCL

Madame Claude RAMBAUD, représentant les usagers du système de santé (CISS)

Monsieur André LE TUTOUR, représentant les usagers du système de santé (CISS-)

Monsieur Sylvain FERNANDEZ-CURIEL, représentant les usagers du système de santé (CISS)

Direction générale de l'offre de soins

Monsieur Raymond LE MOIGN, Sous directeur des ressources humaines du système de santé

Madame Odile BRISQUET, cheffe du bureau RH4/DGOS

Madame Isabelle COUAILLIER, adjointe à la cheffe du bureau RH4/DGOS

Monsieur Jean-Luc ESCHEMANN, chargé de mission au bureau RH4 de la DGOS

Direction de la sécurité sociale

Monsieur Romain PLANTADE, chargé de mission à la Direction de la sécurité sociale, bureau 1B

Personnes excusées :

Monsieur Frédéric MARTINEAU, président de la conférence des présidents de CME de CH

Pr Béatrice CRICKX (AP-HP), PU-PH n'exerçant pas d'activité libérale et désignée par le Pr Loïc CAPRON, président de la CME de l'AP-HP

Pr Olivier CLARIS, président de la CME des HCL

Madame Sophie TERQUEM (DRHM/AP-HP)

La présidente, Madame Dominique LAURENT, donne la parole à **Madame Martine Aoustin**, directrice générale de l'Agence régionale de santé de Languedoc-Roussillon, **représentant le collège des directeurs généraux d'ARS**. La contribution figure en annexe du présent compte-rendu

Le collège des directeurs généraux d'ARS estime nécessaire le **maintien de l'activité libérale dans les centres hospitaliers et centres hospitaliers universitaires sous réserve du maintien du caractère accessoire de l'activité**.

Néanmoins, une **amélioration des conditions de son organisation** est indispensable.

Sur le critère de volume, malgré les difficultés rencontrées dans le contrôle, **le maximum de 50 %** des actes et consultations réalisés au plus dans le cadre de l'activité libérale **doit être conservé**.

Sur le critère de temps, difficile à contrôler dans son application, il est **préférable de le quantifier en demi-journées** plutôt qu'en quotité de temps. La réelle difficulté réside dans la mesure de l'activité publique et dans l'absence d'identification des auteurs des actes dans les systèmes d'information.

Le contrat d'activité libérale doit être clair sur les engagements et inclure l'obligation de la mention sur les tableaux de services et l'information du public lors des demandes de rendez-vous. Il pourrait être complété par des engagements plus spécifiques pris par le praticien vis-à-vis du président de la CME. La neutralité dans l'orientation du patient doit faire partie du contrat.

Il convient de favoriser la **mise en place de chartes de bonnes pratiques** pour une meilleure régulation des activités libérale/publique par la communauté médicale, **à annexer au règlement intérieur de l'établissement**

Les dépassements font l'objet d'un contrôle dans le cadre de l'application de l'avenant n°8 et par l'Ordre sur le « tact et la mesure. Une application plus fréquente du C3 pourrait être une solution.

Martin Aoustin relève qu'à ce stade, les instances de contrôle prévues dans l'avenant n°8 ne prévoient pas la prise en compte des spécificités de l'activité libérale à l'hôpital.

Au sein de la CLAL, la participation du président de la CME serait utile. Le rôle de cette instance interne, au-delà de veiller à la bonne application des règles de l'activité libérale, sera de surveiller le respect de la charte et des engagements figurant dans les contrats d'activité libérale en anticipant sur les pratiques en vue de les corriger. Son articulation avec les autres instances devra être précisée. Il est justifié qu'un représentant de l'ARS siège à la CLAL avec avis consultatif et un observatoire pourrait être mis en place au niveau de l'ARS à des fins de comparaison.

Un débat a lieu suite à cette présentation.

Madame Laurent souhaite que soit précisé le rôle de l'éventuelle commission qui pourrait être placée auprès de l'ARS : proposition d'une sanction soumise au DG de l'ARS.

Monsieur Renaudin est sceptique sur la question de l'observatoire de l'activité libérale placé auprès des ARS puisqu'elles ont déjà tous les moyens pour décider en se faisant communiquer les rapports des CLAL et les propositions de sanctions de celles-ci.

Monsieur Legmann estime également qu'il y a déjà suffisamment d'instances et de possibilités pour sanctionner.

Les Pr Granger et Garabedian rappellent que c'est au praticien de démontrer qu'il respecte la règle des 80/20 % en étant transparent sur le nombre de consultations pratiquées dans l'un ou l'autre des secteurs.

La présidente suggère que le temps public consacré par les PU-PH soit annexé au contrat d'activité libérale et que les déclarations d'activité publique et privée soient concomitantes.

Monsieur Leburgue souhaite que les ARS aient un rôle beaucoup plus directif lorsque les commissions locales de l'activité libérale ne fonctionnent pas bien au sein des établissements. Les rapports de ces commissions devraient être suffisamment standardisés pour permettre des études comparatives notamment par spécialités. Il est favorable au rôle d'observateur de l'ARS mais ne souhaite pas de commission ayant un rôle de sanction.

Le Dr LEGMANN rappelle la position et les propositions du CNOM qui figurent en annexe du présent compte-rendu.

Il insiste sur

- le maintien de l'activité libérale pour les PU-PH et praticiens hospitaliers
- le respect des règles, notamment celle des 20 % de temps consacré à cette activité et des délais pour la prise de rendez-vous équivalents pour les deux secteurs
- la nécessité pour les commissions locales de l'activité libérale de se réunir plusieurs fois par an en vue d'assurer de meilleurs contrôles de cette activité
- la possibilité, pour le représentant ordinal dans la CLAL, d'informer le conseil départemental de l'Ordre d'un comportement du praticien susceptible d'être sanctionné en vue de favoriser une conciliation.

Le Dr Fender rappelle que le CNOM a proposé que pour les commissions spécifiques à l'hôpital sur les cas d'analyse de pratiques tarifaires excessives le représentant du CNOM soit un PU-PH.

Sur la question des délais, le Pr Garabedian insiste sur un point : c'est la pathologie qui doit déterminer le délai ; les urgences doivent être traitées en priorité sachant que la notion d'équipe ne peut être ignorée.

La présidente précise qu'une charte de bonne conduite peut tenter de régler cette difficulté et de réduire les écarts pour les pathologies les plus urgentes.

La position et les propositions de Madame Claude RAMBAUD au nom du Collectif Interassociatif sur la santé sont présentées et figurent en annexe du présent compte rendu.

Les principaux points à retenir sont les suivants :

- Le CISS (40 associations dans 25 régions) est idéalement favorable à la suppression de l'activité libérale à l'hôpital public. Si cette dernière peut se justifier pour maintenir une attractivité à l'hôpital pour les praticiens, les conditions d'orientation des patients doivent être revues et clarifiées,
- Le CISS est favorable à la charte proposée car l'écriture permet de structurer les choses. Toutefois une charte ne peut pas se substituer pas à un contrôle efficace.
- L'égalisation des délais d'attente est techniquement difficile à atteindre, mais la réduction des écarts public/privé doit rester un objectif. Le contrôle de ces délais incombe aux directeurs d'établissements.
- Le CISS est favorable au règlement des honoraires par la seule caisse de l'établissement.
- Les 20 % doivent être mesurés sur la seule activité médicale et le CISS réclame la généralisation d'un logiciel permettant de mesurer à la fois activité publique et activité privée des praticiens.
- Un audit des établissements où se produisent les pratiques excessives doit être effectué.
- Le fonctionnement des commissions locales de l'activité libérale devra être repensé. Un médecin avec activité libérale ne devrait pas pouvoir présider une commission locale de l'activité libérale.
- La CLAL devrait pouvoir être saisie par les usagers ou leur représentant en son sein, car souvent les représentants des usagers ont du mal à obtenir des données. L'information des patients quant à la prise en charge dans l'un ou l'autre des secteurs doit être renforcée au sein des établissements.

Un débat a lieu suite à cette présentation.

Madame Laurent s'interroge sur les recours contre les décisions des DG d'ARS et le taux de sanctions prononcées par rapport aux dossiers soumis par les commissions locales de l'activité libérale. La CNAL ne s'est réunie qu'à deux reprises en 2011 au cours des cinq dernières années.

Monsieur Legmann estime que d'autres activités annexes (expertises, contacts avec l'industrie pharmaceutique...) peuvent également intervenir dans la mobilisation des ressources médicales et avoir un impact sur les délais d'attente.

Monsieur Fender indique que le cadre de l'avenant n°8 permettra d'encourager les pratiques raisonnables, de mesurer les pratiques tarifaires excessives, de les corriger avant de les sanctionner le cas échéant.

Concernant l'affichage, la présidente se demande s'il faut afficher des tarifs maximum ou des fourchettes. Le président de l'Ordre rappelle le principe de l'affichage des 5 actes les plus fréquents de la discipline.

Concernant les délais, Monsieur Renaudin insiste sur le fait que les chartes devront être précises sur les objectifs fixés aux services dans lesquels des praticiens exercent une activité libérale et quant à l'organisation qu'elles prévoient en vue d'assurer le service public.

La prochaine séance, le 18 février 2013, sera consacrée à l'exposition par la FHF et les directions d'établissements de leur position et de leurs propositions.

La séance est levée à 16 h 30.

COMPTE RENDU DE LA REUNION DU 18 FEVRIER 2013 DU GROUPE DE TRAVAIL ACTIVITE LIBERALE DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE

Personnes présentes :

Madame Dominique LAURENT, Présidente

Pr Guy MOULIN, président de la Conférence des présidents de CME de CHU

Monsieur Hamid SIAHMED, représentant la conférence des DG de CHU

Monsieur Patrice FARCI, Directeur des affaires médicales des HCL, responsable de la coordination des DAM de CHU

Monsieur Fabrice LEBURGUE, directeur du CH de Seclin, représentant la conférence des directeurs de CH

Dr. Michel HANSSEN, représentant la Conférence des présidents de CME de CH

Dr Jean-Marc FAUCHEUX, représentant la conférence des présidents de CME de CH

Dr Yannick MONSEAU, représentant la conférence des présidents de CME de CH

Pr Olivier CLARIS, président de la CME des HCL

Monsieur Noël RENAUDIN, Président de la commission centrale de l'activité libérale de l'AP-HP

Dr Pierre FENDER, Directeur du contrôle contentieux et de la lutte contre la fraude (CNAMTS)

Monsieur Gérard VINCENT, délégué général de la Fédération hospitalière de France

Monsieur Sébastien LELOUP, représentant le collège des DG d'ARS

Pr Noël GARABEDIAN et Pr Bernard GRANGER (AP-HP), PU-PH exerçant une activité libérale et désignés par le Pr Loïc CAPRON, président de la CME de l'AP-HP

Pr Béatrice CRICKX (AP-HP), PU-PH n'exerçant pas d'activité libérale et désignée par le Pr Loïc CAPRON, président de la CME de l'AP-HP

Pr Gilles BRASSIER, PU-PH exerçant une activité libérale et désigné par le Pr Guy MOULIN

Pr Gilbert KIRKORIAN, président de la CCAL des HCL

Madame Sophie TERQUEM (DRHM/AP-HP)

Monsieur André LE TUTOUR, représentant les usagers du système de santé (CISS)

Monsieur Sylvain FERNANDEZ-CURIEL, représentant les usagers du système de santé (CISS)

Direction générale de l'offre de soins

Monsieur Raymond LE MOIGN, Sous directeur des ressources humaines du système de santé

Madame Odile BRISQUET, cheffe du bureau RH4/DGOS

Madame Isabelle COUAILLIER, adjointe à la cheffe du bureau RH4/DGOS

Monsieur Jean-Luc ESCHEMANN, chargé de mission au bureau RH4 de la DGOS

Direction de la sécurité sociale

Madame Valérie MARTY, adjointe au chef du bureau 1B

Cendrine BLAZY, chargée de mission au bureau 1B

Personnes excusées:

Monsieur Frédéric MARTINEAU, président de la conférence des présidents de CME de CH

Dr Michel LEGMANN, Président du Conseil national de l'Ordre des Médecins

Pr Gilles CALAIS, PU-PH sans activité libérale, désigné par le Pr Guy MOULIN

La présidente, Madame Dominique LAURENT, donne la parole à **Monsieur Gérard VINCENT, délégué général de la Fédération hospitalière de France.** La contribution figure en annexe du présent compte-rendu.

Monsieur Vincent rappelle en préambule le facteur d'attractivité que constitue l'activité libérale pour les praticiens hospitaliers et le problème d'image pour l'hôpital public lié à la médiatisation de quelques pratiques excessives dans certains CHU. Il s'agit en premier lieu d'améliorer la transparence. Pour permettre de vérifier que le temps consacré à l'activité libérale ne dépasse pas 20 % du temps de travail, il est indispensable de connaître avec précision le volume de l'activité publique. Cela ne peut se faire que si chaque praticien déclare obligatoirement son activité dans le secteur public. L'équité dans l'accès aux soins doit être organisée dans le cadre de l'équipe et non par praticien. Les services ou structures doivent être organisés en conséquence et cette exigence devrait être inscrite dans la charte de l'établissement.

En second lieu, le dispositif actuel pourrait être complété en vue de mieux assurer l'application de la législation et de la réglementation en vigueur:

-en garantissant l'information du patient très en amont lors de la prise de rendez-vous

-en renforçant le nombre de réunions de la CLAL qui pourrait être fixé par le conseil de surveillance sur proposition du directeur de l'établissement et du président de la CME, la CLAL choisissant librement son président en son sein.

-une charte type pourrait être élaborée au niveau national par la conférence des présidents de CME, des directeurs et la FHF ; une charte obligatoire dans chaque établissement constituerait un engagement collectif accompagnant chaque contrat individuel d'activité libérale

-les avis de la CLAL et du CDOM pourraient être communiqués au conseil de surveillance, à la CME et à la direction de l'hôpital

-les honoraires devraient être réglés directement aux praticiens pour éviter un surcoût d'emplois administratifs à la charge de l'hôpital.

Messieurs SIAHMED et FARCI sont invités par la présidente à présenter la position et les propositions de la conférence des directeurs généraux de CHU. Celles-ci sont annexées au présent compte-rendu.

Le critère temps est difficilement contrôlable. Le décompte des 20 % pour les praticiens hospitalo-universitaires n'est pas possible, compte tenu de l'absence de définition de leur obligation de service hospitalier hebdomadaire. Par ailleurs, les actes interventionnels sont réalisés dans l'activité générale des plateaux techniques et leur durée par voie de conséquence est incontrôlable.

Sur les tableaux de service hebdomadaires la qualification des activités publique et libérale est rarement mentionnée.

Le critère volume s'avère également difficile à contrôler en raison de l'absence d'individualisation de l'activité publique de chaque praticien et de l'identification des auteurs des actes en raison de la présence en CHU de praticiens en formation.

Il est donc proposé de mieux contrôler le caractère annexe de l'activité libérale en temps et en volume notamment en isolant sur les tableaux de service les demi-journées de consultations personnelles des praticiens dans les deux secteurs.

Il conviendrait d'inscrire dans les contrats d'activité libérale un engagement du praticien de n'enregistrer sur son nom que l'activité publique réalisée personnellement.

Les patients doivent pouvoir être pris en charge par le praticien de leur choix en secteur public.

Il est aussi proposé que le président de la CME soit membre de droit de la commission locale de l'activité libérale. Par ailleurs la mise en place d'une instance régionale auprès des ARS ne devrait pas restreindre les compétences de commissions locales en matière d'avis sur les sanctions.

Il est également suggéré d'instaurer un plafonnement des honoraires par rapport à un référentiel national avec un coefficient de pondération par discipline au-delà duquel l'activité libérale ne serait plus possible ou serait taxée différemment.

Enfin l'activité libérale devrait être soumise à une clause de non concurrence à introduire dans les contrats d'activité libérale.

Monsieur LEBURGUE (directeur du CH de Seclin) présente la position et les propositions des directeurs de centres hospitaliers qui figurent en annexe du présent compte-rendu. C'est le fruit du travail collectif d'une cinquantaine de directeurs de centres hospitaliers

En préambule est rappelé ce point particulier : l'activité libérale constitue une des seules modalités de rémunération faisant l'objet d'un contrat liant le praticien et son établissement.

Dans le sens du renforcement de l'autorisation de l'activité libérale est préconisée l'introduction d'une clause de non concurrence au niveau réglementaire et dans les contrats d'activité libérale.

Du point de vue du patient l'information des patients par courriels après prise de rendez-vous et l'affichage des tarifs dans les lieux de consultation devraient faciliter le libre choix du patient entre les deux secteurs.

Du point de vue du praticien il serait souhaitable de généraliser la télétransmission en matière de paiement d'honoraires ce qui engendrerait une meilleure fiabilité quant au contrôle du montant des honoraires encaissés.

D'une manière générale, les centres hospitaliers, à la différence des CHU, sont en mesure de tracer l'ensemble des actes et de les rattacher à chaque professionnel. Il convient de privilégier une organisation de l'activité libérale par plages homogènes en vue de faciliter le contrôle du critère temps et de prévoir la validation d'un tableau de service hebdomadaire type du praticien.

L'encaissement public des honoraires, gage de fiabilité pour le calcul de la redevance, est privilégié par la conférence des directeurs de CH.

Les principales propositions sont les suivantes :

-donner une pleine dimension au contrat d'activité libérale, tableau de service type, principaux actes, une évaluation annuelle des praticiens par tirage au sort

-renforcer la CLAL dans son rôle de contrôle sur les volumes public/privé, la redevance, testing auprès des cellules de rendez-vous, qualité de l'information du patient ; examen de son rapport annuel établi selon un modèle standardisé en CRUQPC, en CME et en conseil de surveillance, évaluation du fonctionnement par les ARS

-moduler la redevance en fonction du type d'activité libérale : taux minoré pour le secteur 1 ou 2 si signature du contrat d'accès aux soins, majoré pour les praticiens en secteur 2 dépassant les seuils visés par l'avenant n°8.

Un débat a lieu suite à ces présentations.

La présidente relève qu'il y a convergence sur plusieurs points entre les 3 présentations, notamment sur le renforcement des clauses du contrat d'activité libérale (prévision d'activité en actes, mais la segmentation est difficile à préciser pour apprécier le respect des 50 %, généralisation des tableaux de service public/privé), sur la nécessité d'une charte adoptée par l'établissement, sur la régulation des écarts de délais privé/public, et sur les réunions infra-annuelles des commissions locales de l'activité libérale.

La présidente relève également des divergences, notamment sur la question du plafonnement des honoraires.

La clause de non-concurrence quant à elle est difficilement applicable dans les grandes villes. Il pourrait être envisagé, dans les contrats d'activité libérale, de prévoir une clause type instaurant une indemnité à verser à l'hôpital en cas de rupture de contrat par le praticien. Cela devrait s'appliquer à tout praticien qu'il pratique ou non une activité libérale.

Une discussion s'ouvre sur ce sujet. Ce point ne recueille pas l'unanimité des participants. Il est relevé que cette sorte de « taxation » serait difficile à accepter par le corps médical. Elle reviendrait à instituer un « droit à dépassement » qui pourrait être critiqué par les usagers. Elle se fonde cependant sur la préservation du caractère accessoire de l'activité libérale et n'entrerait dans l'analyse que comme l'un des critères qui permettrait de faciliter le contrôle et l'encadrement de l'activité libérale. Elle nécessiterait vraisemblablement une disposition de nature législative.

La prochaine séance, le 25 février 2013, sera la séance conclusive des travaux du groupe. La présidente présentera une synthèse de son projet de rapport à la ministre.

La séance est levée à 17 h 15.

Annexe n° 3 : Présentations thématiques

L'activité libérale à l'hôpital public : présentation générale, enjeux, rappel du dispositif législatif et réglementaire, questions posées (Direction générale de l'offre de soins)

Avenant 8 à la convention médicale – Principes de sélection des médecins aux pratiques tarifaires excessives

Présentation de l'accord sur les dépassements d'honoraires

Présentation de l'accord sur les dépassements d'honoraires : Pratiques tarifaires excessives -
Procédure de sanction conventionnelle

DGOS

Direction générale de l'offre de soins L'activité libérale à l'hôpital public

Présentation générale, enjeux,
rappel du dispositif législatif
et réglementaire, questions posées

Plan

- Présentation générale
- Enjeux
- Réglementation applicable:
 - Régime d'autorisation
 - Régime de suivi et de contrôle de l'activité libérale
- Principales questions posées

Présentation générale

- Les hôpitaux publics disposent d'un secteur dit "d'activité libérale" , autrefois appelé « secteur privé » sans qu'existe une délimitation physique des secteurs « public » et « libéral ».
- Ce dispositif, mis en place sur le fondement de l'Ordonnance Debré de 1958, permet aux médecins de garder une clientèle libérale à l'hôpital en utilisant les équipements et le personnel hospitalier, sur leur temps de travail, et de s'assurer ainsi des revenus complémentaires à leur rémunération publique forfaitaire. En contrepartie ils s'engagent à verser à l'établissement une redevance.

Présentation générale

- Les praticiens concernés sont au nombre de 4 500, soit environ 11 % de l'effectif total des praticiens hospitaliers.
- En secteur 2, 1 933 praticiens ont réalisé des dépassements d'honoraires pour un montant total de 64,1 M €, soit 38 000 € par praticien (source CNAMTS ; mai 2011).
- La majorité des contrats d'activité libérale concerne les activités chirurgicales et la gynécologie-obstétrique (Plus de 60%).

Enjeux

- La question de la fidélisation et de la rémunération des personnels médicaux à l'hôpital public:
 - Les disparités de rémunération entre secteur libéral et secteur hospitalier public,
 - Au sein même de l'hôpital public, les disparités de rémunération combinent plusieurs éléments: les différences de statut, les activités de permanence des soins, l'exercice libéral, les rémunérations complémentaires liées à la recherche ou à l'expertise.
- La question de l'amélioration des organisations du travail et de l'optimisation du temps de travail à l'hôpital public

Enjeux

- La question de l'organisation de l'accès aux soins à l'hôpital public:
 - L'égal accès aux soins
 - L'information et le libre choix du patient
 - L'obligation d'affichage de la tarification prévue
 - Les dépassements d'honoraires
- La question de la transparence des organisations et des activités à l'hôpital public:
 - L'efficacité des critères d'autorisation et de contrôle de l'activité libérale
 - L'amélioration de

Régime d'autorisation

« Dès lors que l'exercice des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 dans les conditions prévues à l'article L. 6112-3 n'y fait pas obstacle, les **praticiens statutaires exerçant à temps plein dans les établissements publics de santé** sont autorisés à exercer une activité libérale »

Personnels concernés

- les professeurs des universités-praticiens hospitaliers,
- les maîtres de conférence des universités-praticiens hospitaliers,
- les praticiens hospitaliers universitaires,
- les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux,
- les assistants hospitaliers universitaires et
- les praticiens hospitaliers à temps plein

Article L.6154-2 CSP

- L'activité libérale peut comprendre des consultations, des actes et des soins en hospitalisation ;
- elle s'exerce exclusivement au sein des établissements dans lesquels les praticiens ont été nommés ou, dans le cas d'une activité partagée, dans l'établissement où ils exercent la majorité de leur activité publique, à la triple condition :

Article L.6154-2 CSP suite

- 1° Que les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ;
- 2° Que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20% de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens
- 3° Que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique.

Modalités d'admission dans l'établissement

- Aucun patient ne peut être transféré du secteur d'activité libérale d'un praticien s'il a été admis au titre du secteur public et inversement, sauf demande expresse motivée du patient ou de ses ayants droit et après avis du chef de service (article R.1112-23 CSP)
- Le souhait du patient d'être traité par un praticien en particulier ne doit pas avoir pour conséquence de lui imposer une consultation en activité libérale.

Respect des droits des usagers

•Le droit à l'information:

-un usager peut choisir de se faire soigner ou hospitaliser dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien statutaire exerçant à temps plein

-à l'instar des actes de soins et consultations prodigués en cabinet libéral et dans le respect de l'article L.1111-3 du CSP, le patient doit être préalablement informé du coût et des conditions de remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie des actes médicaux.

-cette information préalable du patient doit présenter un caractère écrit lorsque le montant des honoraires, dépassements inclus, est égal ou supérieur à 70 €. Cette information doit également être transmise lorsque des actes hors nomenclature sont à réaliser.

Respect des droits des usagers

- un affichage visible et lisible dans la salle d'attente ou, à défaut, dans le lieu d'exercice, des honoraires pratiqués, dépassements éventuellement compris, est obligatoire.

Le consentement:

En cas d'hospitalisation l'utilisateur ou son représentant légal doit donner son consentement écrit à sa prise en charge au titre de l'activité libérale d'un praticien (article R.6154-7 du CSP)

Doit également être formulée par écrit toute demande de patient souhaitant que son traitement ou ses examens soient effectués personnellement par un radiologue, un anesthésiste ou biologiste dans le cadre de l'activité libérale.

Respect des droits des usagers

• **La fixation des tarifs des prestations médicales:**

à l'instar de la pratique en médecine de ville, les praticiens exerçant une activité libérale à l'hôpital sont tenus d'appliquer le tact et la mesure dans la pratique de leurs honoraires (article R.4127-53 du CSP)

Par ailleurs les praticiens exerçant une activité libérale à l'hôpital ne peuvent facturer des dépassements d'honoraires aux usagers bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire et de l'Aide médicale d'Etat

Article L.6154-3 du code de la santé publique

Perception des honoraires et redevance

- Le praticien exerçant une activité libérale choisit de percevoir ses honoraires directement ou, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital.
- Les organismes gestionnaires d'un régime de base d'assurance maladie communiquent au directeur et au président de la commission de l'activité libérale mentionnée à l'article L. 6154-5 de l'établissement public de santé dans lequel il exerce les informations sur ses recettes, le nombre de ses consultations et le volume des actes qu'il effectue.

Perception des honoraires et redevance (suite)

- L'activité libérale donne lieu au versement à l'établissement par le praticien d'une redevance.
- Les actes de scanographie donnent lieu au reversement, au bénéfice du praticien radiologue hospitalier par l'établissement public qui l'emploie, d'une quote-part du forfait technique lorsque ces actes sont réalisés dans le cadre de l'exercice libéral de ce praticien.

Perception des honoraires et redevance (suite)

- Les praticiens qui optent pour une perception directe de leurs honoraires fournissent un état récapitulatif de leur exercice à titre libéral qui sert de base au calcul de la redevance (article R.6154-3 CSP)

Redevance (suite)

- La redevance est fixée en % des honoraires perçus au titre de l'activité libérale
- Les honoraires perçus au titre des examens dont la tarification dissocie la prestation intellectuelle des frais de fonctionnement ne sont pas soumis à redevance (article D.6154-10-1 CSP)

Article L.6154-4

Contrat d'activité libérale

- Les modalités d'exercice de l'activité libérale font l'objet d'un contrat conclu entre le praticien concerné et l'établissement public de santé sur la base d'un contrat type d'activité libérale établi par voie réglementaire.
- Ce contrat est approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis du directeur, du chef de pôle et du président de la commission médicale d'établissement, pour une durée de cinq ans renouvelable.
- Le renouvellement est opéré selon la même procédure de consultation et d'approbation
- L'approbation du contrat vaut autorisation d'exercice de l'activité libérale.

Contrat d'activité libérale (suite)

- Une annexe de l'article R.6154-4 fixe les clauses minimales qui doivent figurer dans le contrat conclu entre le praticien et le directeur de l'établissement public de santé pour une durée de 5 ans, et parmi celles-ci:
 - Le mode de perception des honoraires
 - La nécessité de couvrir cette activité par une police d'assurance adéquate
 - L'engagement de continuité des soins en cas d'absence

Article L.6154-5

Commissions de l'activité libérale

- Dans chaque établissement public de santé où s'exerce une activité libérale, une commission de l'activité libérale est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité et au respect par les praticiens des dispositions législatives et réglementaires et des stipulations des contrats signés par eux.
 - Ces commissions peuvent, sous réserve du respect du secret médical, demander toutes informations utiles sur l'activité libérale d'un praticien, et notamment communication des statistiques de son activité qui sont détenues par les organismes de sécurité sociale compétents

Commissions de l'activité libérale (suite)

- Autosaisine et saisine par le directeur général de l'Agence régionale de santé, le directeur de la CPAM, le président du conseil de surveillance, le président de la CME et le directeur de l'établissement (article R.6154-11 CSP)
- Production d'un rapport annuel communiqué pour information
 - à la commission médicale d'établissement
 - au conseil de surveillance
 - au directeur de l'établissement
 - au directeur général de l'Agence régionale de santé (article R.6154-11 CSP)

Commissions de l'activité libérale (suite)

•Composition:

- un membre du conseil départemental de l'ordre des médecins n'exerçant pas dans l'établissement et n'ayant pas d'intérêt dans un établissement de santé privé désigné par l'ordre départemental
- deux membres désignés par le conseil de surveillance parmi ses membres non médecins
- un représentant de l'Agence régionale de santé désigné par son directeur général
 - un représentant de la CPAM désigné par son directeur
 - deux praticiens exerçant une activité libérale désignés par la commission médicale d'établissement
- un praticien statutaire à temps plein n'exerçant pas d'activité libérale désigné par la CME
- un représentant des usagers du système de santé désigné par le directeur de l'établissement parmi les usagers membres du conseil de surveillance

Commission de l'activité libérale (suite)

- Dispositions propres à AP-HP, HCL et AP-HM: Article R.6154-13 du CSP
- Mandat des membres: 3 ans (article R.6154-14 CSP)
- Fréquence des réunions: au moins une fois par an et chaque fois qu'elle est saisie par une instance (cf. supra) ou un praticien (article R.6154-14 CSP)

Suspension ou retrait d'autorisation

Recours - Article L.6154-6

- L'autorisation d'exercer une activité libérale à l'hôpital peut être suspendue ou retirée par le DGARS lorsque le praticien méconnaît les obligations qui lui incombent en vertu des lois et règlements et des dispositions du contrat ;
- Le ministre chargé de la santé, saisi dans le cadre d'un recours des contestations relatives aux décisions prises en application de l'alinéa précédent, doit statuer après avis de la commission nationale de l'activité libérale

Les principales questions posées pour l'activité libérale à l'hôpital public

- Le respect des critères d'autorisation de l'activité libérale:
 - Les praticiens satisfont-ils à leur obligation dès lors qu'il ressort de la comparaison globale, secteurs hospitalisation et consultations externes confondus, que l'importance de la première excède celle de la seconde? Ou bien cette condition doit-elle s'apprécier pour chacun des champs d'activité, voire pour chacune des grandes catégorie d'actes?
 - Les praticiens peuvent-ils effectuer certains actes exclusivement dans le cadre de son activité libérale?
 - Comment contrôler le temps horaire réel consacré à une demi-journée, et comment s'assurer que celui-ci n'est pas nettement supérieur à celui consacré au titre de la demi-journée de l'activité publique?

Les principales questions posées pour l'activité libérale à l'hôpital public

- Le contrôle effectif des règles encadrant l'activité libérale et les sanctions aux manquements aux règles
 - Comment s'assurer du respect durable de l'obligation d'affichage des tarifs et des honoraires?
 - Comment s'assurer de l'égal accès aux soins (délais de rendez-vous, gestion des dépassements d'honoraires...)
 - Comment traiter les écarts constatés entre les déclarations d'activité libérale et les informations fournies par les relevés SNIR?
 - Comment apprécier le fonctionnement effectif des commissions locales de l'activité libérale?



Avenant 8 à la convention médicale – Principes de sélection des médecins aux pratiques tarifaires excessives

La santé progresse **avec vous**

 **l'Assurance
Maladie**

Un dispositif de régulation efficace des dépassements excessifs

L'avenant 8 introduit une procédure conventionnelle de régulation des pratiques tarifaires considérées comme excessives et qui ne respecteraient pas le pacte conventionnel sur la garantie d'accès aux soins.

→ Mise en place d'une procédure ad hoc qui permet de garantir, de manière homogène, sur tout le territoire :

- une appréciation de la notion de pratique tarifaire excessive,
- un déclenchement et un suivi de la procédure conventionnelle, dans le respect des droits des médecins concernés.

Les pratiques tarifaires excessives

Appréciation du caractère excessif de la pratique tarifaire au regard de tout ou partie des critères suivants: *(article 75 de la convention médicale):*

- le rapport entre la somme des honoraires facturés aux assurés sociaux au-delà du tarif opposable et la somme des tarifs opposables des soins délivrés par le médecin (taux de dépassement),
- le taux de croissance annuel du taux de dépassement,
- la fréquence des actes avec dépassements et la variabilité des honoraires pratiqués,
- le dépassement moyen annuel par patient.

L'appréciation tient compte:

- de la fréquence des actes par patient,
- du volume global de l'activité du professionnel de santé,
- du lieu d'implantation du cabinet,
- de la spécialité,
- des niveaux d'expertise et de compétence.

Les pratiques tarifaires excessives

La procédure relative aux pratiques tarifaires excessives repose sur 5 étapes principales :

- **Étape 1:** Définition par le Directeur général de l'UNCAM des principes de sélection des médecins susceptibles de relever de la procédure de sanction applicable aux pratiques tarifaires excessives, après avoir recueilli l'avis de la Commission paritaire nationale (CPN).

- **Étape 2 :** Envoi d'un courrier d'information générale à l'ensemble des médecins de secteur 2 sur le contrat d'accès aux soins et les pratiques tarifaires excessives, et contacts téléphoniques personnalisés des CPAM vers les professionnels, afin qu'ils fixent leurs honoraires avec davantage de modération.

A l'issue de cet envoi, observation des pratiques tarifaires des médecins de secteur 2 pendant une période de 2 mois.

- **Étape 3:** Identification par la CPAM, conformément aux principes de sélection retenus par le Directeur de l'UNCAM, des pratiques tarifaires susceptibles d'être considérées comme excessives et envoi aux praticiens concernés d'une lettre d'avertissement.

Les pratiques tarifaires excessives

- **Étape 4** : Après une période d'observation minimale de 2 mois suivant l'avertissement, identification par le directeur de la CPAM des médecins qui n'auraient pas modifié leur pratique tarifaire et recueil de leurs observations, par écrit ou lors d'un entretien, puis transmission éventuelle du dossier à la Commission paritaire régionale (CPR) par le directeur de la CPAM.
- **Étape 5** : Notification motivée par le directeur de la CPAM de l'éventuelle sanction, qui ne peut excéder l'avis rendu par la commission paritaire régionale.

Appel possible en Commission Paritaire Nationale tant par le médecin que par le directeur de la Caisse primaire.

Les pratiques tarifaires excessives

Les partenaires conventionnels ont déterminé un certain nombre de critères pour permettre aux CPR d'apprécier les pratiques tarifaires.

Parmi ces critères, le préambule de l'avenant 8 identifie **le taux de dépassement à 150%** du tarif opposable comme pouvant servir de repère :

- Ce taux peut faire l'objet d'adaptations dans certaines zones géographiques limitées.
- Il a vocation à se modérer en cours de convention. Un suivi attentif du taux d'évolution annuel du taux de dépassement sera opéré.

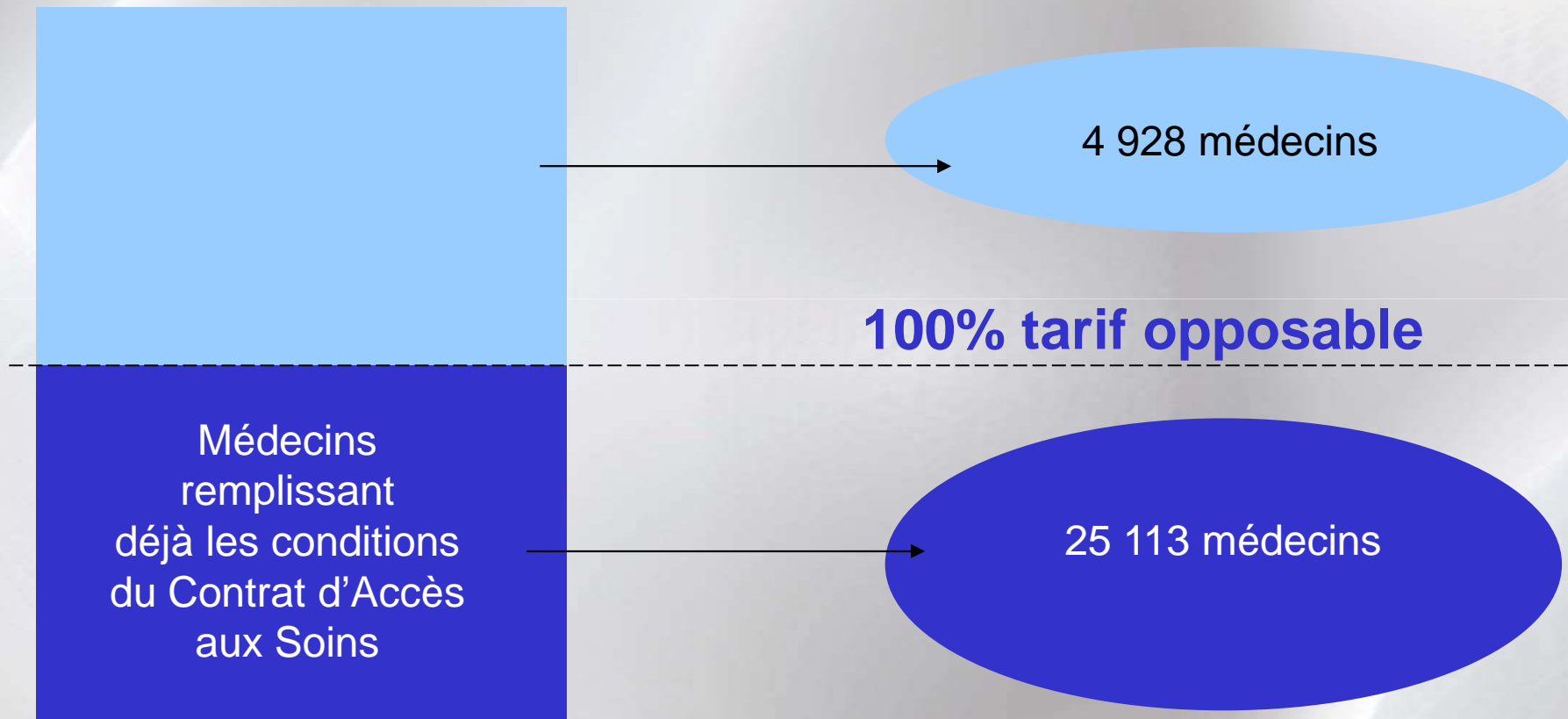
Pour identifier les praticiens dont les pratiques tarifaires sont susceptibles d'être examinées par la CPR, les CPAM doivent se référer aux principes de sélection des médecins définis par le Directeur général de l'UNCAM après avis de la CPN.

Principes de sélection des pratiques tarifaires excessives

Les principes doivent être compréhensibles et jugés équitables, non seulement par les praticiens eux-mêmes, mais aussi par les assurés sociaux.

Ils doivent permettre d'**identifier les situations contraires aux règles fondamentales de la convention**, particulièrement le principe d'accessibilité posé à l'article 35.3 de la convention qui dispose que les médecins de secteur 2 fixent et modulent le montant de leurs honoraires à des niveaux permettant l'accès aux soins des assurés sociaux et de leurs ayants droit ainsi que leur libre choix du médecin auquel ils peuvent avoir recours.

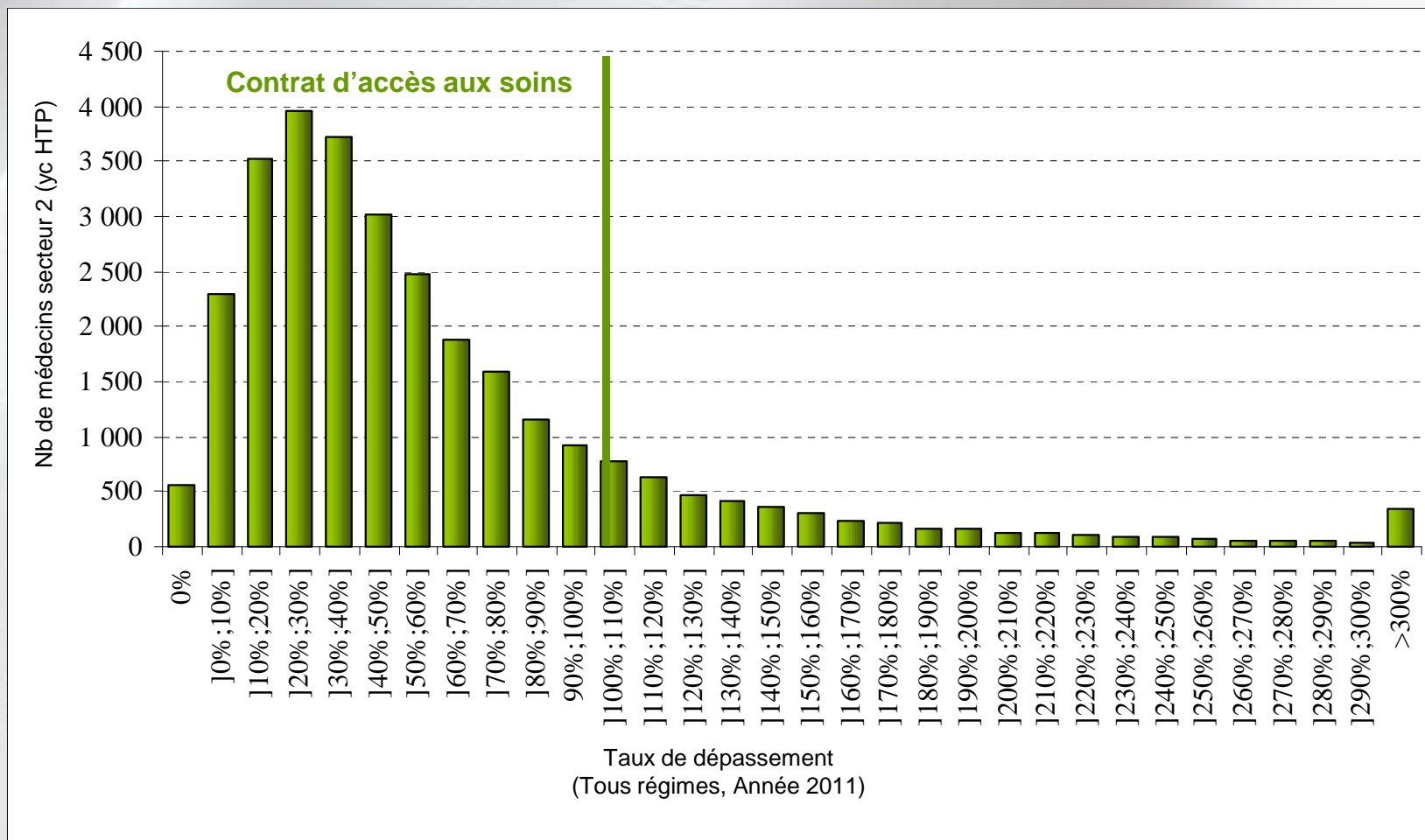
Principes de sélection des pratiques tarifaires excessives



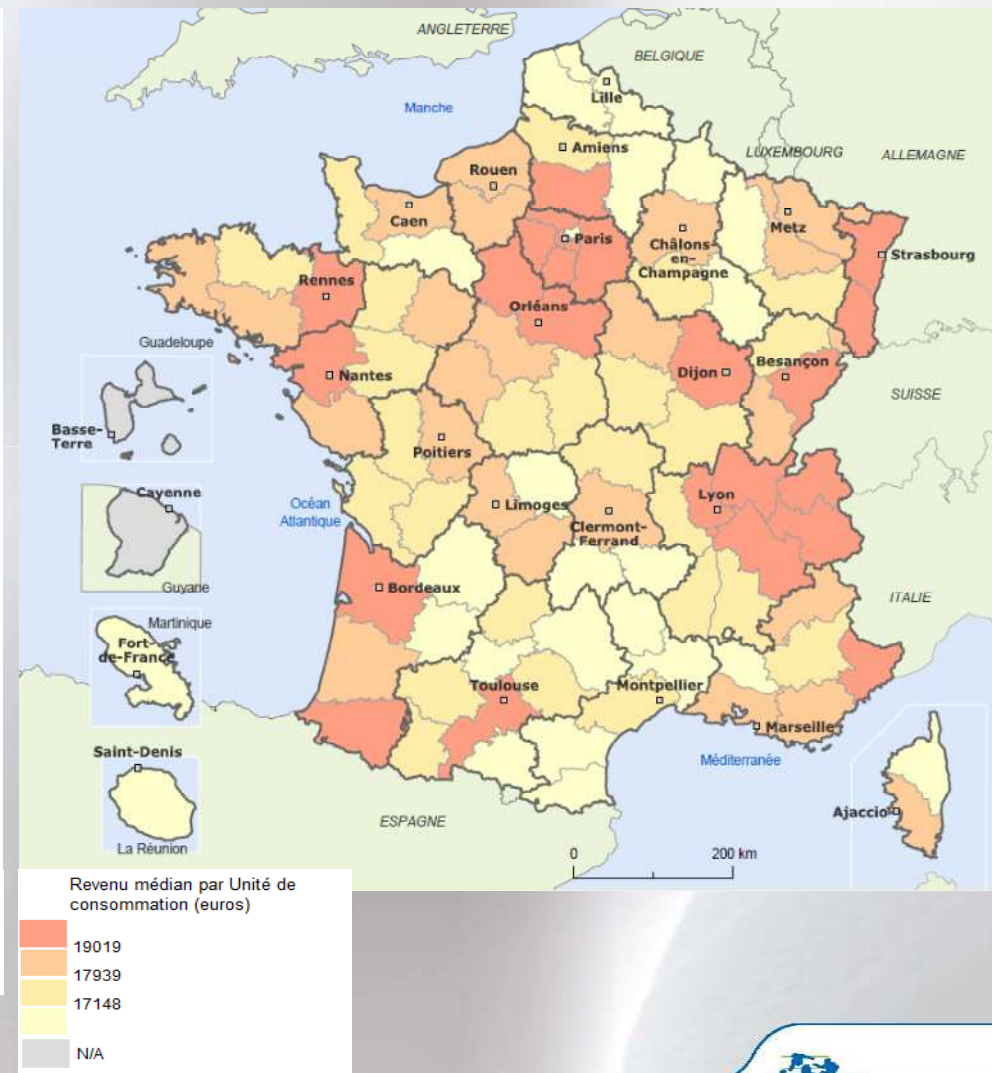
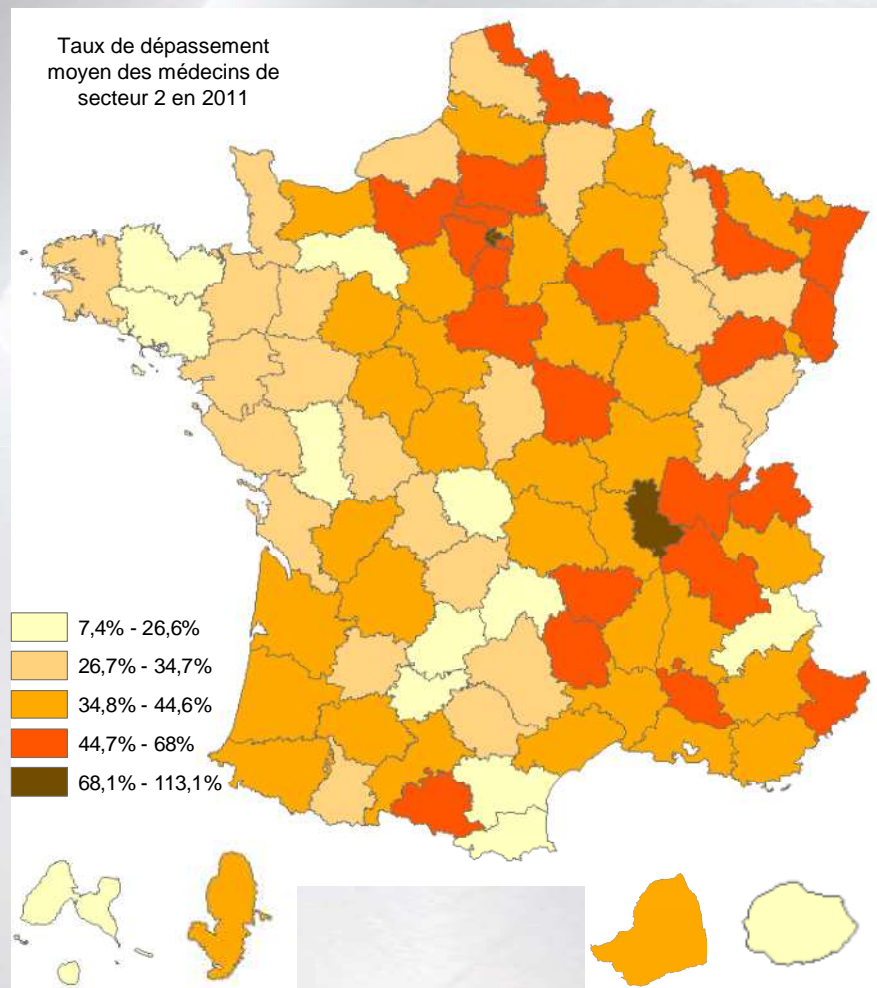
Répartition des médecins en fonction de leur taux de dépassement

France entière - Année 2011 - Tous régimes - Ensemble des professionnels de secteur 2 (y compris HTP)

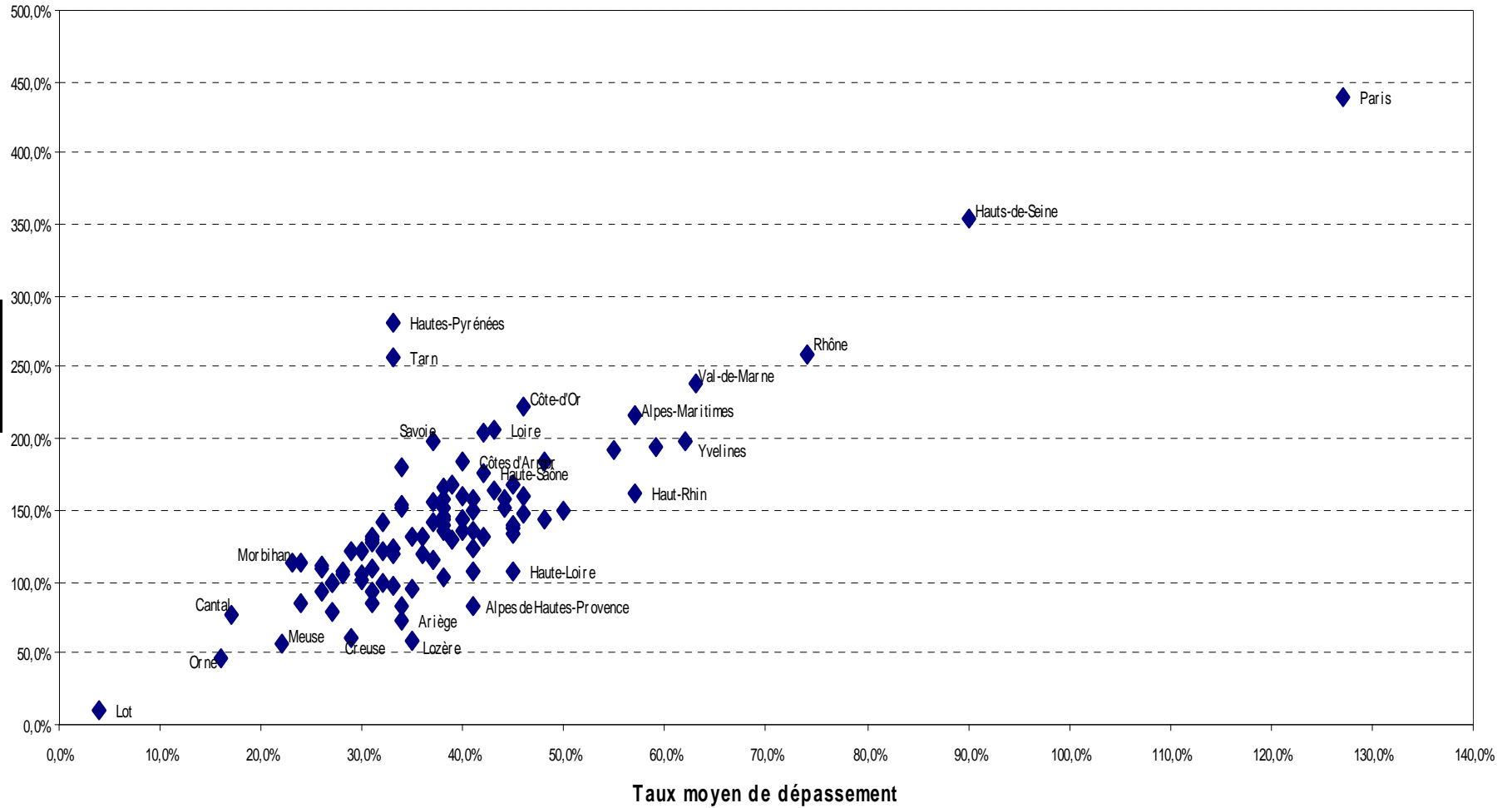
Source SNIR et DCIR



Comparaison cartes revenu médian / taux de dépassement moyen des secteurs 2

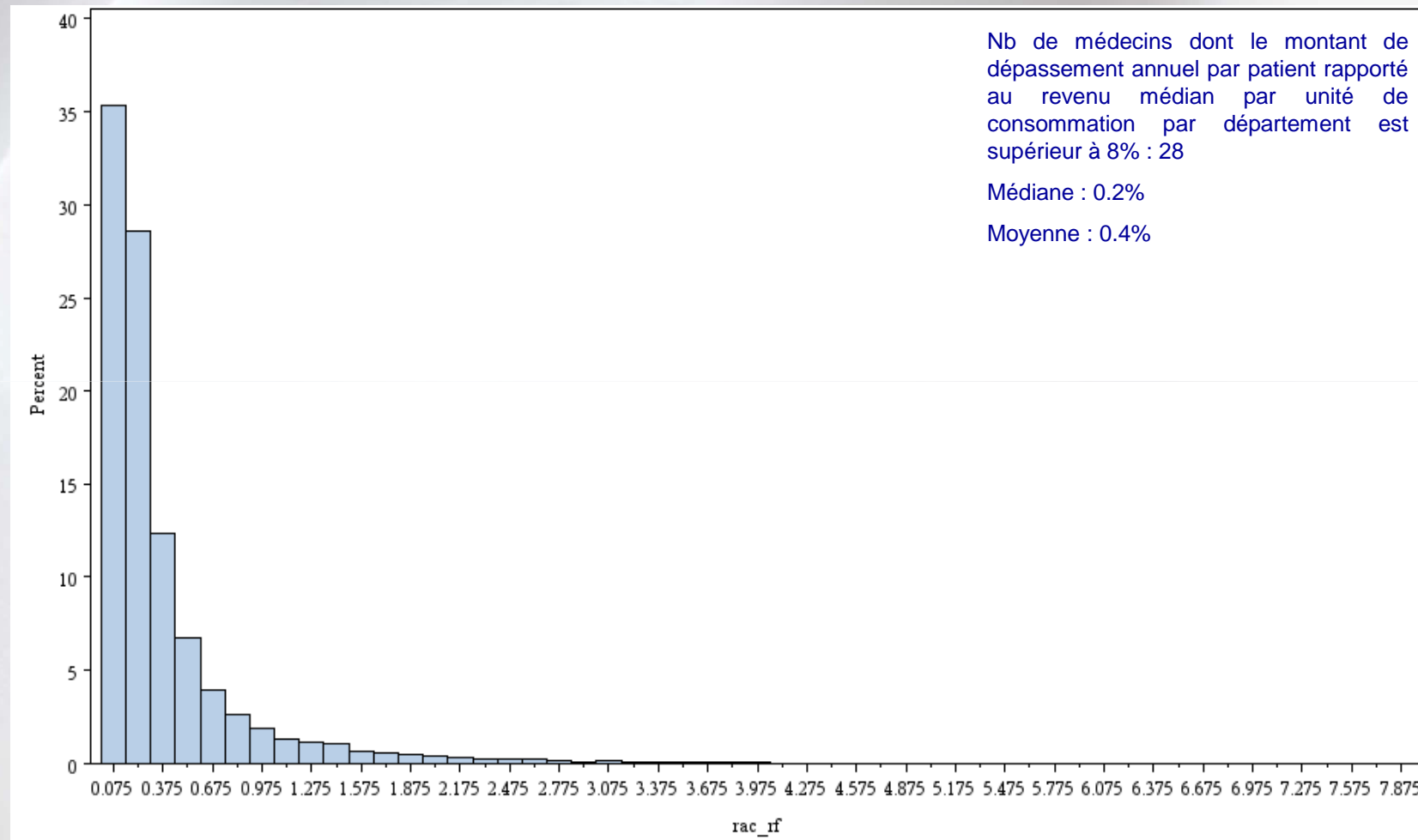


Répartition des départements métropolitains selon leur taux moyen de dépassement et taux moyen de dépassement pour le 95ème percentile



Répartition des médecins Secteur 2 (en %) en fonction du montant de dépassement annuel moyen par patient rapporté au revenu médian par unité de consommation du département (Année 2011) entre 0 et 8%

Tous régimes
Source SNIR et DCIR



Principes proposés pour la sélection des médecins susceptibles d'avoir une pratique tarifaire excessive

Principe 1 :

Sous réserve du respect des dispositions du contrat, **les médecins adhérents au contrat d'accès aux soins ne sont pas susceptibles d'être sélectionnés** en vue de l'application de la procédure de sanction en raison d'une pratique tarifaire excessive.

Principe 2 :

Les médecins qui ne respecteraient pas les dispositions relatives à la **pratique des tarifs opposables au bénéfice des patients bénéficiaires de la CMUC ou d'une attestation de droit à l'ACS**, sont susceptibles d'être sélectionnés pour engagement de la procédure sur les pratiques tarifaires excessives.

Principe 3 :

Lorsque le taux de dépassement est utilisé comme critère de sélection, le **seuil de déclenchement pour engager la procédure** sur les pratiques tarifaires excessives est fixé à **150% du tarif opposable** (secteur 1), ce taux étant calculé en moyenne.

La pratique tarifaire des médecins, constatée au moment de la mise en œuvre du dispositif de régulation des pratiques tarifaires excessives, pour ceux situés dans les **5% de professionnels du département ayant les taux de dépassement moyens les plus élevés**, et ne remplissant pas les conditions du contrat d'accès aux soins, sera **analysée au regard des critères** de la fréquence d'actes avec dépassement et de la variabilité des honoraires.

Principe 4 :

L'avenant 8 prévoit que la valeur repère de 150% du taux de dépassement peut être **adaptée dans des zones géographiques limitées**. Ces zones sont les **départements des Hauts de Seine, de Paris et du Rhône**.

Dans ces départements, le nombre de médecins présentant un taux de dépassement moyen supérieur à 150% étant élevé, une progressivité de la mise en œuvre des actions sera assurée.

Cette progressivité ne doit pas conduire à un effort relativement moins important des médecins dans ces départements.

Principe 5 :

Lorsque le critère du montant moyen annuel de dépassement par patient est utilisé, il est tenu compte du revenu médian départemental par unité de consommation.

Le seuil de sélection est fixé à **3%** pour le rapport entre ces deux valeurs, à l'exception des spécialités dont l'activité nécessite un examen régulier des patients au cours de l'année (notamment pour la psychiatrie). Pour celles-ci, **le seuil est fixé à 5%.**

L'application de ce principe nécessite de disposer d'une année de référence complète.

Pratiques tarifaires excessives : Calendrier

- **31/01/2013** : Avis de la CPN sur les principes proposés.
- **Début février 2013** :
Courriers d'information générale adressés par les CPAM à l'ensemble des médecins de secteur 2 et 1 DP.



Présentation de l'accord sur les dépassements d'honoraires

*Commission sur l'activité libérale des
praticiens hospitaliers temps plein
Réunion du 26 novembre 2012*

Sommaire

- Contexte de l'accord
- Contrat d'accès aux soins
- Accès au secteur 2 sans dépassement pour les ACS
- Revalorisation des tarifs opposables
- Sanction des pratiques tarifaires excessives

CONTEXTE

- **Une évolution continue des effectifs de médecins exerçant en secteur 2**
 - 1 médecin sur 4 pratique des dépassements d'honoraires et plus de 40 % des médecins spécialistes sont installés en secteur 2
 - Pour certaines spécialités, cette proportion est très élevée : parmi les chirurgiens, 85% d'installation en secteur 2 en 2011, 82% parmi les gynécologues, 76% pour les médecins ORL...
- **Une progression continue des dépassements d'honoraires**
 - Environ 2,4 Mds€ en 2011 dont 2,1 Mds€ pour les spécialistes
 - Le dépassement facturé moyen (par rapport au tarif opposable) est passé de 38% en 2000 à 56% en 2011 pour les médecins spécialistes
- **Des situations disparates selon les zones géographiques, les spécialités et au sein même d'une spécialité :**
 - dépassements d'honoraires particulièrement élevés dans les grands centres urbains (Paris, Lyon, Marseille...)
 - selon les spécialités : en 2011, taux de dépassement moyen de 101% pour la gynécologie médicale, 82% pour la psychiatrie et 68% pour la dermatologie mais de 23% pour la cardiologie, 28% pour la pneumologie et 32% pour la radiologie

Historique du secteur 2

1980

– Création du secteur 2 où les médecins sont autorisés à « pratiquer des honoraires différents dans le respect du « tact et mesure ». Seuls les médecins du secteur 1 bénéficient de la participation de l'Assurance maladie aux cotisations sociales.

1990

- Gel de l'accès au secteur 2 :

- Les médecins ayant antérieurement choisi ce secteur en conservent, s'ils le souhaitent, le bénéfice
- Seuls les anciens chefs de clinique et les anciens assistants des hôpitaux qui s'installent pour la première fois après le 01/12/1989 peuvent accéder au secteur 2

1993

–Ajout des titres de Praticiens hospitaliers et de médecins des hôpitaux des armées

–Confirmation du critère de la première installation.

1997

–Procédure d'équivalence pour les titres acquis en Europe et dans les établissements PSPH (désormais ESPIC).

–Fenêtre conventionnelle pendant deux mois ouverte pour les médecins installés en secteur 1 entre 1980 et 1989, disposant des titres et qui n'ont pas précédemment opté pour le secteur 2

2005

–Ajout des titres de Praticien des hôpitaux à temps partiel exercé pendant 5 ans et des titres acquis à la faculté libre de Lille.

– Équivalence reconnue avec la Suisse.

Les titres permettant l'accès au secteur 2

(article 35-1 de la convention de 2011)

- **ancien chef de clinique des universités - assistant des hôpitaux**
- **ancien assistant des hôpitaux**
- **médecin ou chirurgien des hôpitaux des armées**
- **praticien hospitalier nommé à titre permanent**
- **praticien des hôpitaux à temps partiel comptant au minimum cinq années d'exercice**

Procédure actuelle d'accès au secteur 2

article 35-1 de la convention de 2011

- **Deux conditions:**

- **S'installer pour la première fois en libéral**

Par dérogation, la convention prévoit que l'exercice d'une activité libérale au sein d'un établissement public de santé pour les praticiens hospitaliers n'est pas assimilé à une première installation en libéral.

- **Posséder un des titres requis acquis dans un établissement public ou au sein de la faculté libre de médecine de Lille ou un titre reconnu équivalent acquis en ESPIC ou acquis au sein de l'Union européenne et de la Confédération helvétique.**

L'équivalence (pour ESPIC ou au sein de l'UE) est reconnue par la CPAM conformément à la décision de la CNAMTS prise après avis du Conseil National de l'Ordre.

Évolution des effectifs du secteur 2

- Sur longue période, le secteur 2 s'est développé fortement chez les spécialistes libéraux
- Augmentation de 30% à 41% des spécialistes exerçant en secteur 2 entre 1985 et 2011, compensée par une diminution des généralistes exerçant en secteur 2 de 16 à 10%
- Augmentation du taux de dépassement de 23% en 1985 à 56% en 2011 pour les spécialistes et de 35% à 43% pour les généralistes

L'évolution récente et sur la longue période :

médecins libéraux

Évolution sur longue période de la part des effectifs en secteur 2 et secteur 1 avec DP dans le total - France métropolitaine - Actifs à part entière

	1985	1990	1995	2000	2005	2009	2010	2011
Généralistes	12%	16%	13%	10%	9%	7%	7%	6%
MEP	49%	61%	55%	49%	44%	38%	37%	37%
Omnipraticiens	16%	22%	18%	14%	13%	11%	11%	10%
Total spécialistes	30%	42%	38%	37%	38%	40%	41%	41%
dont								
Chirurgiens	55%	73%	74%	79%	79%	85%	85%	86%
ORL	41%	56%	52%	52%	55%	55%	56%	56%
Gynécologues	36%	56%	52%	51%	53%	54%	55%	55%
Ophthalmologues	35%	52%	49%	49%	51%	53%	53%	54%
Dermatologues	32%	51%	45%	41%	41%	40%	40%	40%
Gastro-entérologues	28%	44%	39%	37%	38%	40%	40%	41%
Pédiatres	31%	42%	36%	34%	33%	32%	32%	32%
Anesthésistes	12%	28%	23%	22%	26%	33%	34%	37%
Total médecins	22%	31%	27%	25%	24%	24%	24%	24%

Source SNIR - Médecins Libéraux APE en France Métropolitaine

L'évolution récente et sur la longue période :

médecins libéraux

Évolution sur longue période du taux de dépassement en secteur 2 –
France métropolitaine - APE

	1985	1990	1995	2000	2005	2009	2010	2011
Généralistes				37%	34%	37%	38%	37%
MEP				54%	49%	56%	53%	51%
Omnipraticiens	35%	41%	40%	43%	43%	45%	44%	43%
Total spécialistes	23%	25%	29%	37%	49%	52%	54%	55%
<i>Dont</i>								
<i>Chirurgiens</i>	21%	20%	24%	32%	52%	53%	56%	58%
<i>Anesthésistes</i>	22%	18%	23%	36%	50%	49%	51%	51%
<i>Gynécologues</i>	27%	34%	40%	50%	64%	73%	76%	77%
<i>ORL</i>	20%	25%	28%	35%	44%	46%	48%	49%
<i>Pédiatres</i>	23%	31%	34%	43%	49%	61%	64%	65%
<i>Ophthalmologues</i>	21%	29%	33%	41%	55%	59%	60%	60%

Source SNIR

Situation des praticiens hospitaliers temps plein en secteur 2

France entière - Année 2011 - Tous régimes

Spécialité	Nb d'HTP	Tx de dépassement actuel
ACP	2	24%
Anesthésistes	33	32%
Cardiologues	85	17%
Chirurgiens	728	76%
Dermatologues	39	73%
Endocrinologues	27	83%
Gastro-entérologues	36	50%
Gynécologues-médicaux	3	151%
Gynécologues-obstétriciens et mixtes	370	91%
Généralistes	3	180%
Internistes	63	97%
MEP	2	16%
MPR	7	167%
Néphrologues	9	71%
Neurologues	32	77%
ORL	128	76%
Ophthalmologues	150	81%
Pneumologues	19	79%
Psychiatres-neuro-psychiatres	29	134%
Pédiatres	27	53%
Radiologues	73	19%
Rhumatologues	42	101%
Stomatologues	25	94%
Total	1 932	71%

Avenant n°8 à la convention nationale des médecins libéraux

- Après 8 séances de négociations entre les organisations syndicales représentatives de médecins, l'UNCAM et l'UNOCAM : Signature de l'avenant 8 à la convention médicale: UNCAM, UNOCAM, CSMF, SML et MG France le 25 octobre 2012

Présentation des mesures

1. Mise en place d'un contrat d'accès aux soins permettant de mieux rembourser les patients et de développer l'activité à tarif opposable
2. Garantir l'accès aux soins à tarif opposable pour les patients disposant de l'attestation de droit à l'aide à l'Acquisition d'une Complémentaire santé (ACS)
3. Développer les nouveaux modes de rémunération et la valorisation des tarifs opposables des actes des médecins de secteur 1 et adhérant au contrat d'accès aux soins
4. Modération tarifaire pour l'ensemble des médecins exerçant en secteur 2
5. Régulation des dépassements excessifs par la mise en place de sanctions conventionnelles dissuasives

1. Le contrat d'accès aux soins

1. Le contrat d'accès aux soins

Objectifs : diminuer le reste à charge des patients et développer l'activité à tarif opposable

- Les médecins adhérents s'engagent dans le contrat pour 3 ans :
 - ils répercutent le meilleur remboursement des patients dans la baisse de leurs dépassements ainsi que les hausses futures applicables au secteur 1
 - Ils s'engagent sur une part d'actes à tarif opposable supérieure ou égale à celle constatée en 2012
- Ils bénéficient pour les actes réalisés sans dépassement, de la prise en charge d'une partie de leurs cotisations sociales
- Seuls les médecins de secteur 2 qui font moins de 100% de taux de dépassement (après recalcul sur la base des tarifs du secteur 1) pourront bénéficier du contrat d'accès aux soins. L'année de référence pour les calculs est 2012

Une prise en charge améliorée des assurés

Consultation auprès d'un spécialiste de secteur 2, facturée 33 €

Hors contrat d'accès aux soins
Reste à charge* : 11 €

Contrat d'accès aux soins
Reste à charge* : 6 €

Consultation auprès d'un pédiatre de secteur 2, enfant de 2 à 6 ans, facturée 38 €

Hors contrat d'accès aux soins
Reste à charge : 16 €

Contrat d'accès aux soins
Reste à charge : 8 €

Ablation de la vésicule biliaire par un spécialiste de secteur 2, facturée 410 €

Hors contrat d'accès aux soins
Reste à charge : 120 €

Contrat d'accès aux soins
Reste à charge : 89 €

*Reste à charge avant prise en charge éventuelle du dépassement par la complémentaire santé.

1. Le contrat d'accès aux soins

- Période d'adhésion au contrat du 1er janvier 2013 au 30 juin 2013
- Pour les médecins de secteur 2 et les médecins de secteur 1 disposant des titres pour exercer en secteur 2 installés antérieurement au 1er janvier 2013 (anciens chef de clinique - assistants des hôpitaux)
- Entrée en vigueur du contrat au 1er juillet 2013 sous réserve qu'au moins 1/3 des médecins éligibles au contrat y adhère (environ 8 300)
- Après l'entrée en vigueur du dispositif, les médecins éligibles peuvent adhérer à tout moment, la référence restant l'année 2012 pour la pratique tarifaire du médecin

1. Le contrat d'accès aux soins

- **Cas particulier des médecins nouvellement installés depuis moins d'un an**, ces jeunes médecins n'ayant pas d'activité en 2012, année de référence :

- le taux de dépassement ne peut être supérieur à la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux constatés pour les médecins éligibles au contrat de la même spécialité et de la même région (à l'exception des spécialités d'anatomo-cytopathologie, de gériatrie, de médecine interne et de néphrologie pour lesquels la référence est nationale)

- la part d'activité à tarif opposable progresse pour atteindre en fin de contrat la moyenne de la région (selon les mêmes règles que précédemment)

1. Mise en place du contrat d'accès aux soins

- **Engagements de l'Assurance Maladie Obligatoire**

- Application des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur pour les médecins du secteur 1
- Participation aux cotisations sociales sur la part de l'activité réalisée au tarif opposable

- **Engagement de l'Assurance Maladie Complémentaire**

- Engagement de l'UNOCAM à inciter les organismes complémentaires à prendre en charge de manière privilégiée les dépassements d'honoraires des médecins adhérant au contrat d'accès aux soins, lorsque le contrat complémentaire prévoit une prise en charge de dépassement

Situation des praticiens hospitaliers temps plein de secteur 2

France entière - Année 2011 - Tous régimes

- **Sur les 1 932 professionnels hospitaliers temps plein (HTP) de secteur 2:**
 - environ 1 356 médecins seraient éligibles au contrat d'accès aux soins,
 - soit environ 70% des HTP
- **Sur les 1 131 médecins exerçant en plateau technique lourd (anesthésistes, chirurgiens, gynécologues obstétriciens) soit 59% des HTP:**
 - 809 médecins sont éligibles au contrat d'accès aux soins,
 - soit 71,5% des praticiens HTP de secteur 2 exerçant en plateau technique lourd

2. Garantir l'accès aux soins à tarif opposable pour les patients disposant de l'attestation de droit à l'aide à l'Acquisition d'une Complémentaire santé (ACS)

2. Garantir l'accès aux soins à tarif opposable pour les patients ayant l'attestation de droit à l'ACS

- Le tarif opposable doit être respecté par **tous les médecins de secteur 2, qu'ils aient adhéré au contrat d'accès aux soins ou non** : les personnes disposant de l'attestation de droit à l'ACS, c'est-à-dire dont les revenus sont inférieurs à 35% au dessus du seuil de la CMUC (10 711 euros pour une personne seule, 22 494 euros pour un foyer de 4 personnes), soit un potentiel de 4,7 millions de personnes, peuvent ainsi accéder au secteur 2 sans dépassement

- s'ajoute aux bénéficiaires de la CMUC et aux actes en urgence qui, en vertu des textes actuels, bénéficient des tarifs opposables

Mise en place de mesures d'accompagnement de cette disposition par l'Assurance maladie :

- Favoriser l'accès au dispositif de l'ACS pour les assurés sociaux remplissant les critères d'éligibilité
- Apporter aux médecins libéraux l'information nécessaire sur leurs patients disposant de l'attestation de droit à l'ACS

3. Revalorisation des tarifs opposables et développement des nouveaux modes de rémunération pour les médecins de secteur 1 et les secteur 2 adhérant au contrat d'accès aux soins

3. Revalorisation des tarifs opposables et développement des nouveaux modes de rémunération

- Une revalorisation régulière des tarifs opposables pour permettre un rééquilibrage **au profit des médecins de secteur 1 et des médecins adhérant au contrat d'accès aux soins** dans le cadre d'évolutions compatibles avec l'ONDAM
- **Convergence vers les tarifs cibles de la CCAM de 2005 en trois étapes : 1er juillet 2013, 1er mars 2014 et 1er janvier 2015 :**
 - Mise au tarif cible des spécialités suivantes: cardiologie (hors cardiologie interventionnelle), chirurgie, dermatologie, endocrinologie, gynécologie et obstétrique, hématologie, neurologie, omnipraticiens, ORL, pédiatres, pneumologie, psychiatrie, médecine physique et de réadaptation, rhumatologie
 - Ces mesures sont autofinancées par des baisses tarifaires de certains actes d'imagerie
- **Revalorisation de l'activité clinique des médecins de secteur 1 et développement des nouveaux modes de rémunération avec :**
 - des consultations longues, à tarif opposable, par le médecin traitant pour améliorer la prise en charge en sortie d'hospitalisation (1er juillet 2013)
 - une rémunération forfaitaire (5 euros par consultation) pour la prise en charge des patients de plus de 80 ans par les médecins traitants et spécialistes (en deux étapes: au 1er juillet 2013 pour les plus de 85 ans et au 1er juillet 2014 pour les plus de 80 ans)
 - un forfait médecin traitant pour les patients hors ALD (5 euros), en lien avec le volet de synthèse médical et compte tenu de l'engagement financier de l'UNOCAM au 1er juillet 2013
 - des consultations facilitées pour avis ponctuel de consultant

4. Modération tarifaire pour l'ensemble des médecins exerçant en secteur 2

4. Modération tarifaire pour l'ensemble des médecins exerçant en secteur 2

- Les médecins s'engagent à modérer leur pratique tarifaire pendant la durée de la convention afin de garantir l'accès aux soins
- Ils fixent et modulent le montant de leurs honoraires à des niveaux permettant l'accès aux soins des assurés sociaux
- Application des tarifs opposables pour les patients disposant de l'attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) outre les situations d'urgence médicale et soins délivrés aux patients bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire
- Un observatoire des pratiques tarifaires est créé avec des représentants des médecins, de l'UNCAM, UNOCAM et des personnalités qualifiées ; il établit un rapport annuel

5. Régulation des dépassements excessifs

5.1 Rappel : Le tact et mesure (1/2)

- Situation financière de l'assuré
- Notoriété du praticien
- Complexité de l'acte réalisé
- Temps consacré à l'acte
- Service rendu au patient

Et

- Montant moyen de dépassements,
- Pourcentage d'actes avec dépassement

(Décret N°2008-1527 du 30 Décembre 2008)

5.1 Rappel : le tact et mesure (2/2)

- Jurisprudence du Conseil d'État
2 à 3 fois le tarif opposable au maximum
(déclaration du 19/05/1993)
- Déclaration de l'ordre des médecins
3 à 4 fois le tarif opposable au maximum
(déclaration du 29/05/2012)

5.2 La notion de Pratique Tarifaire Excessive (PTE) (1/6)

▪ Préambule de l'avenant n°8 :

...Les Commissions Paritaires Régionales (CPR) auront à leur disposition un ensemble de critères au sein desquels le taux de dépassement à 150% du tarif opposable pourra servir de repère.

... adaptation dans certaines zones géographique limitées et ce taux aura vocation à se modérer en cours de convention.

5.2 La notion de Pratique Tarifaire Excessive (PTE) (2/6)

- Définition de critères d'appréciation mesurables de la Pratique Tarifaire Excessive (PTE) :

Le rapport entre la somme des honoraires facturés aux assurés sociaux au-delà des tarifs opposables et la somme des tarifs opposables des soins délivrés par le médecin (taux de dépassement).

5.2 La notion de Pratique Tarifaire Excessive (PTE) (3/6)

- Définition de critères d'appréciation mesurables de la Pratique Tarifaire Excessive (PTE) :

Le taux de croissance annuel du rapport ci-dessus

5.2 La notion de Pratique Tarifaire Excessive (PTE) (4/6)

- Définition de critères d'appréciation mesurables de la Pratique Tarifaire Excessive (PTE) :

La fréquence des actes avec dépassements et la variabilité des honoraires pratiqués.

5.2 La notion de Pratique Tarifaire Excessive (PTE) (5/6)

- Définition de critères d'appréciation mesurables de la Pratique Tarifaire Excessive (PTE) :

Le dépassement moyen annuel par patient.

5.2 La définition d'une Pratique Tarifaire Excessive (PTE)(6/6)

▪ Autres critères d'appréciation

L'appréciation de la pratique tient compte :

- de la fréquence des actes par patient,
- du volume global de l'activité du professionnel de santé,
- du lieu d'implantation du cabinet
- de la spécialité,
- des niveaux d'expertise et de compétence.

5. Régulation des dépassements excessifs

- Création d'une nouvelle procédure de sanction conventionnelle pour « **pratique tarifaire excessive** » des médecins exerçant en secteur 2 ou titulaires du droit à dépassement permanent (DP)
- **Définition de critères d'appréciation mesurables de la pratique tarifaire excessive :**
 - ♦ le rapport entre la somme des honoraires facturés aux assurés sociaux au-delà du tarif opposable et la somme des tarifs opposables des soins délivrés par le médecin (taux de dépassement),
 - ♦ le taux de croissance annuel du rapport ci-dessus,
 - ♦ la fréquence des actes avec dépassements et la variabilité des honoraires pratiqués,
 - ♦ le dépassement moyen annuel par patient

5. Régulation des dépassements excessifs

L'appréciation de la pratique tient compte de la fréquence des actes par patient, du volume global de l'activité du professionnel de santé ainsi que du lieu d'implantation du cabinet et de la spécialité. Elle tient également compte des niveaux d'expertise et de compétence

Dans le préambule du texte, le taux de dépassement de 150 % du tarif opposable est cité comme pouvant servir de repère. Ce taux peut faire l'objet d'adaptation dans certaines zones géographiques limitées et a vocation à diminuer sur la période de la convention



Présentation de l'accord sur les dépassements d'honoraires

*Commission sur l'activité libérale des
praticiens hospitaliers temps plein
Réunion du 10 décembre 2012*

La santé progresse **avec vous**



Pratiques tarifaires excessives

Procédure de sanction conventionnelle

Procédure de sanction conventionnelle

- 1. Rappel des critères d'appréciation**
- 2. Un cadrage national**
- 3. Une mise en œuvre loco-régionale**
 - La phase contradictoire
 - La phase décisionnelle
- 4. Les voies de recours**
- 5. Les sanctions possibles**

Procédure de sanction conventionnelle

1. Rappel : les critères d'appréciation des « pratiques tarifaires excessives »

Article 75 de la Convention :

L'appréciation du caractère excessif de la pratique tarifaire s'effectue au regard de tout ou partie des critères suivants :

- ❖ le taux de dépassement :
somme des dépassements / somme des tarifs opposables,
- ❖ le taux de croissance annuel du taux de dépassement,
- ❖ la fréquence des actes avec dépassements,
- ❖ la variabilité des honoraires pratiqués,
- ❖ le dépassement moyen annuel par patient.

Critères additionnels :

- ❖ Fréquence des actes par patient
- ❖ Volume global d'activité
- ❖ Localisation du cabinet
- ❖ Spécialité du médecin
- ❖ Niveaux d'expertise et de compétence

2. Un cadrage national

- ❖ Le Directeur général de l'UNCAM* définit les **principes de sélection** des médecins susceptibles de relever des pratiques tarifaires excessives.

- ❖ Il recueille **l'avis de la Commission Paritaire Nationale (CPN)** des médecins.
 - La CPN rend son avis dans le délai d'un mois à compter de sa saisine.
(CPN des 20/12/2012 et 17/01/2013).

* Union nationale des caisses d'assurance maladie

3. Une mise en œuvre loco-régionale

Phase contradictoire

- ❖ La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) envoie une **lettre d'avertissement** aux médecins ciblés selon les critères définis par le Directeur Général de l'UNCAM.

↓

- ❖ Si, à l'issue d'un délai de **2 mois**, le médecin n'a pas modifié sa pratique tarifaire, la CPAM lui envoie un **relevé de constatations**.

↓

- ❖ Le médecin a **1 mois** pour présenter des **observations écrites** ou demander un **entretien** avec le Directeur général de la CPAM.

3. Une mise en œuvre loco-régionale

Phase décisionnelle

- ❖ Le cas échéant, la CPAM saisit la **Commission Paritaire Régionale (CPR)** des médecins.

↓

- ❖ La CPR a **2 mois** pour rendre son avis, au regard de la pratique tarifaire des médecins, sur :
 - l'opportunité de la sanction
 - le type de sanction

↓

- ❖ Le Directeur général de la CPAM :
 - soit notifie la sanction au médecin,
 - soit classe le dossier du médecin.

4. Les voies de recours (1/2)

- ❖ Le Directeur général de la CPAM peut faire appel de l'avis de la CPR, en **saisissant la CPN.**
- ❖ Le médecin peut faire appel de la décision du DG CPAM, en **saisissant la CPN.**

4. Les voies de recours (2/2)

- ❖ La Commission Paritaire Nationale saisit pour avis le Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM).
- ❖ Elle rend son avis dans les 2 mois à réception de l'avis du Président du CNOM.

Procédure de sanction conventionnelle

Rappel : composition des Commissions Paritaires Nationale (CPN) et Régionale (CPR) des Médecins :

- ❖ 12 représentants des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux signataires de la convention (6 généralistes et 6 spécialistes).
- ❖ 12 représentants de l'assurance maladie (8 du Régime Général, 2 du Régime agricole, 2 du Régime Social des Indépendants)

5. Les sanctions possibles

- ❖ Suspension du droit de pratiquer des honoraires différents OU du droit permanent à dépassement
- ❖ Déconventionnement

Annexe n° 4 : Contributions des participants au groupe (par ordre chronologique)

Contribution de la conférence des présidents de CME (commissions médicales d'établissements) de CHU (centres hospitaliers universitaires)

Contribution de la conférence nationale des présidents de CME (commissions médicales d'établissements) de CH (centres hospitaliers)

Contribution du collège des directeurs généraux des ARS (Agences régionales de santé)

Contribution du CNOM (Conseil national de l'Ordre des médecins)

Contribution du CISS (Collectif Interassociatif Sur la Santé)

Contribution de la FHF (Fédération hospitalière de France)

Contribution de la conférence des directeurs généraux de CHR&U (centres hospitaliers régionaux et universitaires)

Contribution de la conférence de directeurs de CH (centres hospitaliers)

Activité libérale à l'hôpital public

Contribution de la Conférence des Présidents de CME de CHU

Commission sur l'activité libérale à l'hôpital Séance du 21 Janvier 2013

La conférence des présidents de CME de CHU (CP-CME de CHU) rappelle que l'activité libérale (AL) en secteur hospitalier public est un droit statutaire des praticiens. Il ne saurait être remis en question, sauf à modifier la réglementation en vigueur.

Si les pratiques excessives ou sortant du cadre réglementaire sont condamnables, elles restent extrêmement minoritaires sur le plan national et ne justifient pas une quelconque stigmatisation des praticiens exerçant en secteur hospitalier public.

En tout état de cause la CP-CME de CHU souhaite que les activités libérales en secteur hospitalier public fassent l'objet de la plus grande transparence. A cet effet elle constate que le Code de la Santé Publique offre un arsenal réglementaire déjà potentiellement efficace dont il convient sans doute de préciser et probablement de renforcer certaines modalités.

Ainsi la CP-CME de CHU souhaite que:

- l'aspect contractuel de l'AL en secteur hospitalier public soit nettement affirmé,
- les établissements élaborent des chartes rappelant les devoirs et engagements respectifs des praticiens concernés et des établissements
- ces chartes soient annexées au RI de l'établissement
- le rôle de contrôle des Commissions d'Activité Libérale (CAL) soit renforcé et des moyens leurs soient attribués à cet effet
- les interfaces entre les CAL, la CRUCQ et la CME soient renforcées

Activité libérale à l'hôpital public : quel intérêt ?

Attractivité des carrières

L'activité libérale à l'hôpital public participe au maintien de l'attractivité des carrières médicales hospitalières des spécialistes face aux différences de rémunérations avec le secteur libéral concurrent.

On rappelle que l'ouverture de certaines missions de Service Public (SP) au secteur privé lucratif introduit par la loi HPST représente un risque fort d'affaiblissement de l'attractivité des carrières lorsque enseignement et recherche, accès aux plateaux techniques du plus haut niveau, sont de moins en moins l'exclusivité du SP hospitalo-universitaire. Dès lors, dans ce contexte, les différences de rémunération à qualification identique avec le secteur libéral lucratif ou à but non lucratif est un facteur aggravant de cette baisse d'attractivité.

Retraite des HU

L'activité libérale représente pour un grand nombre de PUPH ou de MCUPH un moyen d'abondement de cotisations pour l'obtention d'une retraite complémentaire en compensation de l'absence ou de la faiblesse des retraites hospitalières. On rappelle que la prime d'exercice public exclusif reste insuffisante à cet effet.

De ce point de vue, on rappelle que les CLCC emploient en service public exclusif les praticiens H et HU avec des salaires fortement majorés (de l'ordre de 30%.) La bonne prise en compte des cotisations sociales et retraite des HU sur la part hospitalière serait probablement de nature à réduire, pour de nombreux praticiens, le recours à l'activité libérale pour cette raison.

Redevance hospitalière : une source de recettes pour l'hôpital

L'activité libérale des praticiens représente une source de revenus non négligeable pour les établissements (70 M€/an). En contrepartie, ceux-ci mettent théoriquement leur logistique au service de l'activité réalisée. Force est de constater que dans la plupart des cas, l'administration hospitalière ne met à disposition que l'organisation logistique existante sans que le caractère libéral de l'activité réalisée ne modifie réellement la prestation (pas de moyens supplémentaires, financés par la redevance, mis au service des praticiens concernés).

La CP-CME de CHU plaide pour le **maintien du libre choix du praticien en ce qui concerne la perception des honoraires** dans la mesure où les prestations logistiques ne sont pas améliorées (horaires d'ouverture, attente aux caisses etc). Ce point doit apparaître spécifiquement dans les engagements contractuels entre le praticien et l'établissement (contrat d'activité libérale).

Activité libérale à l'hôpital public : le droit des usagers

L'accès au secteur libéral à l'hôpital public doit résulter d'un libre choix du patient (CSP). Cette notion essentielle suppose donc que le patient ait la possibilité d'obtenir une prise en charge équivalente en activité publique.

En général les principaux critères qui guident les patients vers l'activité libérale sont :

- l'assurance d'avoir accès au praticien de son choix (renommée, compétence...),
- l'accès à une compétence ou à une technique très spécifique
- la recherche d'une attention plus particulière (qualité des soins ?),
- la recherche d'une relation singulière plus forte
- des délais plus courts

Il est évident qu'en dehors de l'accès au praticien de son choix, ces motivations ne sont pas cohérentes avec l'obligation faite au praticien d'offrir l'exacte même prestation au patient en activité publique et en activité libérale.

Le maintien de l'activité libérale nécessite donc de revenir à la notion d'équipe médicale.

L'égalité d'accès aux soins et de qualité des soins doit être assurée au niveau de **l'équipe médicale** (service, unité) qui doit offrir une prestation de qualité à tous.

L'offre doit alors être assurée par des **praticiens seniors de compétence identique**. Cette offre doit relever d'un engagement contractuel du praticien concerné, de son chef de pôle et de son chef de service s'il ne s'agit pas de la même personne. Il doit clairement apparaître dans le contrat d'activité libérale et faire l'objet d'une validation par la CME, responsable de l'organisation des soins.

Concernant la prise de rendez vous, un **délai maximum admissible** devrait être établi pour les consultations privées et publiques pour le même praticien. Ce délai doit être intégré au contrat d'activité libérale.

Le tact, la mesure et le contrat

La notion de tact et de mesure doit être définie avec précision dans le cadre de l'avenant 8 à la Convention et approuvé par le CNOM. C'est bien son manque de précision qui a laissé cours aux dérives les plus graves.

Cette notion doit être intégrée au **contrat d'activité libérale** qui doit comporter :

- la nature des prestations,
- le tarif maximum des prestations pour le secteur II
- l'engagement à l'information des patients (information sur le tarif, le RAC et interrogation du patient sur son accès à un remboursement complémentaire)
- l'engagement à offrir l'égalité d'accès pour les bénéficiaires de la CMU et de l'AME
- l'offre de prestations à TO pour les patients sans couverture sociale suffisante
- les moyens mis en œuvre par l'établissement pour la réalisation de l'activité libérale
- le taux de redevance
- les modalités de contrôle et les sanctions éventuelles

Le contrat doit engager le praticien sur ces aspects réglementaires, il pourrait présenter un caractère opposable

Il doit comporter en outre les modalités de fonctionnement au sein de l'équipe pour offrir l'égalité d'accès aux soins. Il doit donc engager aussi le chef de service/pôle et la CME qui doit l'approuver.

L'activité et le temps d'activité

Le temps consacré à l'activité libérale :

Il ne doit pas excéder 20% du temps total d'activité hospitalière. La base des deux demi-journées pourrait être revue dans la mesure où elle s'applique mal aux HU et où certains actes réalisés nécessitent parfois d'être fractionnés dans le temps. Il pourrait donc être calculé à partir du temps effectif et non pas exclusivement en demi-journées. En tout état de cause la CP-CME de CHU est favorable à une définition claire du temps de travail à l'hôpital.

La part d'activité :

Elle doit rester inférieure à l'activité publique comparable. Les indicateurs d'activité publics et privés doivent être clairement définis et tracés.
La nature des actes doit être précisée dans le contrat.

Le contrôle et la sanction

La nécessité de transparence doit être clairement affirmée.

La Charte et le Règlement intérieur :

Les établissements devraient mettre en place une charte qui précise les modalités de contractualisation de l'activité libérale entre les praticiens et l'établissement. Cette charte doit aussi définir l'organisation interne des CAL (en particulier dans les 3 AP), les moyens dévolus et les missions affectées.

La charte doit préciser les sanctions internes qui peuvent éventuellement être retenues ainsi que les engagements de l'établissement à soutenir l'activité dans le cadre contractuel prédéfini. Elle doit être établie par la président de la CME, le Directeur général de l'établissement et le président de la CAL. Elle doit être adoptée par la CME et doit être annexée au RI de l'établissement.

Les Commissions d'activités libérales (CAL) :

La CP-CME de CHU souhaite voir leur rôle renforcé.

Elle doivent remplir leur rôle de contrôle individuel (SNIR) mais aussi pouvoir mener des missions d'enquêtes et de contrôle. A cet effet des moyens logistiques doivent leur être attribués par l'établissement.

Ce rôle et ces moyens doivent apparaître dans la charte constitutive de l'activité libérale de l'établissement et annexée au RI de l'établissement.

Le RI de l'établissement doit préciser aussi (via la charte) les modalités de fonctionnement des CAL

La CAL doit avoir les moyens de vérifier la bonne réalisation du contrat d'activité libérale (égalité d'accès aux soins, délais etc....). Elle doit saisir le président de la CME et le Directeur Général de l'établissement des procédures de contrôle et des propositions de sanction éventuelles en cas de dysfonctionnement caractérisé.

En cas de désaccord elle doit pouvoir saisir, conformément à la réglementation, directement le DG ARS.

La CAL peut être saisie par la CME (président).

La CP-CME de CHU souhaite que le rapport annuel de la CAL soit présenté en CME plénière.

Il apparaît aussi nécessaire que des rapports infra annuels (au moins semestriels) soient adressés au président de la CME par le président de la CAL. Ces rapports infra annuels doivent pouvoir comporter tous les éléments informatifs y compris nominatifs utiles et les éléments de bon respect du contrat d'activité libérale.

L'avenant 8, les dépassements et le secteur II :

L'application des tarifs opposables en **secteur I** à l'hôpital s'inscrit dans la démarche globale d'activité libérale et est soumise aux règles générales décrite plus haut.

L'avenant 8 fixe les règles de dépassement d'honoraire en secteur II, le contrat d'accès au soin et les éventuelles sanctions applicables par la CAM.

Pour ce qui concerne les CHU on insistera sur les particularités de l'activité libérale à l'hôpital par rapport à l'activité libérale de ville dans les critères d'appréciation que devraient retenir les CPAM :

- limitation à 20 % du temps de travail (alors qu'il n'y a pas de limitation en ville),

- obligation d'effectuer une majorité des actes dans le cadre de l'activité publique (exigence absente de la pratique de ville).

- par leur formation et leurs fonctions les médecins hospitaliers, en particulier les universitaires, ont des compétences et un savoir technique particulier, reconnu non seulement par leurs titres et leurs travaux, mais également par la nomenclature puisqu'ils peuvent bénéficier dans certaines conditions d'une tarification plus élevées que celle de leur confrères de ville (C2, C3). Cette possibilité de tarification supérieure liée à la compétence et à l'expertise des

hospitaliers devrait pouvoir être élargie et limite ainsi les dépassements d'honoraires abusifs

Rôles des commissions paritaires régionales :

La CP-CME de CHU souhaite voir leur rôle clairement défini, en particulier par rapport aux représentations du COM. La participation du CO aux commissions paritaires, ainsi que celle des praticiens impliqués dans l'activité libérale en hôpital public est hautement souhaitable pour de raisons évidentes de transparence et d'équité de traitement.

CONTRIBUTION DE LA CONFERENCE NATIONALE DES PRESIDENTS DE CME DE CH A LA COMMISSION D'ACTIVITE LIBERALE

1 - ELEMENTS PRELIMINAIRES :

- La Conférence rappelle son attachement au maintien d'une activité libérale dans les Centres Hospitaliers publics et que cette possibilité est statutaire.
- L'accès à cette activité libérale est un facteur d'attractivité en regard d'une démographie médicale de plus en plus difficile. Par ailleurs, pour les activités concurrentielles avec le privé, il s'agit d'une rémunération complémentaire rendant plus acceptable le différentiel, en regard de celui des médecins libéraux, pour des praticiens ayant le même cursus et les mêmes responsabilités.
- Il est également reconnu que pour les praticiens pouvant effectuer une activité libérale, celle-ci engendre un facteur de dynamisme pour l'hôpital.
- Si l'on devait évoquer un principe d'égalité pour les praticiens, les différents systèmes existant légalement à l'intérieur de l'hôpital engendrent déjà par eux-mêmes des inégalités de rémunération et de pénibilité.

2 - PLACE DE L'ACTIVITE LIBERALE DANS LES CENTRES HOSPITALIERS NON UNIVERSITAIRES :

- 11% des praticiens ont une activité libérale. D'une manière globale, 80 % exercent en secteur 1. Le taux de médecins publics pratiquant un dépassement d'honoraire est de 0.83 %.
- Une spécificité, dans le contexte des Centres Hospitaliers Non Universitaires, est une proportion de praticiens encore plus élevée exerçant en secteur 1 et une très faible proportion présentant des dépassements d'honoraires.
- Ceci nous amène à conclure, que dans nos hôpitaux, l'accès égalitaire aux soins n'est pas menacé par l'exercice d'une activité libérale lorsque celle-ci est exercée dans le cadre de la loi (mais peut-être par d'autres facteurs qu'il faudrait aussi prendre en compte dans d'autres cénacles).

3 - CONTROLE (EN L'ETAT ACTUEL) DE L'ACTIVITE LIBERALE :

- Les textes réglementaires élaborés au cours de ces 10 dernières années (décrets et circulaires d'applications) comportent déjà de très nombreux éléments qui devraient permettre un contrôle très approprié dans l'établissement à condition que la commission soit proactive. Les usagers ont même été, relativement récemment, intégrés dans la CAL.
- On peut rappeler qu'il existe en sus un contrôle croisé possible entre les bilans d'activités élaborés par les caisses (SNIR) et les déclarations de l'établissement, ainsi qu'un contrôle régulier des Cours des Comptes Régionales qui est adressé aux Directions des Etablissements et à l'ARS.
- Il n'apparaît donc pas opportun que l'ajout de mesures inadéquates rende ingérable l'exercice de cette activité.
- En ce qui concerne les dépassements d'honoraires, le terme de « tact et mesure » figure depuis fort longtemps dans les textes et il peut paraître regrettable qu'aucune institution, depuis, n'ait déterminé ce qu'intégrait ce terme.

4 - PROPOSITIONS :

- Perception des honoraires par l'établissement mais avec la nécessité d'une mise en place organisationnelle permettant un déroulement satisfaisant de l'activité (à titre d'exemple, fermeture de la Régie à 17h00).
- Si un médecin préside la commission d'activité libérale celui-ci ne devra pas exercer cette activité.
- Assurer la transparence du bilan annuel de la commission en présentant celui-ci, pour avis, en CME, Directoire et Conseil de Surveillance.
- Pour les dépassements d'honoraires : se conformer à ce qui a été élaboré dans l'avenant n°8.
- Elaboration d'une charte de l'activité libérale dans chaque établissement à valider par le praticien avec son contrat ? (sous réserve du caractère légal d'un tel document).
- Rôle du Chef de Pôle (?) (via les tableaux de services) mais en soulignant la nécessité de moyens négociés dans le contrat de pôle afin de faire face aux attributions de ce type qui se multiplient.
- Réunion de la CAL 2 fois par an afin d'associer un aspect préventif à sa mission et non pas seulement répressif.
- Rappeler que le Président de CME doit être informé des constatations et des délibérations de la CAL.

Le 05 février 2013

Activité libérale à l'hôpital public

Contribution du collège des DG d'ARS

L'activité libérale à l'hôpital est régulièrement mise en cause, et fait également l'objet d'une médiatisation régulière.

Même si les pratiques excessives ne concernent qu'une proportion très minoritaire de praticiens, leur mise en exergue retentit sur l'ensemble des professionnels exerçant ce type d'activité et nuit à une vision et donc un traitement responsable du dossier dans sa globalité.

Les sujets qui font remettre en cause cette activité en dehors de position de principe sur l'exercice libéral à l'hôpital public sont, pour nos concitoyens, essentiellement liés au montant des dépassements, et à la préférence faite en termes de délai pour accéder aux soins entre les patients s'adressant au service public à ce titre ou au titre de l'activité libérale.

Madame Dominique LAURENT, Présidente de la Commission, nous a fait lecture de la lettre de mission qui lui a été confiée par la Ministre, sollicitant un avis sur les conditions dans lesquelles s'exerçait cette activité, et non sur la légitimité du maintien de ce type d'activité.

Toutefois, sur le principe, le collège des DG ARS souhaite s'exprimer pour estimer nécessaire le maintien de l'activité libérale dans les centres hospitaliers et centres hospitaliers universitaires **sous réserve du maintien du principe qui veut qu'il s'agisse d'une activité annexe** pour les motifs suivants :

- ~ facteur d'attractivité du service public puis de fidélisation des personnels
- ~ amélioration des conditions de rémunération par rapport à l'activité libérale « exercée en ville » en particulier pour certaines spécialités, ou par rapport à d'autres statuts en établissement de santé et de ce fait :
- ~ maintien dans le Service Public de compétences et notamment de compétences de recours,
- ~ même si pour les activités modestes, les charges de l'exercice dépassent parfois les revenus,
- ~ les médecins qui exercent une activité libérale à l'hôpital font pour certains d'entre eux la renommée de l'hôpital public
- ~ ils ont une importante activité publique et assurent ainsi une dynamique d'accès à l'hôpital public.

Cette contribution sur l'activité libérale concerne les PU-PH et les PH, dans le cadre d'intérêts et de dispositions équivalentes.

Le collège juge également nécessaire une amélioration des conditions organisationnelles dans lesquelles cette activité est dispensée pour faire en sorte de répondre aux légitimes revendications des usagers, des gestionnaires d'établissement et des tutelles.

Sans être exhaustif sur les problèmes générés, répondre à cette attente d'égal accès aux soins en termes de délais et de montant de financement nécessite d'examiner :

- La pertinence des règles actuelles concernant les critères d'autorisation, l'organisation de l'activité,
- Le contrôle de l'application de ces règles dont la transparence notamment de l'information pour permettre un libre choix pour l'utilisateur,
- Les dispositifs de sanction pour non application des règles et du contrat, le cas échéant.

1/ La pertinence des dispositions actuelles d'autorisation

Le collège se prononce sur :

- Maintien de la possibilité d'activité libérale pour les professionnels actuellement concernés, **sans extension**
- Même difficile à contrôler, le critère **de volume** (maximum 50% entre activité publique et libérale) **est acceptable et doit être maintenu. Toutefois, il faudrait préciser dans la réglementation ce qui permet d'apprécier le volume.**
Il s'agit au moins d'un repère en attendant d'en améliorer les conditions d'application.
- Le critère de temps (deux demi-journées) est difficile à appliquer.
Il faut indiquer que pour ce qui concerne les PU-PH, le calcul est réalisé non pas sur le temps PH mais sur la totalité du temps PU-PH, sans que le temps PU ne soit exactement évalué. Malgré cela, l'activité libérale leur est maintenue à deux demi-journées.
- Le contrat doit être clair sur les engagements, même s'il s'agit d'une reprise de la réglementation. Pourrait y être ajouté comme préconisé par les DG CHU **l'obligation de la mention sur les tableaux de services**, pour une meilleure organisation interne et information du public en demande de rendez-vous.
- Il importe de favoriser **la mise en place de chartes et de règles de bonnes pratiques** qui permettent un autocontrôle et une autorégulation par la communauté médicale avant que ces fonctions ne soient exercées par d'autres. Ces documents pourraient être comme proposé par la Conférence des Présidents de CME **annexés au règlement intérieur de l'établissement**. Les avis sont partagés sur le fait que ce document pourrait faire apparaître la possibilité ou non pour le praticien de **percevoir directement ses honoraires**, avec ce que cela entend en terme d'organisation pour que soit assurée leur déclaration vis-à-vis de l'établissement.

- L'information sur les tarifs pratiqués et la remise de devis doivent être généralisés et cela dès la prise de RV pour ce qui concerne les consultations.

- Compte tenu de la spécificité des activités, **une option pourrait être que le praticien signe un contrat plus complet quant aux engagements qui seraient les siens. On pourrait imaginer l'existence d'un contrat type commun à tous les professionnels exerçant une activité libérale, prévu au niveau national, avec mention de règles communes, comme actuellement signé par le DG ARS, et une annexe spécifique déclinant les activités, les demi-journées, les conditions d'exercice particulières et tout autre élément jugé utile en interne au niveau de l'établissement, cette annexe n'étant signée que par le Président de la CME avec signature du Directeur de l'établissement et le praticien. Bien que non signé par le DG ARS, cette annexe doit être portée à sa connaissance à la demande (notion d'instance régionale au niveau de l'ARS), et doit être transmise dans les mêmes conditions à la CAL.**

2/ Le contrôle de l'application de ces règles :

En accord sur ce point avec la plupart des participants et notamment la contribution des DG de CHU, le collège des DG ARS estime que ce contrôle est actuellement peu efficient et qu'il doit le devenir.

Le caractère limitatif en durée et en volume :

Prévue à 20% de la durée du service public hebdomadaire ce critère n'est pas vérifiable, la durée des demi-journées pouvant elle aussi être variable.

La proportion d'actes réalisés dans l'un ou l'autre des secteurs est difficile voire impossible à comparer compte tenu de la difficulté à disposer d'un décompte exact des actes réalisés dans le secteur public. En effet, hormis les consultations, les actes relèvent souvent d'un travail d'équipe, d'un travail de formation en CHU, de ce fait réalisé par un autre praticien ou interne par délégation d'un senior, en tout ou partie. Il faudrait donc imaginer comment qualifier le fait qu'il s'agit du praticien « principal » et qu'il a bien réalisé « la totalité » de l'acte pour que ce dernier puisse être comptabilisé au titre du service public pour ce même praticien ... Par ailleurs, l'identification des auteurs des actes dans les systèmes d'information n'existe pas à ce jour, ou du moins pas de manière généralisée.

L'obligation à limiter l'activité libérale sur ces deux créneaux de présence est parfois difficile et en contradiction avec l'organisation plus générale du service comme l'exemple fourni des actes interventionnels.

L'intérêt du critère temps est plutôt organisationnel, les personnels ayant ainsi connaissance des créneaux affectés à l'une ou l'autre des activités, mais il est difficile voire impossible à contrôler, et il ne paraît pas logique de faire de la durée d'une vacation une obligation de temps maximum.

En effet, certaines vacations de consultation peuvent se prolonger éventuellement en soirée, et des prévisions d'utilisation d'un bloc peuvent ponctuellement dépasser le temps habituellement prévu.

Aussi, pour autant que le contrôle de l'activité en volume soit de bonne qualité, certains pensent que le critère temps pourrait être abandonné.

Cette hypothèse nécessite que **soit rendue possible et de bonne qualité la traçabilité de l'activité des professionnels dans les hôpitaux et cela même si la complexité est importante.**

Sans négliger les difficultés importantes que cette option pose :

- * un sujet technique de lourdeur des systèmes d'information,

- * de complexité des règles d'affectation,

- * mais aussi et surtout de difficultés qui pourraient prendre un relief compétitif entre professionnels pour affecter les actes ou autres activités, préjudiciables à la bonne marche en équipe,

Le collège pense toutefois que ce sujet deviendra incontournable un jour ou l'autre pour répondre aux obligations de responsabilité de chaque praticien hospitalier : pertinence des indications, des prescriptions, gestion du risque, gestion des risques et application de contrats de bonnes pratiques ... Par ailleurs, comme indiqué par les DG de CHU il faut tenir compte de l'intérêt pour l'élaboration du « livret de l'interne » ou pour mieux anticiper les évolutions par nature d'actes et la prospective des effectifs...

Ainsi, ce sujet qui pose problème aujourd'hui dans le cadre de l'affectation des prescriptions à un prescripteur à l'hôpital (médicaments prescrits à l'hôpital et délivrés en ville...) devra être résolu ;

Le collège est favorable à un examen de la réalité et à une évaluation des difficultés et lourdeurs versus intérêt de ce dispositif.

L'égal accès aux soins :

Cette obligation, à juste titre sensible pour les usagers, exige un traitement identique pour quiconque se présente dans l'établissement. Il importe donc de s'assurer que le praticien qui exerce en partie un exercice libéral puisse se consacrer à chacun d'entre eux dans les mêmes délais, avec la même attention...

Ce point est particulièrement important lorsqu'il s'agit d'une consultation de recours, voire de recours exceptionnel basé sur la particulière compétence du praticien, qui elle-même d'ailleurs légitime pour certains le montant du dépassement. **Il est difficile d'entendre que « l'égalité d'accès aux soins et de qualité des soins est assurée au niveau de l'équipe médicale »** ce qui pourrait laisser penser que l'un des seniors s'exonère de répondre à ses obligations dans ce domaine, puisque les autres seniors y pourvoient. Reste l'éventualité où plusieurs des seniors d'une même équipe feraient ce choix ...

Même si au cours des débats, certains participants ont estimé qu'il n'était pas possible d'assurer l'égalité en termes de délai, et qu'il n'est pas possible non plus pour le praticien de se consacrer systématiquement à part égale au service des malades du secteur public et du secteur privé, et que, de ce fait, la seule solution se trouve dans la notion d'équipe, inscrire **cette notion comme une évidence et en faire une référence n'est pas souhaitable.** Ce serait nier les règles et déresponsabiliser le professionnel.

Par ailleurs, le contrat d'exercice libéral lui est personnel et ne doit pas engager les autres membres de l'équipe, au risque de créer des conflits.

Il appartiendra aux Commissions de gérer ce sujet, le cas échéant, lors de l'examen des cas particuliers.

Enfin, caractériser le délai minimum admissible pour les consultations publiques d'une part, et pour les consultations privées d'autre part, pourrait être également considéré comme de fait une rupture d'égalité.

Enfin, **la neutralité dans l'orientation des patients par les secrétariats, et l'absence de lits réservés doit faire partie du contrat, de la charte ...**

La transparence :

Des contrôles portant notamment sur l'information fournie aux patients, et à leur totale information **pourraient être réalisés par la Commission de l'activité libérale en lien avec le directeur de l'établissement, le Président de la CME et sur la base d'une méthode ne stigmatisant pas (enquêtes de satisfaction ...).**

Le caractère adapté du montant du dépassement :

Actuellement, le contrôle du montant du dépassement s'inscrit soit dans le cadre de l'avenant N°8 de la Convention nationale des médecins pour ce qui concerne les pratiques tarifaires excessives, soit par l'appréciation du Conseil de l'Ordre sur le « tact et mesure ».

Le caractère excessif des pratiques tarifaires est jugé sur le taux de dépassement avec un repère à 150% (qui a vocation à baisser et qui favorise les actes lourds), sur la base de l'évolution du taux de croissance annuelle de dépassement, de la fréquence des actes avec dépassement, de la variabilité des honoraires, du dépassement moyen annuel par patient.

L'application des sanctions prévues par l'avenant N° 8 est réglementaire, et pour autant qu'un avis puisse être formulé, considérée comme valide également pour les praticiens hospitaliers.

En cas de perception d'honoraires manifestement excessifs, le Président de la commission locale d'activité libérale aurait l'obligation d'en informer le Conseil de l'Ordre, l'Assurance Maladie et l'instance régionale de l'ARS.

L'application systématique du C3 a été évoquée comme de nature à régler une bonne part des difficultés. Mis en évidence lors des débats la capacité à limiter exclusivement au rôle de consultant et non de suivi n'est pas à négliger.

Pour autant, ce sujet relève de l'Assurance Maladie et doit faire l'objet d'une évaluation portant **sur l'impact notamment en nombre de professionnels susceptibles d'être concernés et donc sur l'impact économique. En l'absence de cette évaluation, le collège ne souhaite pas se prononcer.**

Les instances de contrôle :

Les instances prévues par l'avenant 8 de la convention nationale

Certains pensent que c'est en fait la question plus globale de l'application de la convention nationale aux praticiens hospitaliers qui pourrait se poser.

En effet, d'une part, l'activité libérale à l'hôpital n'est pas de même nature que l'activité libérale "de ville" : elle se fait dans les locaux d'un établissement public, avec des personnels de statut public, avec l'utilisation d'équipements dont l'investissement est assuré par l'hôpital...

D'autre part, c'est le DG ARS qui autorise l'activité libérale et signe le contrat d'engagement alors que le praticien peut se voir suspendu du droit de pratiquer des honoraires différents ou du droit à dépassement, voire se trouver déconventionné sans que le DG ARS n'ait eu à donner un quelconque avis.

Les dispositions prévues par l'avenant N° 8 en matière de pratiques et de sanctions doivent être identiques pour les deux secteurs.

On pourrait toutefois imaginer que les commissions soient modifiées dans leur composition et que la représentation des médecins à exercice libéral hospitalier soit prévu. On pourrait également proposer que les réunions des commissions prévues dans le cadre de l'avenant 8 se tiennent de manière spécifique pour l'activité hospitalière ou celle concernant la pratique libérale de "ville".

Ce point pose par ailleurs la question du **montant de la redevance**, qui dans le secteur privé commercial correspond à la réalité des coûts induits par l'établissement pour les prestations qu'il offre au praticien. Il serait intéressant de faire une étude (pour autant que cela n'existe pas d'ores et déjà) pour s'assurer que les montant de redevances correspondent ou non à cette acception.

Le montant des honoraires perçus directement par le praticien doit être déclaré au plus tard dans un délai de trois mois pour permettre le paiement trimestriel de la redevance. L'art R 6154-3 est à préciser sur ce point du délai de déclaration.

la Commission d'Activité Libérale

Quant à sa composition, **la participation du Président de la CME serait utile**, ceci d'autant qu'il intervient dans la signature de la charte ou le cas échéant de l'annexe au contrat.

Le rôle de cette commission, interne à l'établissement et qui donne place aux usagers (parfois même la présidence est assurée par un usager) doit être maintenue, et force doit lui être donnée, car dans l'évolution règlementaire entre l'AM et le CO, cette instance pourrait être considérée comme moins importante, voire venant en conflit avec les instances évoquées ci-dessus.

On comprend que la CAL est chargée en interne à l'établissement de s'assurer de la bonne application des règles, de la charte lorsqu'elle existe, des contrats, et **l'établissement doit lui donner les moyens nécessaires à ces missions**. Mais quid du montant des dépassements d'honoraires qui relève soit de l'AM soit du CO.

Il importe donc de retenir son **rôle de connaissance et d'anticipation sur** la pratique libérale dans l'établissement.

Par ailleurs, son information devrait être systématique, son rôle d'avis maintenu auprès du CO comme de l'AM, ainsi que son droit de saisine.

Quoi qu'il en soit, l'articulation entre ces instances devra être précisée ne serait ce que pour une meilleure visibilité.

Les instances du Conseil de l'ordre

Compétent sur l'application du « tact et de la mesure », et même si la définition en est particulièrement difficile, son rôle reste fondamental au regard de certaines activités de dépassement ponctuelles mais inadmissibles.

La place des ARS

Certains pensent qu'un représentant des ARS siège à la CAL avec un avis consultatif sur tous les points à l'ordre du jour en sorte de ne pas mettre le DG en difficulté lors de sa décision. Ainsi se trouve réglée la question de la décision de sanction par le DG ARS, par rapport à la position de son représentant.

Toutefois, il est plutôt préconisé qu'il n'y ait **plus de représentant de l'ARS dans les CAL**.

Sans être favorable à une "réunionite" préjudiciable, il sera alors nécessaire de créer une **instance régionale au niveau de l'ARS**. Cette Commission qui se réunirait au maximum 2 ou 3 fois par an serait composée de l'AM, d'une émanation des diverses CAL, du CO, de l'ARS.

Ainsi seraient suivies les alertes faites dans les CAL, portée l'information sur ce qui se passe dans les travaux et Commissions de l'avenant N° 8, donné un avis lors d'échanges entre les membres pour la prise de décisions de sanctions. Dans l'hypothèse où serait rejetée l'idée d'un représentant de l'ARS dans les commissions régionales de l'avenant 8, ce serait le lieu d'information de l'ARS par l'AM.

Cette instance régionale examinerait le nombre et les spécialités des professionnels concernés, l'évolution de l'activité concernée(observatoire ?).

Ces données pourraient être analysées par rapport aux données d'autres ARS et/ou au regard des éléments socio-économiques, de l'activité développées dans le secteur libéral de ville ...

Groupe de travail sur l'activité libérale à l'hôpital public

Synthèse de la présentation du Docteur Michel LEGMANN du lundi 4 février 2013

1. Maintien du statut actuel des PU-PH et des PH concernant la possibilité d'un secteur d'activité libérale.
2. Respect
 - a. des règles concernant ce secteur d'activité, notamment 20 % du temps.
 - b. des délais pour les rendez-vous, avec veille à l'accessibilité dans les meilleures conditions possibles sans disparité manifeste entre les deux secteurs (privé et public)
 - c. affichage de la fourchette des honoraires pour les 5 actes les plus courants de la discipline pour les patients optant pour le secteur privé.
3. Amélioration de la composition des CAL (Commission de contrôle de l'activité libérale), avec accès à un représentant des patients.
4. Modification du rythme d'activité dans les contrôles effectués par les CAL avec, si possible, des réunions trimestrielles.
5. Ouverture des CAL vers les conseils départementaux de l'Ordre. Le représentant ordinal dans les CAL pouvant informer son conseil départemental d'un comportement éventuellement sanctionnable du praticien. Ce dernier pouvant être amené à s'expliquer devant le conseil départemental ou encore bénéficier d'une éventuelle conciliation avant sanction dans le cadre d'une conduite péjorative persistante.



L'exercice libéral de la médecine à l'hôpital public

Positions du CISS

4 février 2013

L'activité libérale à l'hôpital public est un héritage qu'il est devenu difficile de comprendre aujourd'hui même si selon certains, son existence, selon certains, permettrait aux hôpitaux de capter et de fidéliser certains praticiens.

Cette situation, où cohabitent au sein de la même structure hospitalière, des praticiens exclusivement salariés et d'autres exerçant tantôt dans un cadre public, sans avance de frais, tantôt dans un cadre libéral avec, pour un tiers des cas, des dépassements d'honoraires et ce qui est induit, notamment les délais écourtés, ne se justifie pas du point de vue du patient.

En effet, lorsqu'un usager passe la porte d'un établissement public de santé, il ne s'attend pas nécessairement à pouvoir être dirigé vers une enclave libérale où les excès sont malheureusement peu, voire pas contrôlés et quasiment jamais sanctionnés. Ce que nous considérons comme une « aberration » altère la notion de service public, fondement social des établissements publics de santé et constitue une forme d'injustice en ce qu'elle peut représenter un système de coupe-file. Par ailleurs, elle est source de dysfonctionnements dans l'organisation des soins.

1. L'activité libérale à l'hôpital est-elle un épiphénomène ?

Il convient de rappeler quelques chiffres. Sur un total de quelque 45 000 praticiens exerçant à l'hôpital public, seuls 4 524 y exercent une activité privée (soit 10%). Et parmi eux, 1 800 relèvent du secteur 2 et peuvent ainsi fixer librement leurs honoraires pour la part d'activité libérale autorisée, soit 1 tiers.

Rappelons que 42,5% des médecins en activité régulière sont salariés (soit environ 85 000 médecins (sur environ 200 000)... (chiffre CNOM 2012).

Si l'activité libérale concerne donc une portion très limitée des praticiens hospitaliers, elle ne constitue toutefois pas un épiphénomène. Son existence même interroge. On peut en effet se poser la question de la légitimité de l'activité libérale au sein des établissements publics de santé. Les raisons qui ont sous-tendu sa création, à savoir, pour l'essentiel, un défaut de prise en compte des émoluments hospitaliers dans le calcul des droits à la retraite des PU-PH, sont-elles aujourd'hui encore valables ?

Rien n'est moins sûr compte tenu de l'évolution du droit à la retraite des praticiens hospitaliers, notamment depuis 2005.

En outre, si les praticiens hospitaliers pratiquant une partie de leur activité en libéral représentent une minorité, les dépassements d'honoraires facturés par ceux qui l'exercent en secteur 2 ont atteint plus de 65 millions d'euros en 2011.

Peu de praticiens exercent en secteur 2 à l'hôpital public, mais le taux de leurs dépassements est en moyenne deux fois plus élevé que celui de leurs confrères exerçant dans les établissements privés (rapport IGAS 2007)

Ainsi le taux de dépassement d'honoraires à l'hôpital est de 98,5% pour l'ensemble des disciplines en secteur 2. Il s'élève à environ 140% sur une quarantaine d'actes selon une enquête de 60 millions de consommateurs.

En 2009, pour exemple, la redevance versée par les praticiens exerçant une activité libérale au CHU de Nice s'élevait à 20 000 euros par praticien.

L'activité libérale à l'hôpital n'est donc pas un épiphénomène.

2. L'activité libérale génère-t-elle des inégalités d'accès aux soins ?

L'activité libérale à l'hôpital pourrait éventuellement être admise par tous si ses modalités ne venaient pas causer préjudice aux usagers. Autrement dit, si l'activité libérale des uns ne freinait pas l'accès aux soins des autres, elle ne serait pas aujourd'hui au cœur du débat.

Force est de constater que l'activité libérale à l'hôpital ne répond pas à un objectif de santé publique. Sa raison d'être se situe en grande partie sur le plan de la rémunération de praticiens qui pourraient menacer de quitter les établissements publics si cet avantage n'était pas maintenu.

Dans ces conditions, comment pourrait-elle se justifier du point de vue des usagers ?

La question des délais écourtés comme celles des conditions d'accueil ne sauraient être mise en avant au risque d'institutionnaliser une médecine qui pourrait être qualifiée de « premium » au bénéfice de ceux qui peuvent avancer les frais médicaux et au détriment de ceux qui ne le peuvent pas.

Autre constat : le temps de l'activité libérale prive les usagers du secteur public d'un temps médical équivalent.

Ce temps mobilise des ressources susceptibles d'être déportées d'un problème prioritaire de santé vers une prise en charge moins importante, notamment s'agissant des programmes opératoires.

3. Alors faut-il supprimer l'activité libérale ?

Tout ce qui a été dit précédemment milite globalement pour la suppression de l'activité libérale à l'hôpital.

Cette piste présente en effet l'avantage de faire disparaître toute discrimination dans les délais pour l'accès aux soins.

Elle accrédirait en outre l'attachement de tous à un service hospitalier public fort et l'adhésion à des valeurs partagées.

Une telle proposition ne manquerait pas de déchaîner la mobilisation des professionnels de santé concernés qui, une nouvelle fois, se sentiraient stigmatisés et injustement pris pour cible par des associations d'usagers militantes alors que ce n'est pas là notre préoccupation.

Nous, les associations du CISS, nous faisons le pari que le pôle d'excellence où s'exercent la recherche, l'enseignement et les spécialités médicales les plus complexes, avec des équipes et des équipements de très haut niveau resteraient attractif pour bon nombre de praticiens qui ont la fierté de leur métier chevillé au corps.

Nous sommes donc pour l'ensemble de ces raisons globalement favorables à la suppression de l'activité libérale à l'hôpital public, moyennant une période de transition (à définir) et la mise en place de nouvelles mesures renforçant l'attractivité de l'hôpital.

4. Une solution de compromis : le maintien de l'activité libérale sous conditions

Si l'activité libérale à l'hôpital devait perdurer pour diverses raisons, qui ne pourraient être que politiques, elle ne devrait, selon nous, pouvoir s'exercer que sous les conditions suivantes :

- La nécessaire égalisation des délais d'attente. Sur ce point, il a été répété au sein de cette commission que cet objectif ne pourrait techniquement être atteint. Les différences de délais de prise en charge sont intrinsèques à l'existence d'une double entrée à l'hôpital et sont même, comme nous l'avons

dit, avancées par les secrétariats médicaux pour orienter les usagers vers l'une ou l'autre de ces deux filières.

La réduction des délais d'attente est un enjeu pour les patients et l'exploitation de l'« urgence ressentie » n'est pas acceptable selon le CISS.

A tout le moins, si les délais ne peuvent être compressés pour des raisons organisationnelles qui ne sont pas à l'ordre du jour de la commission, la réduction des écarts entre l'accueil en libéral et l'accueil dans le cadre du service public doit être une priorité. Le contrôle de ces écarts de délais relève de la compétence des directeurs d'établissement, garants de l'égalité d'accès aux soins.

- Un contrôle accru du temps consacré à l'activité libérale et des sanctions en cas de violation des règles (point essentiel)

- l'Interdiction de facturer des dépassements d'honoraires et, sous cette réserve, la dispense d'avance de frais.

Le CISS pourrait soutenir une revendication pour la redéfinition tarifaire des actes médicaux qui, en ville comme à l'hôpital profiterait à l'ensemble des médecins exerçant une activité libérale.

- Il conviendrait en outre d'interdire le paiement en direct des honoraires des médecins libéraux : l'établissement reverserait mensuellement les honoraires à l'intéressé, exactement comme le pratique par exemple le CH de Vannes.

- Ensuite, sur la limite des 20%, le CISS estime qu'elle devrait non plus porter sur le temps de travail mais sur l'activité médicale. L'administration hospitalière doit se doter des outils permettant de faire les évaluations nécessaires. Cette solution suppose l'utilisation, comme au CH de Vannes, d'un logiciel totalisant les activités publiques et libérales et vérifier ainsi que les limites légales sont respectées.

Les nombreux témoignages rapportés lors des travaux de la commission ont permis de relever l'existence d'une double spécificité :

- Tout d'abord, il semblerait que la pratique de l'activité libérale et son contrôle par l'établissement varient selon que le médecin exerce au sein d'un CH ou d'un CHU. Les CH, selon toute vraisemblance, disposeraient des moyens de réguler l'activité libérale, grâce à des solutions logicielles adaptées et peut-être à une forte volonté de proscrire les excès.
- Ensuite, l'AP-HP présente, de ce que nous avons entendu, des particularités en ce que les dépassements d'honoraires peuvent y être très élevés et la part relative consacrée à l'activité libérale peu contrôlée. Un audit des établissements concernés permettrait de faire toute la transparence sur des us et coutumes dénoncés dans la presse mais qui n'ont jamais fait l'objet de rapports officiels.

Dans l'hypothèse où le praticien méconnaîtrait ses engagements, le directeur d'établissement devrait pouvoir saisir le directeur de l'ARS qui statuerait, après avis de la commission de l'activité libérale, sur les mesures à prendre.

En outre, il conviendrait de dépoussiérer le fonctionnement des commissions de l'activité libérale (CAL) placées au sein des établissements publics de santé pour, d'une part, réduire les conflits d'intérêts en interdisant à un médecin exerçant une activité libérale dans l'établissement de **présider** la commission, et, d'autre part, permettre une saisine directe de la CAL par les usagers. Nous proposons également que la CAL articule ses travaux avec la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC).

5. Conclusion

Toute une série de questionnements sur les modalités d'exercice de la médecine libérale se cristallise autour du débat sur l'activité privée à l'hôpital. Tous les travers de la liberté tarifaire s'observent au sein des hôpitaux à travers le prisme d'un miroir grossissant pour plusieurs raisons :

- S'exerçant à l'hôpital, la médecine libérale et a fortiori en secteur 2, est le plus souvent perçue négativement par les usagers qui, à raison, conçoivent l'hôpital public et son personnel comme des offreurs de soins mobilisés pour garantir l'égalité d'accès aux soins.

- Les dépassements d'honoraires, bien que moins fréquents qu'en cliniques privées, peuvent en revanche atteindre des sommets beaucoup plus hauts et contradictoires avec la déontologie professionnelle et cela, le plus souvent, en toute impunité.

- N'oublions pas les patients mal informés qui se retrouvent pris en charge par un médecin en libéral sans y avoir tout-à-fait consenti. et ceux qui, pressés et angoissés, se précipitent en libéral.

La plupart du temps, l'utilisateur ne choisit pas mais chemine dans la direction qui lui est proposée car rappelons que les malades se trouvent le plus souvent dans des situations psychologiques où leur discernement et leur libre arbitre sont fragilisés. Et quand on souffre, la santé n'a plus de prix.

Positions de la FHF sur l'activité libérale à l'Hôpital

Il existe un quasi consensus pour considérer que l'activité libérale des praticiens hospitaliers constitue, pour un pourcentage limité d'entre eux (11 %), un facteur d'attractivité par les revenus supplémentaires qu'elle procure.

Les abus, limités et concentrés dans quelques très gros CHU, n'en constituent pas moins un problème d'image pour l'hôpital public en raison de la médiatisation dont ils font régulièrement l'objet.

L'administration hospitalière et les comités chargés du contrôle (aux niveaux local, régional et national) éprouvent des difficultés à assurer le respect des règles existantes, parfois par manque de volonté mais aussi et surtout parce qu'il est difficile, voire impossible, de comparer les activités publiques et privées faute de recueil statistique fiable.

La principale critique adressée à l'hôpital public à propos de l'activité libérale, porte sur les inégalités qu'elle engendre dans l'accès aux soins et sur les tarifs pratiqués par certains praticiens ; les délais d'attente pour une consultation, un examen d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle sont effectivement sensiblement plus longs pour un patient qui demande un rendez-vous en secteur public que pour celui qui peut avoir accès au secteur privé.

Les centres hospitaliers ne semblent pas rencontrer de difficultés majeures pour faire respecter les règles entourant l'activité libérale, tandis que certains CHU concentrent les polémiques au demeurant très limitées en nombre.

Dans le cadre de la commission ministérielle présidée par Dominique Laurent, la FHF est amenée à formuler un certain nombre de propositions, avec le souci de ne pas compliquer le système de contrôle actuel, partant du principe qu'il ne serait pas logique d'alourdir les règles existantes alors qu'elles ne sont pas toujours appliquées et que la très grande majorité des praticiens concernés les respectent.

Ces propositions s'articulent autour du respect des règles existantes et de l'amélioration du dispositif de suivi et de contrôle.

I. Améliorer la transparence. Le respect des règles existantes

1. Le respect du temps consacré à l'activité libérale

Pour permettre aux établissements de vérifier d'une part que le temps consacré à l'activité libérale ne dépasse pas 20 % du temps de travail et d'autre part que le volume de l'activité publique est au moins aussi important, il est impératif que celle-ci soit connue avec précision. Cela passe soit par une déclaration obligatoire par les praticiens concernés de leur activité publique (consultations, actes d'imagerie et d'explorations fonctionnelles, actes opératoires), soit par la mise au point (ou la généralisation) dans chaque hôpital d'un système de recueil de l'activité publique individuelle.

Dans les CHU, la part de l'activité libérale doit être appréciée au regard de la triple mission (soins – enseignement – recherche) des praticiens hospitalo-universitaires.

Dans le premier cas (déclaration), les comités locaux de l'activité libérale doivent être en mesure d'opérer les contrôles nécessaires.

Par souci d'équité, il conviendrait également d'enregistrer, sur un mode probablement déclaratoire, le temps consacré par les praticiens hospitaliers à l'exercice d'activité d'expertise au profit notamment, mais pas exclusivement, de laboratoires pharmaceutiques. Ces activités, rémunérées et pour nécessaires qu'elles soient, amputent le temps consacré à l'activité de soins publique et doivent par conséquent être contrôlées et évaluées par la communauté de chaque établissement.

2. Le respect de l'égalité d'accès aux soins

La plupart des patients qui consultent « en privé » à l'hôpital le font d'abord, mais pas exclusivement, pour diminuer les délais d'attente.

Il est illusoire de penser que les délais de rendez-vous pourront être identiques en public et en privé, pour des raisons purement mathématiques, le nombre de patients du « public » étant très supérieur à celui du « privé ».

Nier cette réalité ne peut que contribuer à alimenter des polémiques stériles. La FHF partage l'avis exprimé par un certain nombre de membres du groupe de travail, à savoir que l'équité dans l'accès aux soins doit être organisée et appréciée dans le cadre de l'équipe et non par praticien. Il appartient à chaque chef de service de rechercher et d'organiser le meilleur moyen d'assurer cette égalité d'accès aux rendez-vous dans le cadre de l'équipe médicale dont il assure la direction.

Cette exigence serait inscrite dans la charte dont il sera question plus avant et dans les contrats d'activité libérale.

II. Améliorer le dispositif actuel

Sans alourdir à l'excès les règles actuelles qui doivent avant tout être appliquées, il convient de compléter le dispositif actuel.

La FHF note que la totalité des membres de la commission présidée par Madame Dominique Laurent, ainsi que des organisations auditionnées, réclament un respect strict de la loi et des dispositions réglementaires, seul moyen de stopper les rares dérives constatées.

1. L'information du patient

Comme l'ont justement fait remarquer certains membres du groupe de travail, l'information du patient peut s'avérer trop tardive lorsqu'elle se limite à l'affichage des tarifs dans les salles d'attente des praticiens exerçant en activité libérale. La charte sur l'activité libérale devrait mentionner l'obligation faite aux personnes chargées de donner les rendez-vous d'indiquer l'existence d'un secteur public lorsque la personne s'est adressée (ou a été orientée) vers une consultation privée.

2. La commission locale d'activité libérale

Le nombre de réunions pourrait utilement être augmenté lorsque le nombre de praticiens concernés est important. La FHF suggère que le rythme des réunions soit arrêté par le conseil de surveillance, après avis ou sur proposition du directeur et du président de la CME.

Une charte type élaborée au niveau national par les conférences de présidents de CME et de directeurs et la FHF, pourrait précisément prévoir et inciter les comités locaux à procéder à un certain nombre de contrôles réguliers sur la base des statistiques fournies par la direction et le président de la CME.

La FHF estime que la question de la présidence de la Commission locale ne doit pas être réglée par un texte réglementaire et qu'il appartient à celle-ci de choisir librement son président.

La FHF juge enfin utile que la commission locale puisse être saisie également par le directeur comme elle peut déjà l'être par le président de la CME.

3. Une charte d'activité libérale dans chaque établissement

Les règles seront d'autant mieux respectées que les instances (conseil de surveillance, CME et directoire) et donc la communauté de chaque établissement, se seront engagées à les faire respecter.

Une charte obligatoire, par établissement, élaborée sur la base d'une charte type rédigée par les conférences de présidents de CME et de directeurs et la FHF, constituerait un engagement collectif et un affichage clair et accompagnerait chaque contrat individuel d'activité libérale.

4. Transparence des avis de la commission locale d'activité locale et des décisions du Conseil de l'Ordre

La FHF pense que les avis de la commission locale, ainsi que les décisions du conseil de l'Ordre des médecins doivent être portés systématiquement à la connaissance du conseil de surveillance, de la CME et du directeur.

5. Paiement des honoraires à la caisse de l'hôpital

La FHF n'est pas favorable au paiement des honoraires à la caisse de l'hôpital.

Elle estime en effet que s'agissant d'une activité libérale, les principes qui régissent celle-ci doivent également s'appliquer à l'hôpital quand elle s'y déroule.

Le paiement à la caisse se traduirait par ailleurs par des dépenses supplémentaires, peu opportunes dans la conjoncture actuelle, en raison des recrutements de personnels administratifs que supposerait l'ouverture tardive de certaines régies de recettes.

Activité libérale Note de la Conférence des Directeurs Généraux de CHU Commission des affaires médicales

1. Le contrôle actuel des règles encadrant l'activité libérale

L'article L6154-2 du code de la santé publique définit les principes encadrant cette activité : « *L'activité libérale peut comprendre des consultations, des actes et des soins en hospitalisation ; elle s'exerce exclusivement au sein des établissements dans lesquels les praticiens ont été nommés ou, dans le cas d'une activité partagée, dans l'établissement où ils exercent la majorité de leur activité publique, à la triple condition :*

1° Que les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ;

2° Que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens ;

3° Que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique.

Aucun lit ni aucune installation médico-technique ne doit être réservé à l'exercice de l'activité libérale. »

Ces principes sont complétés par d'autres dispositions réglementaires relatives notamment à l'information préalable des patients, à leur accord sur des devis et à l'affichage des tarifs.

1.1. Les praticiens doivent exercer personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public.

Cette obligation peut signifier que le praticien doit :

- exercer des types d'activité similaires en secteurs public et libéral : consultations, interventions chirurgicales, endoscopies etc.
- réaliser des actes de même nature dans les deux secteurs.

En pratique, seule la première acception est (théoriquement) contrôlable sur la base de la nomenclature des actes.

1.2. La durée de l'activité libérale ne doit pas excéder 20% de la durée du service hospitalier hebdomadaire des praticiens. Cette condition suscite plusieurs observations :

- **Les modalités de décompte des « 20% » :** Les obligations de service des praticiens sont décomptées en demi-journées¹. Seule la durée de travail hebdomadaire maximale des praticiens hospitaliers est fixée en heures. Celle des praticiens hospitalo-universitaires n'est pas soumise à un plafond. La durée horaire des

¹ A l'exception des obligations de service des praticiens mono-appartenants exerçant en temps médical continu dans certaines disciplines. Très majoritairement, ils ne sont pas concernés par l'activité libérale.

demi-journées pouvant être variable, le décompte des 20% en demi-journées peut ne pas correspondre au même taux pour une durée qui serait décomptée en heures.

- **Le décompte des 20% et les actes interventionnels** : la réalisation de ces actes n'est généralement pas regroupée sur des demi-journées. Ils sont en pratique intégrés dans l'activité générale des plateaux techniques et par conséquent leur durée ne peut pas être contrôlée. Ce constat concerne également les consultations dans certains services.

Pour mémoire, la réglementation qui faisait suite à la loi du 27 janvier 1987 avait prévu non seulement un plafonnement de la durée de l'activité libérale, mais également celui du nombre de lits pouvant être utilisés simultanément pour hospitaliser des patients après une intervention. Le critère « lit » n'est plus aujourd'hui pertinent en raison du développement de la médecine et de la chirurgie ambulatoire. Il était cependant aisément contrôlable par le système d'information.

- **La « durée du service hospitalier hebdomadaire » des praticiens hospitalo-universitaires** : les circulaires du 21 décembre 1960 et du 25 juillet 1962 (non modifiées) ont précisé que leurs obligations de service pouvaient varier selon les disciplines et les périodes de l'année en fonction de leurs missions universitaires. Dans ces conditions, le mi-temps hospitalier retenu par les statistiques nationales n'est qu'une indication générale, un repère, qui ne peut être utilisé pour un décompte du « service hospitalier hebdomadaire ».

On doit souligner que les CHU ont maintenu les droits aux deux demi-journées qui étaient ouverts pour les praticiens hospitalo-universitaires antérieurement au décret du 25 avril 2001. Sur ce point, la réglementation n'est pas appliquée.

- **La problématique des tableaux de service** : en admettant que les difficultés précédentes soient résolues, il conviendrait que :

- le temps consacré à l'activité libérale soit mentionné dans les tableaux de service prévisionnel et réalisé
- ces tableaux de service soient transmis dans des délais en permettant l'exploitation ; dans l'idéal ils devraient être informatisés.

En pratique, on constate que peu de CHU ont mis en œuvre les tableaux de service informatisés. Ceux qui l'ont fait constatent que la qualification des activités libérale et publique est rarement mentionnée.

Enfin, l'autorité qui réalisera le contrôle de l'effectivité de l'activité publique et du respect du temps consacré à l'activité libérale doit être identifiée : le directeur, un membre de la commission de l'activité libérale ?

1.3. Le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale doit être inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique. Ce critère n'est pas contrôlé en CHU.

Ce critère présuppose :

- L'individualisation de l'activité publique de chaque praticien
- L'enregistrement par le système d'information de l'activité publique personnelle de chaque praticien
- le contrôle de l'affectation des actes réalisés en secteur public aux praticiens

Aucune de ces trois conditions n'est réalisée actuellement en CHU :

- D'une manière générale, l'activité médicale en CHU est réalisée par une équipe ayant des missions de formation et de recherche et réalisant des actes de recours.

L'activité des internes est réalisée par délégation d'un senior, en pratique le plus souvent le chef de service, qui peut donc en revendiquer en totalité ou en partie l'attribution. Le travail en équipe permet également de réduire les tâches hospitalières des futurs cadres hospitalo-universitaires pendant leur cursus ou, plus généralement, de développer des actions de recherche.

Certains actes complexes sont réalisés par plusieurs intervenants seniors. Les règles de cotation de l'assurance maladie qui prévoient cette éventualité sont rarement appliquées dans les établissements publics de santé.

Cette spécificité de l'activité médicale en CHU motive les réserves fréquemment exprimées sur la mise en place d'un suivi individuel. Elles se conjuguent aux craintes sur la mise en place de procédures qui pourraient se révéler inquisitoriales dans un contexte de développement de la productivité inhérent à la T2A.

- L'identification des auteurs des actes dans le système d'information des hôpitaux publics n'est pas nécessaire. En effet, au niveau des praticiens il n'y a pas de lien entre d'une part leurs salaires ou indemnités et d'autre part leur activité individuelle². Au niveau de l'établissement, les données d'activité en vue de la facturation des séjours et des actes sont identifiées par la structure hospitalière (unité d'imputation comptable, unité fonctionnelle etc.).

L'identification de l'intervenant n'est donc actuellement requise que par les « logiciels-métiers » gérant une activité médicale en tant que telle (bloc opératoires etc.) peu déployés et qui ne sont pas utilisés à des fins de contrôle. Sa fiabilité n'est pas assurée dans la mesure où elle n'a pas de conséquences sur les salaires ou sur la facturation.

Accessoirement, on doit souligner les difficultés techniques qui seraient rencontrées pour la mise en place de cette traçabilité en CHU. Les flux de praticiens en formation (internes, chefs de clinique, assistants spécialistes) ne faciliteraient pas le traitement des informations saisies. Leur exploitation par « service » ne correspondrait pas toujours aux regroupements structurels utilisés pour la comptabilité analytique. Enfin, cette démarche exigerait l'implication forte des Départements d'information médicale.

1.4. Les dispositions règlementaires relatives à l'information et aux droits des patients, ainsi qu'à l'accès aux soins sont aujourd'hui faiblement contrôlés

D'autres problématiques se posent et relèvent de priorités nationales. Elles prennent tout leur sens avec l'intégration d'un représentant des usagers au sein des commissions de l'activité libérale: Elles recouvrent deux enjeux principaux :

- l'information et le consentement des patients, à ce jour assuré par plusieurs dispositifs :
 - le devis établi par le praticien au-delà d'un certain tarif, présenté et signé par le patient
 - l'affichage des tarifs des honoraires et des actes
 - une information sur le site internet des hôpitaux
- l'accès aux soins :
 - les délais d'attente, comparés avec les délais en secteur public et avec ceux des autres praticiens du service
 - les honoraires pratiqués, liés à la problématique plus générale des dépassements d'honoraires en médecine libérale

La réglementation n'a pas fixé de cadre précis pour organiser des contrôles ni pour fixer les autorités qui en sont chargées.

2. Les propositions

2.1. Maintenir et contrôler le caractère annexe de l'activité libérale en temps et en volume

- Bien que le contrôle précis du « critère-temps » soit impossible, il est nécessaire de maintenir l'obligation contractuelle de la mention sur les tableaux de service des périodes d'activité libérale, ne serait-ce qu'en vue de l'information des patients sur les demi-journées de consultations personnelles des praticiens en secteur public et libéral.

Certaines modalités concrètes devraient être précisées contractuellement : impossibilité de cumul suite à des absences pour congés ou congrès, nécessité d'une déclaration préalable pour les déplacements ponctuels de demi-journées de consultations libérales etc.

- Le contrôle du « critère-volume » n'est pas actuellement réalisé en CHU faute de traçabilité individuelle de l'activité publique de l'ensemble des praticiens juniors et seniors. La reconnaissance du travail d'équipe et du compagnonnage ne doit cependant pas faire obstacle au recueil de ces données. Celui-ci doit devenir une obligation. S'il représente un préalable au contrôle de l'activité libérale, il permettra par ailleurs de poursuivre d'autres objectifs : en ce qui concerne les internes,

² Ceci réduit leur intérêt *personnel* d'une traçabilité nominative, contrairement aux praticiens libéraux. On peut citer, pour mémoire, l'échec de l'introduction de la part complémentaire variable des chirurgiens.

l'évaluation des actes qu'ils pratiquent en second ou en premier pourra être intégrée dans un « livret de l'interne », instrument de suivi des compétences acquises ; le suivi de l'activité des seniors pourra être utilisé pour la prospective des effectifs.

Ce recueil rendra nécessaire une évolution des systèmes d'information avec la participation des responsables de DIM, et un déploiement progressif des nouvelles fonctionnalités. Le contrat d'activité libérale devra prévoir un engagement du praticien à n'enregistrer sur son propre nom que l'activité publique réalisée personnellement. Il pourrait également mentionner la nature des documents utilisables pour un contrôle effectif (cahiers de bloc opératoire et de consultations, lettres au médecin traitant etc.).

- La seule possibilité pour maintenir sans délai le caractère annexe de l'activité libérale serait d'utiliser la redevance afin de limiter les honoraires perçus à x fois un indicateur (salaire moyen du statut, salaire moyen de la grille des praticiens hospitaliers, honoraires nets libéraux de la spécialité prorata temporis). Au-dessus de ce plafond, la redevance serait de 100% ou bien fortement progressive. On pourrait objecter que cette proposition ne serait pas conforme à la nature juridique de la redevance. Celle-ci est cependant déjà une taxation depuis que le législateur a défini son calcul en fonction des honoraires perçus et non pas de la nomenclature de l'assurance maladie.

2.2. Les patients doivent pouvoir être pris en charge par le praticien de leur choix en secteur public

- La neutralité de l'orientation des patients par les secrétariats vers les secteurs public et libéral, l'information sur les tarifs pratiqués et la remise de devis doivent être contrôlés. La mise en place d'audits externes, que des CHU ont déjà réalisés, pourrait être généralisés. En leur absence, il convient de préciser l'autorité chargée de faire effectivement ces contrôles : le directeur, un membre désigné par la commission d'activité libérale, sont-ils ?
- La réalisation des consultations prévues nominativement par le tableau de service doit également pouvoir être contrôlée.

2.3. La composition et les compétences de la commission de l'activité libérale doivent être précisées.

- La composition de la commission associe d'une manière équilibrée les parties prenantes. L'intégration du président de la CME, lorsqu'elle est actuellement réalisée au titre de représentant des médecins ayant ou n'ayant pas d'activité libérale, s'avère positive. Elle pourrait être de nature réglementaire.
- La compétence de la commission régionale sur les dépassements d'honoraires et son articulation avec la commission d'activité libérale devront être clarifiées. Cette dernière a en effet actuellement une compétence générale : « La commission de l'activité libérale de l'établissement est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité et au respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant ainsi que des stipulations des contrats des praticiens » (R6154-11). La notion de « tact et mesure », notion déontologique, relevait exclusivement du conseil de l'ordre, mais la « tarification excessive » au regard de critères objectivés par l'assurance maladie est une disposition de nature réglementaire.
- La mise en place éventuelle d'une instance régionale ne doit pas restreindre les compétences des commissions actuelles car celles-ci seraient déresponsabilisées. Elle serait utile, voire nécessaire, pour émettre un avis préalablement aux décisions du DG de l'ARS sur les sanctions.

2.4. L'activité libérale doit être soumise à une clause de non-concurrence, comme dans le secteur commercial.

Des CHU avaient introduit une clause de non-concurrence dans les contrats d'activité libérale sanctionnant le praticien en cas de démission. Cette disposition avait été rédigée conformément aux décisions de la jurisprudence qui limitait les pénalités dans un délai et dans un périmètre géographique déterminés. La DHOS a cependant estimé que cette clause n'était pas légale par lettre en date du 30 septembre 2005. L'hôpital public ne peut pas se protéger contre des pratiques de transfert de clientèle alors même que la tarification à l'activité place les établissements dans une situation de concurrence.

La réglementation doit permettre l'introduction de cette clause dans les contrats, non seulement en cas de démission, mais aussi au moment de la retraite des praticiens.

CONFERENCE DES DIRECTEURS DE CENTRES HOSPITALIERS

Contribution de la conférence à la réflexion menée par la Commission relative à l'Activité Libérale présidée par Madame LAURENT

PREAMBULE : La présente contribution vient chronologiquement après de nombreuses auditions et contributions examinées au sein de la commission. Certains développements reprendront des propositions déjà énoncées afin d'en discuter les principes, mais aussi l'efficacité de leur mise en œuvre.

Plusieurs thèmes seront abordés en référence aux questions suivantes :

- L'activité libérale s'exerce dans le cadre des lois qui la règlementent, mais le contrôle de cette activité est-il effectif ? L'organisation de l'activité libérale est-elle conforme à la réglementation, et lisible pour le patient ?
- Que faudrait-il améliorer pour encadrer l'activité libérale à l'Hôpital Public ?
- La place et le rôle de l'activité libérale à l'Hôpital. Quel impact pour l'égal accès aux soins ?

1 – La Légalité et la légitimité de l'activité à l'Hôpital Public

Au même titre que la conférence des Présidents de CME de Centres Hospitaliers, la Conférence des Directeurs souligne que l'activité libérale en Centre Hospitalier constitue un moyen, dans certaines spécialités soumises à une forte concurrence avec le Secteur Privé, de maintenir, au sein du Service Public, des médecins à l'Hôpital.

En Imagerie, en Chirurgie, en Anesthésie, cette possibilité statutaire constitue une alternative à un exercice en secteur libéral, où le différentiel de rémunération pose pour l'Hôpital, des difficultés importantes de recrutement.

Par ailleurs, alors que le financement de l'Hôpital dépend du dynamisme de ses médecins (T2A), l'activité libérale est un facteur de productivité en volume, en intéressant le praticien au volume de son activité (public et libéral à travers la règle minimale d'égalité des actes réalisés en public et en privé)

La légitimité de l'activité libérale est parfois discutée en référence au statut unique du Praticien Hospitalier qui renvoie à un imaginaire égalitaire dans la rémunération des agents publics. Le rapport IGAS de 2007 relatif aux rémunérations hospitalières a dévoilé l'extrême diversité des rémunérations à l'hôpital, eu égard aux différentes possibilités d'abonder la rémunération de base (indemnisation de la permanence, décompte du temps médical en temps continu, expertise, intérêt général...).

L'activité Libérale constitue l'une des seules modalités de rémunération faisant l'objet d'un contrat liant le praticien et son établissement. Cette « originalité » constitue une potentialité à exploiter, en renforçant les dispositions permettant d'organiser la lisibilité de cet exercice pour le patient et sa conformité aux textes qui la règlemente.

Si la Conférence des Directeurs, au même titre que celle des Présidents de CME des Centres Hospitaliers, réaffirme au-delà de la légalité, la légitimité et l'opportunité de l'Activité Libérale pour les praticiens, il convient de compléter le contrat permettant d'ouvrir un secteur libéral en spécifiant une clause de non-concurrence sur le Territoire de Santé d'exercice du praticien. Cette clause pourrait faire l'objet d'une modification réglementaire, l'Ordre et l'ARS ayant la charge de la faire respecter.

Si l'on se place du point de vue du patient, il faut souligner que l'Activité Libérale en Centre Hospitalier se réalise en grande majorité en Secteur 1. C'est aussi un mode d'exercice recherché par une partie de la patientèle, en particulier en obstétrique mais pas seulement. Néanmoins, sur certaines spécialités et dans certains territoires, les Centres Hospitaliers sont confrontés, comme les CHU, à des problématiques de dépassement d'honoraires en Secteur 2, et les patients subissent des écarts de délais dans l'accès au praticien selon le mode d'exercice.

La solution faisant reposer la résolution de la question des délais sur l'Equipe Médicale ne semble pas opérationnelle ni convaincante : le Contrat d'Activité Libérale d'un praticien ne peut entraîner une contractualisation d'objectifs avec les autres membres de l'Equipe Médicale. Cela est d'autant plus difficile à organiser que le praticien concerné par l'activité libérale déploie des compétences hautement spécialisées.

Cette question du délai différencié pose, à notre sens, la question pratique de l'organisation de rendez-vous au sein de chaque établissement. La question des dépassements d'honoraires des médecins exerçant en Secteur 2 relèvent de la compétence de l'Assurance Maladie (avenant n°8), et du Conseil de l'Ordre (Tact et Mesure) ; Nous porterons notre analyse et nos propositions sur l'organisation concrète de l'activité libérale à l'Hôpital afin d'en assurer la bonne exécution.

2 – L'organisation opérationnelle et l'effectivité des contrôles de l'Activité Libérale en Centre Hospitalier

2.1 – L'organisation opérationnelle de l'Activité Libérale : le point de vue du patient

Il est particulièrement important que les Etablissements se mettent en capacité de garantir :

- L'affichage des tarifs dans les lieux de consultation mais aussi sur les sites Internet et/ou moyens électroniques de prise de Rendez-vous ;
- La formalisation des protocoles d'information des patients via les secrétaires médicales et/ou agents des centrales de Rendez-vous, afin de garantir le libre choix du patient entre les deux secteurs d'activité du praticien (Public/libéral) ;
- L'amplitude de fonctionnement du service des consultations doit être définie dans le Règlement Intérieur et le livret d'accueil, et doit permettre le cas échéant d'accueillir et de procéder à l'encaissement par l'Hôpital des honoraires des praticiens exerçant une Activité Libérale (en effet, il y a une contradiction à préconiser l'encaissement des honoraires par l'Hôpital, et ne pas organiser, dans une amplitude journalière connue et validée par tous, cette possibilité.)

2.2 – L'organisation opérationnelle de l'Activité Libérale : le point de vue du praticien

La Conférence des Directeurs de Centres Hospitaliers souhaite favoriser le choix d'un encaissement par l'Hôpital (au bénéfice d'une plus grande fiabilité, relative au contrôle des montants des honoraires encaissés) ; Il faut également souligner les difficultés techniques qui pénalisent les professionnels médicaux dont les pratiques tarifaires ne font pourtant pas obstacle à l'accès aux soins : de nombreux praticiens ayant une Activité Libérale ouverte en Secteur 1 et pratiquant le Tiers Payant, rencontrent des difficultés d'encaissement de leurs honoraires, les caisses ne parvenant pas toujours à identifier le praticien, les fonds transitant par le « compte banque » des établissements, ou ayant des délais aléatoires de mise en paiement de ces honoraires en Tiers Payant.

Les modalités de gestion interne des organismes d'Assurance Maladie ignorent, de toute évidence, le choix du médecin de confier ses encaissements à l'Hôpital, et ne permettent pas de sécuriser l'utilisation de la domiciliation bancaire adéquate. Un travail commun est à engager si nous souhaitons faire progresser le droit et la pratique sur cet aspect.

De manière complémentaire, il n'a pas été possible de mettre en œuvre la télétransmission avec les caisses, pour les Praticiens Hospitaliers exerçant une Activité Libérale en Centre Hospitalier.

De même, les échanges dématérialisés (norme B2) excluent la transmission des honoraires privés alors que la technique ne s'y oppose pas.

Pourtant, la télétransmission est bénéfique pour tous : allègement des charges des organismes d'Assurance Maladie, diminution des délais de versement des honoraires ou de remboursement de l'Assuré.

Les modalités pratiques de cette télétransmission doivent permettre une utilisation par un agent non médical de l'établissement, lorsqu'il est en charge de l'encaissement des honoraires.

2.3 – L'effectivité de contrôle de l'Activité Libérale à l'Hôpital Public

Les précédentes contributions ont mis l'accent sur les limites du contrôle opérationnel sur les deux variables qui permettent d'encadrer le volume de l'Activité Libérale : le temps consacré de deux demi-journées à l'Activité Libérale, et le respect de l'équilibre Public/Privé sur les actes.

En Centre Hospitalier, les difficultés existent mais sont moins prégnantes qu'en CHU. Au même titre qu'au Centre Hospitalier de Chartes, de nombreux Centres Hospitaliers sont en capacité de tracer l'ensemble des actes et de les rattacher à chaque professionnel. Les Praticiens Hospitaliers peuvent identifier en cochant dans leur SIH la nature de l'activité (Libérale ou Publique). Les Bureaux des Entrées sont en capacité de fournir des requêtes précises et fiables aux Commissions d'Activité Libérale.

Toutefois, le biais de l'Activité d'enseignement existe comme au CHU, mais joue sur une proportion plus limitée de l'activité ; l'activité des Internes étant parfois identifiée comme activité du Chef de Service (qui est souvent le praticien exerçant une Activité Libérale à l'Hôpital).

Concernant le temps de travail, les Centres Hospitaliers présentent un visage hétérogène quant à leur capacité de gérer avec précision et rigueur les tableaux de service. Il convient par conséquent de privilégier une organisation de l'activité libérale par plages homogènes afin de faciliter le contrôle effectif des deux demi-journées, et de prévoir au moment de la rédaction du contrat d'ouverture du Secteur Libéral, la validation d'un tableau de service hebdomadaire type du Praticien.

S'agissant du débat relatif à l'encaissement des honoraires, la Conférence des Directeurs préconise de favoriser l'encaissement Public, gage de fiabilité du calcul de la redevance. En effet, selon les Caisses Primaires d'Assurance Maladie, les relevés SNIR (Système National Inter-Régimes) transmis aux Commissions d'Activité Libérale ne permettent pas, dans des délais ad hoc, de procéder à un contrôle fiable des déclarations d'activité permettant de calculer la redevance.

Au total, il apparaît que sur plusieurs aspects, l'effectivité des moyens de contrôle de l'Activité Libérale en Centre Hospitalier comme en Centre Hospitalier Universitaire est perfectible.

Sur la base de ce diagnostic, la Conférence énonce plusieurs propositions.

3 – Les Propositions de la Conférence

Il s'agit dans ce chapitre de proposer à la Commission Laurent des pistes de solutions pour :

- Mieux réguler/organiser l'Activité Libérale à l'Hôpital et permettre un contrôle effectif de la réglementation en vigueur ;
- Proposer des adaptations réglementaires pouvant démultiplier les effets de l'avenant n°8 en matière de dépassement d'honoraires ; favorisant de ce fait l'accès aux soins, au bénéfice des patients.

3.1 – Mieux organiser l'Activité Libérale à l'Hôpital et permettre un contrôle effectif de la réglementation en vigueur

Mesure 1 : Donner sa pleine dimension au contrat d'Activité Libérale

Les chartes constituent sans nul doute un progrès, en édictant les règles collectives de bonne gestion de l'Activité Libérale à l'Hôpital. Néanmoins, certaines dispositions pourraient être annexées au contrat d'Activité Libérale et par conséquent engager les différentes parties signataires (Praticien, Chef de Pôle, Président de CME, Directeur).

En particulier le contrat pourrait contenir un article décrivant les principaux actes envisagés en Activité Libérale et leur volumétrie. Un recensement des moyens mis à disposition par l'Hôpital pour cette activité pourrait être réalisé. De fait, il s'agit de réaliser une prévision en recette, en volume, en consommation de ressources de l'Activité Libérale du praticien. Les Centres Hospitaliers ont d'ailleurs une expérience de ce type de démarche à travers les EPRD. Le praticien indiquera par conséquent un volume et des tarifs au sein même du contrat.

De manière complémentaire, un article du contrat doit décrire le tableau de service hebdomadaire type du praticien en détaillant les activités de consultation, bloc, et hospitalisation (Public/Privé).

Le contrat doit à contrario indiquer les moyens que l'administration met en œuvre pour favoriser le recouvrement des honoraires du praticien, en particulier lorsque ce dernier favorise la diffusion du Tiers Payant au bénéfice du patient.

La Commission d'Activité Libérale aura par conséquent une mission d'analyse de la bonne exécution des contrats ainsi que leur évaluation annuelle.

Il est possible en terme de méthodologie de contrôle de prévoir un examen plus détaillé par tirage au sort afin de pousser plus loin l'évaluation des contrats d'Activité Libérale en mobilisant les compétences croisées de la CPAM, du Bureau des Entrées et du Département d'Information Médicale afin de rendre plus crédible cette évaluation.

A contrario, l'Administration de l'Hôpital et le Receveur des finances devraient s'engager sur des délais de reversement d'honoraires.

Mesure 2 : Renforcer la Commission d'Activité Libérale dans son rôle et dans sa démarche d'évaluation et de contrôle

La Commission d'Activité Libérale sa composition, son fonctionnement :

La Commission d'Activité Libérale doit mobiliser des compétences internes et externes permettant de réaliser des contrôles de natures différentes :

- Respect des volumes Public/Privé
- Calcul de la redevance
- Evaluation des délais d'accès au praticien (Testing) auprès du secrétariat/Cellule de Rendez-vous.
- Transparence des tarifs et qualité de l'information à destination du patient.

La participation active de la CPAM pivot, du Représentant de la Trésorerie, du Bureau des Entrées, de la Direction des Affaires Médicales, du Conseil Départemental de l'Ordre, du Représentant de l'ARS est importante. Pour les équilibres du fonctionnement de la CAL, une représentation paritaire Médecins/Non Médecins avec une forte participation des représentants des usagers qui pourraient en assurer la Présidence, avec l'appui d'une Vice-Présidence médicale et d'un secrétariat tenu par l'administration, serait un gage de prise en compte des enjeux d'accès aux soins des usagers.

La Commission d'Activité Libérale, sa méthodologie de travail :

Le rapport annuel écrit doit obligatoirement passer en CRUQ, en CME et en Conseil de Surveillance pour avoir un certain retentissement.

Un groupe d'experts pourrait définir, au Niveau National, une batterie d'indicateurs qui, comme pour le bilan social, permettrait d'organiser des remontées au Niveau Régional (ARS) et National (DGOS) sur la base de ces indicateurs standardisés (exemple : délai moyen d'obtention d'une consultation pour telle ou telle spécialité).

De manière complémentaire, les membres de la CAL pourraient être formés aux méthodologies d'évaluation ou d'audit pour produire leur rapport.

Dans ce schéma, il s'agit de renforcer les moyens et les capacités des CAL existantes, plutôt que de créer une nouvelle Commission Régionale plus éloignée du terrain, ayant des missions comparables aux CAL des établissements.

Les ARS pourraient, dans cette perspective, évaluer le bon fonctionnement des CAL locales et exploiter les rapports, désormais standardisés sur la base d'un modèle type régional ou national, afin de produire des analyses par territoire ou sur la région.

Mesure 3 : Peut-on faire de la redevance un levier d'appui de la politique de la CNAM, de l'avenant n°8 et du fonctionnement de la CAL ?

La réglementation prévoit, à ce jour, des Taux de redevance différenciés selon le type d'établissement CH/CHU, ou selon le type d'équipement utilisé (Imagerie).

Le taux de redevance s'applique à l'ensemble du chiffre d'affaire et par conséquent aux dépassements d'honoraires.

La réglementation pourrait évoluer en modulant la redevance en fonction du type d'Activité Libérale.

Ouverture en Secteur 1 : le Taux de redevance pourrait baisser de plusieurs points au regard du taux actuel (15 % en consultation en Centre Hospitalier ; 16 % Bloc et Hospitalisation).

Ce taux minoré pourrait s'appliquer également aux praticiens auparavant en secteur 2, pratiquant de forts dépassements d'honoraires et qui signeraient un contrat d'accès aux soins.

A contrario, un taux de redevance majoré de plusieurs points au regard des taux actuels, pourrait être appliqué en Secteur 2, en particulier pour les praticiens dépassant le niveau des tarifs visés par l'avenant n°8.

Enfin, la réglementation pourrait prévoir qu'une fraction des produits de la redevance soit identifiée pour financer les moyens d'action et évaluation diligentés par la CAL.

Annexe n° 5 : Auditions réalisées (par ordre chronologique)

Calendrier des auditions du groupe de travail

Audition de la délégation syndicale du SNAM-HP – Extrait du compte rendu du 26 novembre 2012

Audition de la délégation syndicale de l'INPH – Extrait du compte rendu du 10 décembre 2012

Audition de la délégation syndicale de la CPH – Extrait du compte rendu du 7 janvier 2013

Audition de la délégation syndicale de la CMH – Extrait du compte rendu du 7 janvier 2013

Audition de la délégation syndicale d'Avenir Hospitalier – Extrait du compte rendu du 7 janvier 2013

AUDITIONS PAR LE GROUPE DE TRAVAIL

1) Auditions d'organisations syndicales :

26 novembre 2012 :

SNAM-HP (Syndicat national des Médecins, chirurgiens, spécialistes, biologistes et pharmaciens des Hôpitaux publics) représenté par le :Pr Rymmer , président , les Drs S.Beloucif ;.Scotton et Lesterni

10 décembre 2012 :

INPH (Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers) : représenté par les Dr Rachel Bocher, présidente, et par les Drs Alain Jacob et Jean Michel Badet

7 janvier 2013 :

CPH (Confédération des Praticiens Hospitaliers) : représenté par les Drs Jean Marie Leleu, Arnaud Patenotte et Bruno Devergue

CMH (Coordination Médicale Hospitalière) : représenté par le Dr Skurnik, président, et le Dr Jean Claude Paquet

Avenir hospitalier : représenté par le Dr Nicole Smolski, présidente, et par le Dr Pascale Le Pors

2) Auditions d'experts et de personnalités compétentes

7 janvier 2013 :

Pr Laurent Hannoun et Pr Christophe Vaillant de l'AP-HP (GH Pitié Salpêtrière)

3) Autres auditions

La FEHAP (Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs) : MM Antoine Dubout, président et David Causse, directeur du secteur sanitaire

Le MMS (Manifeste des Médecins solidaires): Drs Bernard Coadou, Didier Poupardin et Jean-Luc Landas

Audition de la délégation du SNAM-HP

le 26 novembre 2012

La délégation du Syndicat national des médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des hôpitaux publics (SNAM-HP) est composée des professeurs Roland RYMER et Sadek BELOUCIF et des docteurs Jean-Pierre ESTERNI et Jean-Marie SCOTTON.

La position du SNAM-HP sur l'activité libérale hospitalière est simple: c'est une activité statutaire et les règles qui la régissent sont précises. S'il y a des problèmes, c'est parce que ces règles ne sont pas respectées, ce qui n'est toutefois pas le cas dans une grande majorité des pratiques.

La presse et le débat au Parlement ont mis sur le devant de la scène de façon caricaturale la question des dépassements d'honoraires. Les médecins exerçant une activité libérale à l'hôpital sont soumis aux règles qui s'appliquent en exercice libéral et ces mêmes règles doivent être respectées tant à l'hôpital qu'en ville.

Sur le sujet des dépassements, le SNAM-HP regrette de ne pas avoir été convié aux négociations conventionnelles. La présidente rappelle qu'une commission ad hoc et spécifique à l'hôpital a été mise en place précisément pour ces raisons, à la demande de la ministre.

Le SNAM-HP souhaite la suppression de l'amendement Paul qui impose au praticien le paiement des actes à la caisse de l'établissement. Monsieur Le Tutour (CISS) ne partage pas l'appréciation selon laquelle l'administration ne serait pas en mesure de recouvrer les honoraires concernés. Il insiste également sur la nécessité de transmission des feuilles de soins aux CPAM par voie électronique. Monsieur Granger estime que le règlement par Carte vitale pose des problèmes techniques et que par ailleurs la caisse de l'hôpital n'est pas toujours accessible. Des factures sont alors adressées aux patients et celles-ci ne sont pas toujours réglées, ce qui pose le problème du recouvrement d'une créance privée par l'hôpital public.

Monsieur Garabedian ajoute qu'il lui semble plus opportun de laisser la porte ouverte au libre choix du praticien quant au mode de perception de ses honoraires. En matière de dépassements excessifs la commission locale de l'activité libérale doit avoir un rôle préventif et avertir les praticiens concernés avant de solliciter une sanction prise par le directeur général de l'ARS.

Le professeur Moulin rappelle que le président de la CME est responsable de l'organisation médicale de l'hôpital et que le respect des délais de prise en charge en relève. La place du président de la CME, de même que celle du responsable de pôle ou de structure interne,

doit être précisée dans le régime d'autorisation de l'activité libérale (présence du président de la CME dans les commissions locales...).

Monsieur Renaudin note que ne peuvent figurer dans les contrats d'activité libérale des dispositions liées à l'exercice personnel et aux responsabilités du seul contractant. Il ajoute que la pratique du recouvrement des honoraires par l'hôpital fonctionne, certes de façon non généralisée, mais avec suffisamment de recul, pour pouvoir répondre à tous ceux qui continuent de douter de leur licéité. Le professeur Granger insiste sur la notion d'équipe. La présidente rappelle qu'en matière d'autorisation d'activité libérale, on est face à l'exercice d'un droit individuel sans qu'il soit possible de faire reposer sur des praticiens sans activité libérale la prise en charge des patients. Il ne lui paraît pas possible pour ces raisons de remplacer la notion de délais de prise en charge en secteur public par un professionnel par celle de délais de prise en charge en secteur public par le service ou la structure à laquelle appartient le professionnel.

Audition de la délégation de l'INPH

le 10 décembre 2012

La délégation de l'Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers (INPH) est composée de Madame Rachel Bocher, psychiatre au CHU de Nantes sans activité libérale, présidente du syndicat, Monsieur Jean-Michel Badet, ORL au CHU de Besançon, avec activité libérale, vice-président de l'INPH et Alain Jacob, ORL à l'hôpital Sud Francilien avec activité libérale

La délégation rappelle que l'activité hospitalière statutaire doit s'exercer en toute transparence. La vraie question est celle de la remédicalisation des CHU et des CH et de l'attractivité de la carrière hospitalière.

L'activité libérale concerne un nombre limité de praticiens de certaines spécialités, que l'on retrouve dans le secteur concurrentiel, avec une différence de rémunérations importante.

L'activité libérale permet aussi un exercice plus indépendant vis-à-vis de la hiérarchie hospitalière.

Pour Alain Jacob, l'activité libérale est un droit acquis. Toute modification devra se faire au bénéfice du praticien et de l'utilisateur.

Pour Madame Bocher, l'activité libérale pose la question du décloisonnement ville/hôpital. Elle relève que les syndicats n'ont pas été associés aux négociations conventionnelles.

L'INPH est favorable à une évolution du statut. L'activité libérale pourrait être sortie du temps de travail hebdomadaire. Le temps plein serait alors de 6 à 8 demi-journées et de 2 à 4 demi-journées qui pourraient être consacrées à l'activité libérale ou à l'activité d'intérêt général.

Pour Monsieur Jean-Michel Badet, avec une petite activité libérale, un praticien hospitalier est pénalisé, car il a des charges (assurance, cotisation CARMF et URSSAF) qui excèdent les revenus tirés de l'activité libérale.

Pour Madame Bocher, le système doit rester attractif pour les professionnels et accessible pour les patients. Il faut sanctionner ceux qui pratiquent des dépassements excessifs. L'IESPE dans les années 2000-2001 a conduit certains praticiens à arrêter toute activité libérale.

Madame Rachel Bocher s'interroge sur une évolution des rémunérations hospitalières : reste-t-on sur un salaire ou évolue-t-on vers une activité à l'acte, car le « delta » activité privée/publique est majeur aujourd'hui ? Elle évoque également l'activité médicale du

praticien au sein d'un pôle et d'une équipe. Si l'on veut rendre l'hôpital plus attractif, il faudra modifier le statut.

Madame Rachel Bocher souhaite que ceux qui ne peuvent exercer en libéral à l'hôpital aient une compensation qui pourrait être une IESPE revalorisée.

Audition de la délégation de la CPH (Confédération des Praticiens des Hôpitaux)

le 7 janvier 2013

La délégation de la CPH est composée des Dr Jean-Marie LELEU, chirurgien orthopédiste et traumatologue au CH de Vienne, président de la FNAP, et Arnaud PATENOTTE, gastro-entérologue au CH de Semur-en-Auxois, président du SPHP, le Dr Bruno DEVERGIE étant excusé en raison d'un empêchement de dernière minute.

La délégation rappelle que l'activité libérale est partie intégrante de l'activité hospitalière et est un élément d'attractivité pour ce type d'exercice de la médecine. Elle s'étonne de n'avoir pu participer aux négociations qui ont abouti à l'avenant n°8 à la convention médicale.

Le Dr Arnaud PATENOTTE souhaite que les CLAL soient plus efficaces et que la procédure de saisine soit plus large et ouverte aux usagers du système de santé. Il faut les maintenir et renforcer leur rôle. L'ARS pourrait y avoir plus de poids, en présidant la commission par exemple. Madame LAURENT précise qu'il serait alors juge et partie puisque c'est lui qui sanctionne.

Les excès ne concernent qu'un petit nombre de praticiens. Il faut garantir le respect de l'égalité d'accès aux soins, en contrôlant la pratique d'honoraires excessifs.

Les rapports des CLAL devraient être soumis pour avis aux CME.

Monsieur Hubert JASPARD estime que la gestion du temps médical doit se faire par le biais des tableaux de services qui recensent l'activité collective comme l'activité individuelle des praticiens.

Pour le Pr Philippe PAQUIS, c'est la comptabilisation de l'activité publique qui pose problème notamment dans les CHU. Le Dr LELEU rappelle que ce problème n'existe pas dans les CH où l'activité nominative est bien repérable.

Un représentant des usagers, Madame Magali LEO, suggère que la CLAL puisse être saisie à l'avenir à travers la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).

Audition de la délégation de la CMH (Coordination médicale hospitalière)

le 7 janvier 2013

La délégation de la CMH est composée des Dr Norbert SKURNIK, président de l'intersyndicale CMH, psychiatre, chef de service, président de CME, du Dr R. COUDERT, secrétaire de l'intersyndicale, biologiste, du Dr Jean-Claude PAQUET, membre du bureau et chirurgien digestif, du Dr D. THEVENIN, membre du bureau, du Dr JG GOBERT, biologiste, vice président de la CMH et du Dr Martine MARCHAND (syndicat national des praticiens attachés)

Dès sa création la CMH a dénoncé l'existence de postes vacants à l'hôpital, situation qui, selon la CMH, s'est aggravée depuis. La crise touche particulièrement certaines disciplines comme la psychiatrie et atteint aujourd'hui même les zones favorisées.

Il convient donc de prendre des mesures d'urgence au-delà de la question du dépassement d'honoraires à l'hôpital public. Pour la CMH, la vraie question est celle de l'attractivité.

Le Dr Michel LEGMANN rappelle que les jeunes diplômés aujourd'hui se dirigent essentiellement vers des exercices salariés de tous ordres (collectivités territoriales, médecine du travail en entreprise, intérimaires...). Ne pas s'installer devient même un nouveau mode d'exercice de la médecine (cf. syndicat « Réagir » des intérimaires).

Pour le Dr PAQUET, en ce qui concerne les spécialités pour lesquelles il y a un grand delta de rémunération en début de carrière entre le mode d'exercice libéral et le mode hospitalier, il faut être pragmatique et reconnaître qu'il n'y a pas de problème majeur sur le fond quant à l'activité libérale à l'hôpital, mais il faut que les textes soient appliqués, sachant par ailleurs que peu de médecins ont des pratiques abusives.

Pour le Dr COUDERT, l'activité libérale doit être envisagée dans son environnement, notamment dans le contexte d'un accès aux soins équilibré. Le Dr GOBERT ajoute que le tableau n'est pas le même partout et toutes les disciplines n'ont pas accès à l'activité libérale. Il faudrait permettre à plus de médecins d'y accéder.

En conclusion le Dr SKURNIK souhaite que les textes soient appliqués et est favorable à la poursuite de l'existant.

Audition de la délégation d'Avenir hospitalier

le 7 janvier 2013

La délégation d'Avenir hospitalier est composée du Dr Nicole SMOLSKI, présidente, médecin anesthésiste aux HCL et du Dr Pascale LE PORS, chirurgien au CH de Saint-Malo.

Une contribution écrite (cf. annexe n°4) est remise à la présidente en début d'audition.

L'activité libérale est une réponse unique à différentes questions : la faiblesse des retraites des HU, les disparités de salaires entre public et privé, l'absence de confidentialité dans l'activité publique et le respect du choix du praticien par le patient. C'est la raison pour laquelle on constate à la fois une augmentation du nombre de contrats d'activité libérale et une hausse des honoraires et des dépassements bien au-delà du tact et de la mesure, notamment dans les CHU.

Il faut sanctionner ceux qui ne respectent pas les règles, soit de temps consacré à l'activité libérale, soit de tact et mesure dans les dépassements d'honoraires, soit de non transparence dans certains établissements.

Le Dr Pascale LE PORS souligne que les textes actuels sont équilibrés mais qu'il faut assurer le contrôle en garantissant la saisie nominative de l'activité et en comparant les déclarations des praticiens aux relevés SNIR.

Monsieur Patrice FARCI précise que dans les CHU la traçabilité n'est pas fiable dans la mesure où des actes sont effectués par délégation par des internes ou sont réalisés par les jeunes séniors. Le Dr Nicole SMOLSKI souligne l'importance de la contractualisation entre le directeur de l'établissement et le praticien : le contrat doit comporter des éléments indiquant comment sont comptabilisées les activités publique et libérale. Cette contractualisation doit aussi faire l'objet d'une évaluation au niveau régional.

Elle évoque également le delta inacceptable entre le montant de l'IESPE et ce que gagne comparativement un médecin exerçant une activité libérale. L'IESPE doit être revalorisée de façon substantielle.

La présidente propose que le texte relatif au contrat-type soit renforcé sur le point particulier des tableaux de service. Il s'agit de décrire dans un document adapté l'activité publique et l'activité privée en vue de respecter la législation et la réglementation et de rendre compte du temps passé à différentes activités, dont l'activité libérale.



Docteur Nicole Smolski
Présidente

Docteur Pascale Le Pors
Vice-Présidente

Docteur Kim Benchikh El Fegoun
Secrétaire Général

Docteur Bertrand Mas
Trésorier

ACTIVITE LIBERALE A L'HOPITAL PUBLIC CONTRIBUTION DE AVENIR HOSPITALIER A LA MISSION LAURENT

07 JANVIER 2013

Remarque préliminaire : pourquoi les intersyndicales de PH n'ont pas figuré es qualité dans la composition de cette mission, au lieu d'y être seulement auditionnés ?

Plusieurs manières d'aborder ce thème :

- son aspect historique ?
- sa diffusion ?
- la réglementation : est elle adaptée ?
- les dépassements d'honoraires ?
- son application est elle effective ? Par qui ne l'est-elle pas ?
- les conséquences de cette activité ?
- est il possible de faire des propositions constructives et dépassionnées ?

1. **Ce dispositif a été crée en 1958**, afin de faire venir à l'hôpital certains médecins libéraux, tout en leur permettant de conserver leur clientèle. Ce dispositif a permis de ne pas donner à ces médecins une couverture sociale correcte notamment pour la retraite sur la part hospitalière des PUPH. Cette absence de cotisation correcte pour la retraite de certains médecins hospitaliers perdure malgré quelques aménagements. Il est nécessaire pour que la discussion soit saine de **donner une retraite sur la base de tous les émoluments hospitaliers**, afin que cet argumentaire pour choisir une activité libérale tombe.
2. **Sa diffusion** : 11 à 13% des médecins hospitaliers exercent une activité libérale, avec une forte disparité selon les régions les villes, les statuts et les spécialités. Il semble exister une augmentation des contrats signés, ainsi que de la part exerçant en secteur 2. En CHU, les PU-PH représentent 60% des contrats, les PH 37%, avec une forte concentration sur les activités chirurgicales.
3. **La réglementation actuelle**. L'activité libérale est soumise à deux conditions : le temps consacré à l'activité libérale ne doit pas excéder 20% de la durée de travail hospitalière hebdomadaire. Le nombre de consultations et d'actes doit être inférieur au nombre effectué au titre de l'activité publique. Cette activité donne lieu au versement d'une redevance fonction des honoraires perçus, et ce depuis 2008. (16% pour les consultations, 25 % pour les actes et 60% en cas de haute

Dr Nicole Smolski

Service d'Anesthésie Réanimation, Hôpital de la Croix Rousse, 69004 Lyon Cedex
tél. 06 88 07 33 14 ou 04 26 10 93 67

✉ nicole.smolski@snphar.fr

technicité de matériel). Le médecin encaisse directement les honoraires et reverse cette redevance à l'EPS. Les honoraires doivent selon le code de déontologie être déterminés avec tact et mesure, et doivent être affichés. Une commission d'activité libérale dans chaque EPS doit veiller au bon déroulement de cette activité et au respect de la réglementation.

4. **Les dépassements d'honoraires.** La presse s'est fait l'écho de dépassements d'honoraires invraisemblables portés par quelques médecins nommés à tort mandarins, échos confirmés par plusieurs rapports ou les bilans locaux CME. Essentiellement retrouvés dans certains grands CHU, cette médiatisation a jeté l'opprobre sur tous les médecins exerçant cette activité libérale, et au delà sur tous les médecins. Il faut toutefois relever qu'en dehors de ces médecins dits « Loréal » « parce qu'ils le valent bien », la moyenne des honoraires a largement progressé dans un grand nombre d'EPS, au delà de l'augmentation des revenus des spécialistes non hospitaliers. Mais il faut noter une forte dispersion selon les disciplines et selon les types d'EPS, les CH non U respectant en général plus le tact et la mesure que les CHU.
5. **Non application de la réglementation.** Celle-ci permet dans son essence une part totalement acceptable à la pratique d'une activité libérale. Mais les dépassements d'honoraires éhontés dénoncés montrent que son application n'est pas homogène. Plusieurs types de non application :
 - **Le non respect pour certains de la part des 20% du temps** consacré à l'activité libérale. Certains médecins ne se sentent pas concernés par les tableaux de service pourtant obligatoires. Il est également difficile pour les PU-PH dont le temps de travail est mal fixé notamment en raison de leurs multiples casquettes d'en extraire 20%. 20% du flou c'est dur à fixer.
 - **La non transparence dans certains EPS de l'individualisation des actes.** Dans certaines équipes, toute l'activité se fait sous le nom du PU-PH, (activité des internes et CCA), rendant les 20% de ce médecin totalement fictifs.
 - **Certains dépassements d'honoraires, bien au delà du tact et de la mesure.**
 - **Le non versement de certains médecins de la redevance à son EPS.**
6. **Conséquence de la non application de la réglementation sur certaines organisations.** Autant une activité libérale exercée en respect total de la réglementation passe inaperçue, et est parfaitement acceptée, autant certains sites se retrouvent totalement livrés à des médecins, souvent eux-mêmes chefs de service ou chefs de pôle, qui prennent en otage tout le fonctionnement d'un bloc opératoire pour leur rentabilité. Ce sont d'ailleurs souvent les mêmes que ceux qui n'observent pas la limite des 20% et appliquent les gros dépassements d'honoraires.
7. **Cette activité libérale permet à l'EPS d'encaisser des redevances** dont le chiffre n'est pas anodin. Ce qui explique peut être le peu d'empressement à mettre au pas les déviants. Sans parler de la double facturation à l'Assurance Maladie.
8. **Elle permet au médecin une forte hausse de salaire,** qui permet de limiter plus ou moins le différentiel avec les rémunérations des collègues libéraux purs, d'autant qu'il n'y a pas d'achat de part de clinique, et que pendant les 20% de temps consacré à l'activité libérale le médecin perçoit sa rémunération publique. Cette forte augmentation de salaire n'est absolument pas comparable à la prime de service public exclusif que touchent les médecins qui ne veulent pas exercer d'activité libérale (487 euros mensuels) et consacrent 100% de leur temps au service public.

9. **Elle permet aussi à ces médecins de se sentir libres et autonomes face à une organisation hospitalière souvent vécue comme lourde**, et contraire aux besoins d'autonomie professionnelle nécessaires à tout exercice médical. C'est un moyen de se soustraire au poids de l'hôpital.
10. **Elle permet à certains patients de se voir pris en charge de manière plus personnalisée.**

Nous avons posé plusieurs questions, il faut essayer d'y répondre. Notre objet n'est pas la suppression de l'activité libérale, mais sa moralisation quand elle est enfreinte. Il nous semble aussi que l'activité libérale ne doit pas être la seule réponse à un certain nombre de problèmes :

1. Réponse au problème de l'attractivité des carrières hospitalières.

La première réponse à ce déficit d'attractivité ne doit pas être l'activité libérale, et on ne peut pas faire l'impasse de cette réflexion au sein de cette mission. Il faut poser le problème et résoudre :

- **La retraite sur la part hospitalière des HU**, surtout ceux qui commencent dans la carrière.
- **Le différentiel des rémunérations avec le secteur libéral pur.** Ceux qui ont choisi l'hôpital et choisi de ne pas y exercer d'activité libérale sont actuellement stigmatisés comme non ambitieux, le gold standard devenant le niveau de rémunération. Il est nécessaire de revaloriser les rémunérations notamment en début de carrière, et de revaloriser fortement la prime de service public exclusif qui doit devenir concurrentielle, puisque 100% de l'activité sera exercée en public.
- **Le problème des astreintes**, qui sont une forte sujétion nocturne pour beaucoup de spécialités notamment chirurgicales, sans rémunération, sans repos compensateur, et temps de travail dissimulé par les administrations.
- **L'autonomie des professionnels médicaux doit être respectée** car fondatrice de la décision médicale. Les administrations doivent comprendre que cette autonomie bafouée et la complexité des organisations est une cause fréquente de départ vers le libéral, en interne ou en externe.

2. Réponse au besoin des patients de confidentialité et de respect du contrat médecin malade : c'est un vrai sujet qui mérite d'être réfléchi sur chaque site. C'est une vraie demande à laquelle l'hôpital doit pouvoir répondre, en dehors de l'activité libérale.

3. Réponse au non respect de la réglementation.

Tout d'abord, l'exercice libéral se fait sous contrat avec l'administration, le propre d'un contrat est qu'il doit être signé par deux parties. Il convient à ce moment là de faire s'engager le médecin sur le respect de la réglementation, et comment il compte montrer qu'il la respectera.

- **Temps de travail :** il faut imposer les tableaux de service, et soumettre à leur véracité un certain nombre de choses, à prévoir dans les contrats de pôles.
- **Temps de travail des universitaires :** il doit être clarifié, car l'hôpital leur payant la moitié de leur rémunération est en droit en contre partie d'exiger un certain temps de travail hospitalier, et une certaine transparence. La clarification du temps dédié à l'hôpital doit permettre le respect des 20% dédiés au libéral. Les PUPH qui demandent une activité libérale seront plus contraints à se justifier de leur temps

que ceux qui ne la demandent pas, ce qui est un choix.

- **Individualisation obligatoire de qui fait l'acte, via une informatique adaptée.** Il ne doit plus y avoir de prête noms ni de couverture par un seul individu de tous les actes réalisés dans un site.
- **La contractualisation et la surveillance du respect de la réglementation** ne doivent plus se faire par les commissions d'activité libérale, qui n'ont pas fait la preuve partout de leur efficacité ni de leur intention de faire appliquer la réglementation. Il est parfois difficile entre confrères de faire entendre raison. Il est nécessaire que **contractualisation et évaluation se fassent au niveau régional, avec une composition qui permette de surveiller l'application de la réglementation, le respect de la déontologie, l'expression des intéressés (médecins et gouvernance locale).** C'est le seul moyen d'éviter les affrontements ou évitements locaux entre collègues ou avec l'administration, qui n'ont pas toujours la possibilité d'affronter les déviants.

Annexe n° 6 : Exemples de chartes et règlements intérieurs

Projet de charte de l'activité libérale du groupement hospitalier Pitié Salpêtrière/Charles FOIX

Projet de règlement intérieur type de la commission de l'activité libérale de l'AP-HP

Charte de fonctionnement de l'activité publique et libérale au CHU de Nancy

CHARTRE DE L'ACTIVITE LIBERALE DU GROUPE HOSPITALIER PITIE – SALPETRIERE / CHARLES FOIX

Il est demandé à chaque praticien ayant une activité libérale de signer annuellement cette charte à partir de son adoption par le CEL et la CMEL.

1. Les principes réglementaires régissant l'activité libérale dans les CHU

Les textes :

- Articles L 6154-1 à L 6154-7 du Code de la Santé Publique
- Articles R 6154-1 à D 6154-10-3, R 6154-11 à D 6154-17, R 6154-18 à R 6154-27 du Code de la Santé Publique
- Loi n° 87-39 du 27 janvier 1987 portant diverses mesures d'ordre social
- Circulaire DHOS/F4/2009/319 du 19 octobre 2009

Les principes :

a. Principe d'égalité des activités

Le praticien hospitalier qui exerce une activité libérale doit exercer personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ;

Le nombre de consultations et le volume d'actes effectués au titre de l'activité libérale doivent être inférieurs au nombre de consultations et au volume d'actes effectués au titre de l'activité publique.

b. Principe du contingentement des activités libérales

La durée de l'activité libérale ne doit pas dépasser 20 % de la durée du service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens.

Aucun lit ni aucune installation médico-technique ne doit être réservé à l'exercice de l'activité libérale

c. Principe d'étanchéité des deux secteurs

Aucun patient ne peut être transféré dans le secteur d'activité libérale d'un praticien hospitalier s'il a été admis au titre du secteur public et inversement, sauf demande motivée du patient (ou de ses ayants droit) et après avis du chef de service (article R.1112-23 du CSP).

d. Respect des règles de rémunération

Les praticiens doivent transmettre au directeur de l'hôpital un état récapitulatif de leur activité libérale, cet état devant faire figurer au regard de chaque acte (lettres-clés de la

NGAP ou code regroupement de la CCAM) ou consultation, les honoraires correspondants et le cas échéant les dépassements.

Le praticien doit établir une feuille de soins et y porter la cotation des actes réalisés et l'intégralité des honoraires demandés.

2. Les principes de l'activité libérale sur le GHPS

Au sein du GHPS, l'activité libérale est menée selon les principes de la circulaire du 19 octobre 2009.

Elle ne doit pas entraver le fonctionnement du service public, qu'il s'agisse de l'utilisation du plateau technique par exemple de radiologie, ou du travail d'équipe avec les professionnels n'ayant pas d'activité privée.

Le groupe hospitalier attache une importance particulière à plusieurs points :

1°) L'information du malade du caractère privé de l'activité médicale et des tarifs appliqués

Un devis doit être remis au malade dans un délai suffisant pour qu'il dispose du temps nécessaire pour s'informer et le cas échéant changer d'avis. Le choix doit pouvoir être effectivement éclairé. Les honoraires habituellement pratiqués pour les consultations et les principaux actes sont affichés en salle d'attente.

La commission locale d'activité libérale procédera à un contrôle sur place deux fois par an.

Le principe du règlement à l'hôpital des honoraires correspondant à des actes opératoires ou interventionnels est acceptable, mais implique la création d'une organisation spécifique rigoureuse commune à l'ensemble de l'AP-HP.

2°) L'exclusion de l'activité privée de certaines situations et disciplines

Sont exclues de l'activité privée différentes situations et disciplines : les urgences, les réanimations et les USC, et les transplantations. Les malades pris en charge dans ces conditions ou pour ces pathologies, ne peuvent pas secondairement être transférés sur une activité privée (par exemple pour la prise en charge des complications secondaires à un traitement).

Pour des raisons éthiques évidentes, les soins palliatifs de fin de vie ne peuvent donner lieu à une activité privée avec des dépassements d'honoraires. Il en est de même pour des pathologies engageant à très brève échéance le pronostic vital du patient (ceci s'entend pour un patient qui serait vu pour la première fois) et pour les pathologies où il n'y a pas d'alternative au CHU (situation de monopole), ceci incluant l'accès à certains plateaux techniques exceptionnels (Gamma Knife par exemple).

3°) L'étanchéité entre les deux secteurs doit être nuancée.

Un patient peut être transféré du secteur libéral vers le secteur public si il le souhaite et sans formalisme excessif. L'inverse demande plus de formalisme (demande explicite du malade et accord du chef de service).

4°) La garantie de l'égalité d'accès aux soins

Il ne doit pas y avoir de différence significative dans les délais de rendez-vous entre les malades dits « publics » et les malades dits « privés », le délai de rendez-vous ne pouvant être modulé qu'en fonction de l'urgence, de la gravité des pathologies et de la disponibilité des structures (programme opératoire ou vacations de radiologie, lits de réanimation, d'USI, d'USC pour le post-opératoire).

Des testings sur la base d'un cahier des charges validé par le CEL seront réalisés deux fois par an par un prestataire extérieur à l'hôpital. Les résultats seront présentés à la CMEL et au CEL.

5°) La transparence.

L'activité privée doit apparaître dans les tableaux de service et ne jamais dépasser deux demi-journées par semaine (20% du temps total).

3. Les contrôles mis en place sur le GHPS

a. Améliorer la transparence

- Demander à chaque chef de pôle d'établir un rapport annuel sur l'occupation du plateau technique par l'activité libérale au niveau de son pôle.
- Pour les équipements d'imagerie, l'objectif fixé par l'hôpital est un taux moyen de 20 % d'activité libérale par machine et une répartition homogène des activités publiques et privées dans la journée.
- Le planning de l'activité libérale et les déclarations trimestrielles de cette activité libérale doivent être données par le praticien au chef de pôle. L'absence de tableau de service interdit l'activité libérale.
- les plages horaires réservées à l'activité libérale ainsi que le tarif des actes pratiqués le plus couramment (et dont l'affichage réglementaire est déjà obligatoire dans les salles d'attente) seront disponibles sur Safran et sur le site internet de l'hôpital
- Le CEL doit confirmer annuellement les contrats d'activité libérale.
- La commission d'activité libérale (CAL) doit faire un rapport annuel devant le CEL et la CMEL

b. Mettre en place des systèmes automatisés de gestion de l'activité libérale

a. Au niveau des services et des pôles

Pour chaque nouvelle demande de contrat d'activité libérale, le calcul des conséquences de l'activité libérale au niveau des services et des pôles doit être fait pour que cette activité ne rentre pas en contradiction avec l'intérêt du service public selon l'article L.6154-2 du CSP : « Les praticiens statutaires exerçant à temps plein sont autorisés à exercer une activité libérale dans l'établissement public de santé où ils sont nommés, dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle. Ils doivent à cet effet conclure un contrat d'activité libérale, le bon déroulement de cette activité étant soumis au contrôle d'une commission d'activité libérale ».

Pour tout nouveau contrat ou renouvellement de contrat d'activité libérale, le chef de pôle enverra un rapport au CEL, expliquant la manière dont cette activité s'intégrera dans l'ensemble des activités du service et du pôle et ne fera pas obstacle à l'accès aux installations et équipements, notamment médico-techniques.

Le cas échéant, le CEL pourra demander des précisions au praticien et au chef de pôle avant que le contrat d'activité libérale ne soit soumis pour avis à la CMEL.

b. Au niveau des praticiens :

Chaque praticien ayant une autorisation d'activité libérale

- accepte le principe de la création de deux UH dédiées au recueil de l'activité libérale, une UH pour les consultations et une UH pour l'hospitalisation.
- s'engage à enregistrer ou à faire enregistrer toutes ses consultations libérales sur l'UH dédiée et dans le logiciel de gestion des rendez-vous Agenda

Pour les consultations, la direction des finances adressera trimestriellement au praticien le nombre de consultations déclarées en activité publique et en activité privée, issu de Gilda et d'Agenda, leur demandera de le valider et d'y ajouter le nombre de patients et le montant des honoraires perçus.

- est informé que conformément à la réglementation, la Commission locale d'activité libérale procédera
 - à la comparaison du nombre de consultations privées déclarées au nombre de consultations en activité publique, apprécié par les chiffres extraits de GILDA, pondérés par le fait que la consultation a bien été réalisée par le praticien et non par un autre praticien.
 - à la comparaison annuelle entre le relevé SNIR et l'activité privée déclarée.
 - à la comparaison annuelle du nombre d'actes en secteur libéral par rapport au nombre d'actes total annuel du clinicien
 - à la comparaison trimestrielle du nombre de patients hospitalisés en secteur libéral avec celui déclaré sur la feuille de redevance trimestrielle

Pour les praticiens réalisant des actes techniques d'imagerie et d'imagerie interventionnelle, le praticien s'engage :

- à enregistrer ou à faire enregistrer toute son activité dans le système d'information de l'hôpital et on activité sur son nom dans Rados (et seulement son activité)
- pour sa partie d'activité libérale, à l'identifier systématiquement comme activité libérale dans Rados

Pour les praticiens réalisant des actes de chirurgie :

- chaque chirurgien s'engage à enregistrer dans le SAG, à son nom, son activité libérale.

Les contrôles ne seront effectifs qu'à partir du moment de la signature de la charte.

Le non-respect de la charte conduira à une convocation du praticien devant la Commission d'Activité Libérale. Si elle l'estime nécessaire, la CAL peut saisir le CEL. Le cas échéant, le CEL peut demander la suspension de l'autorisation d'activité libérale auprès de l'ARS. Cette demande sera cosignée par le président de la CMEL, le chef de pôle et le directeur de l'hôpital.

Commission de l'activité libérale
de l'Assistance Publique –Hôpitaux de Paris
Règlement intérieur

Vu les articles L6154-1 à L6154-7 et R6154-1 à R6154-24 du Code de la Santé Publique relatifs à l'activité libérale des praticiens temps plein,

Vu les articles L1111-3 et R1111-21 à R1111-25 du Code de la Santé Publique relatifs à l'information et l'affichage,

Vu la circulaire DHOS/M3/2008/313 du 16 octobre 2008 relative à l'application des décrets n° 2008-464 du 15 mai 2008 et n° 2008-1060 du 14 octobre 2008 relatif à la redevance due à l'hôpital par les praticiens statutaires à plein temps exerçant une activité libérale dans les établissements publics de santé,

Vu la circulaire DHOS/M2 n°2005-469 du 14 octobre 2005 relative au contrôle de l'activité libérale, au rôle de la commission locale, à la procédure à suivre dans le cas d'une suspension ou d'un retrait de l'autorisation d'exercer une activité libérale et à certaines dispositions relatives à cette activité,

Vu le règlement intérieur de l'AP-HP [A faire modifier],

Vu l'arrêté directorial n°2011-0060 du 9 mai 2011 relatif aux missions et à l'organisation de la direction de la politique médicale, notamment son article 3,

Chapitre 1 : répartition des compétences entre la CAL et les CLAL

En application de l'article R6154-13 du Code de la Santé Publique, il est constitué à l'AP-HP une Commission de l'activité libérale et 12 Commissions locales de l'activité libérale.

Il résulte de la combinaison de cet article et de l'article R 6154-11 que la commission de l'activité libérale de l'AP-HP exerce les compétences de droit commun des commissions d'activité libérale, sous réserve des attributions spécifiquement confiées aux commissions locales par le premier alinéa de l'article R6154-13.

Ces attributions sont les suivantes:

1°) Veiller, dans le ressort du groupe hospitalier pour lequel elles ont été constituées, « au bon déroulement de l'activité libérale et au respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant ainsi que des stipulations des contrats des praticiens ».

2°) « Apporter à la commission de l'activité libérale les informations utiles à l'exercice de sa mission ».

3°) « Saisir la commission de l'activité libérale de toutes questions relatives à l'exercice de l'activité libérale des praticiens statutaires temps plein ».

Les autres attributions des commissions de l'activité libérale énoncées à l'article R6154-11 et à l'article D6154-15 sont donc exercées exclusivement par la commission (« centrale ») de l'activité libérale.

Il en résulte notamment:

1°) Que la commission de l'activité libérale peut seule être saisie par le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie, le président du conseil de surveillance, le président de la commission médicale d'établissement et le directeur général de l'établissement.

Et que, réciproquement, elle est seule compétente pour soumettre à ces autorités des questions ou des propositions relatives à l'activité libérale des praticiens.

2°) Que le rapport annuel prévu à l'article R6154-11 est établi par la commission de l'activité libérale et que les documents établis dans cette perspective par les commissions locales, quelle que soit leur dénomination, ont le caractère de travaux préparatoires et sont de ce fait non communicables.

3°) Qu'il appartient à la commission de l'activité libérale de conduire, le cas échéant, la procédure prévue à l'article D6154-15.

S'agissant donc de la mission centrale des commissions d'activité libérale, qui est de veiller, de manière continue, au bon déroulement de l'activité libérale et au respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant ainsi que des stipulations des contrats des praticiens, il ressort clairement des textes qu'elle est intégralement de la responsabilité des commissions locales et que, sous les seules réserves ci-dessus mentionnées, la commission d'activité libérale de l'AP-HP n'y intervient que pour favoriser une application uniforme des règles et, en cas de carence d'une commission locale, pour s'y substituer;

Cette responsabilité des commissions locales s'étend à l'ensemble des domaines dont la surveillance est confiée aux commissions d'activité libérale, et en particulier:

- Le contrôle des règles énoncées aux articles L6154-2 du code de la santé publique (seuils de 20% et 50%), L6154-3 (redevance) et 6154-4 (contrats)
- Le contrôle des règles énoncées aux articles L1111-3 et R1111-21 à R1111-25 du même code (information des patients et affichage des tarifs)
- Conformément à la circulaire susvisée du 16 octobre 2008, les conditions de préservation de l'accessibilité des soins pour les patients, et en particulier les dépassements d'honoraires pratiqués et les délais d'accueil selon le secteur de prise en charge.

Chapitre 2 : Fonctionnement de la CAL

2.1 Calendrier des réunions et convocations

Le président de la Commission fixe, en fonction des activités et des échéances attendues, les périodes au cours desquelles les réunions sont nécessaires.

Les membres de la Commission sont consultés par mail sur leurs disponibilités au cours de ces périodes. La date et l'horaire de la réunion sont arrêtés selon la disponibilité de la majorité des membres.

Le président de la Commission convoque les membres par l'intermédiaire du département des ressources humaines médicales.

2.2 Consultation par internet

Les membres peuvent être consultés par mail sur les sujets qui se prêtent à cette forme de consultation. Toutefois, hors les cas expressément prévus par le présent règlement, si deux membres au moins demandent que la question qui fait l'objet de la consultation soit reportée à une réunion formelle de la commission, ce report est de droit.

2.3 Secrétariat

Le secrétariat de la commission est assuré par le département des ressources humaines médicales de la Direction de la Politique Médicale.

Le secrétariat de la commission s'assure que les documents transmis aux membres pour l'exercice de leur mission ne portent pas atteinte au secret médical.

2.4 Confidentialité des données nominatives

Afin de garantir la confidentialité des informations nominatives sur l'activité et les honoraires perçus par les praticiens utilisées par la commission pour l'accomplissement de ses missions, les documents contenant ces informations sont mis à la disposition des membres de la commission mais sont restitués au DRHM à l'issue de chaque réunion, sauf en cas d'application de l'article D6154-15 du Code de la santé publique.

2.5 Autres participants

Le Directeur Général de l'AP-HP, ou les représentants qu'il désigne, peuvent participer à titre consultatif, aux réunions de la commission.

Les représentants du département des ressources humaines médicales participent, à titre consultatif, aux réunions de la Commission.

La commission peut, sur des points inscrits à l'ordre du jour, inviter à participer aux

réunions toute personne dont la compétence est de nature à éclairer ses avis ou propositions.

Chapitre3: Application de l'article D6154-15 du Code de la Santé Publique

3.1 Ouverture de la procédure

La commission peut être saisie par les instances mentionnées au R6154-11 du CSP ou par les commissions locales de l'activité libérale. Elle peut également s'autosaisir.

Sauf sur saisine du directeur général de l'ARS, auquel cas l'ouverture de la procédure est de droit, la décision d'ouverture de la procédure est prise à la majorité des membres, rendus préalablement destinataires de l'ensemble des éléments du dossier.

Dès l'ouverture de la procédure, la CAL et le DRHM, secrétariat de la CAL, deviennent les uniques interlocuteurs du praticien en cause.

3.2 désignation d'un rapporteur et notification des griefs

Le président de la commission désigne, après consultation des membres de la commission et parmi ses membres, un rapporteur.

Une lettre de mission adressée au rapporteur et communiquée au praticien en cause, ainsi qu'au président de la CLAL et au directeur du groupe hospitalier concernés, précise la nature et l'étendue des griefs qui ont motivé l'ouverture de la procédure et sur lesquels doit se dérouler le débat contradictoire. La lettre fixe également le délai dans lequel le rapport doit être remis à la commission.

3.3 Instruction par le rapporteur

Le rapporteur peut demander à entendre, outre le praticien concerné, toute personne dont il estime le témoignage de nature à éclairer l'instruction du dossier.

La direction du groupe hospitalier et la commission locale lui apportent tout l'appui nécessaire et lui communiquent tout document utile à l'instruction du dossier.

3.4 Rapport

Le rapport, rédigé dans le respect du secret médical et de l'anonymat des patients, présente, analyse et discute, à charge et à décharge, les éléments susceptibles d'établir l'existence et, le cas échéant, la gravité de l'infraction ayant motivé l'ouverture de la procédure. Il se conclut par l'opinion du rapporteur sur les points qui précèdent. Il ne contient pas de proposition de sanction, l'opinion du rapporteur sur ce sujet ayant vocation à s'exprimer en même temps que celle des autres membres de la commission à l'issue du débat contradictoire.

Le rapport est communiqué aux membres de la Commission par mail. Ceux-ci

disposent d'un délai de 15 jours pour formuler leurs éventuelles observations.

Au vu de ces observations, le rapporteur modifie ou non son rapport, qui devient définitif.

3.5 Débat contradictoire

Dès que le rapport est définitif, le secrétariat de la commission informe le praticien en cause que ce rapport ainsi que l'ensemble des pièces du dossier sont à sa disposition ou à celle de son conseil.

Le praticien est également informé de la date à laquelle se réunira la commission pour statuer sur son dossier. Cette réunion ne peut se tenir moins de 30 jours après que le rapport et le dossier ont été mis à la disposition du praticien.

Le praticien peut demander à être entendu par la Commission ou présenter des observations écrites. Il peut se faire assister par un ou des défenseurs.

3.6 Avis et propositions de la Commission

La commission se prononce à la majorité des membres présents sur l'opportunité d'une sanction et, le cas échéant, sur son quantum, ainsi que sur les motifs de son avis ou de sa proposition. En cas d'égalité des voix, celle du président est prépondérante.

Le projet d'avis ou de proposition rédigé est communiqué par mail aux membres qui disposent de quinze jours pour faire connaître leurs observations éventuelles. Ces observations sont portées à la connaissance de l'ensemble des autres membres. Au vu de ces observations, le président arrête la rédaction définitive de l'avis ou de la proposition.

3.7 Transmission à l'ARS

L'avis définitif est transmis au directeur général de l'ARS.

Une copie de l'avis est adressée au praticien concerné, au président de la commission locale, au directeur du GH et à la directrice générale de l'AP-HP.

Charte de fonctionnement Activité publique et libérale au CHU de Nancy

Rappel des principaux textes

Art L6154-1 à L61154-7 du Code de la Santé Publique

Art R6154-1 à D61154-10-3 et R6154-11 à D61154-17 du Code de la Santé Publique

Circulaire n°DHOS/M2/005-469 du 14 octobre 2005

Circulaire n°DHOS/F4/2009-363 du 24 novembre 2009

Cette charte a pour objectif de préciser les conditions de réalisation de l'activité libérale au CHU de Nancy dans le respect de la réglementation, du libre choix des patients et des intérêts de l'établissement. Elle est revue au minimum tous les ans par la commission d'activité libérale.

Elle suppose un engagement mutuel :

- des praticiens qui souhaitent exercer une activité à titre libéral
- et de l'établissement.

Comme le prévoit la réglementation, la commission d'activité libérale est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité et au respect de la réglementation la régissant, au suivi de l'activité et des indicateurs proposés par cette charte. Ces indicateurs peuvent aller au-delà de ce que prévoient les textes. La commission d'activité libérale peut proposer pour l'exercice de ses missions de nouveaux indicateurs.

Au CHU de Nancy, l'activité libérale s'exerce pour les actes réalisés au cours de consultations externes ou d'hospitalisation.

- Il est rappelé que la durée de l'activité libérale ne peut excéder 20 % de la durée du service hospitalier hebdomadaire
- La durée d'une demi journée de consultation au titre de l'activité libérale ne doit pas être supérieure à celle pratiquée dans le secteur public. Une durée de consultation supérieure à 5 heures excède une demi journée.

Patients bénéficiaires de la CMU

Les patients affiliés à la CMU sont pris en charge au CHU de Nancy sans discrimination, que ce soit en secteur public ou libéral. Les praticiens qui exercent en secteur II s'engagent notamment à ne pas appliquer de dépassement d'honoraire. La prise de rendez vous ne peut comporter aucune question sur le type de couverture sociale du patient.

Priorité aux ressources de l'établissement

Les services du CHU sont utilisés de façon prioritaire, sous réserve du libre choix du patient, pour la réalisation des examens complémentaires (imagerie, laboratoire) et pour l'hospitalisation en secteur public. Le CHU s'engage à ce que ces ressources soient effectivement disponibles.

Aucun lit ni aucune installation médico-technique ne doit être réservé à l'exercice de l'activité libérale.

Délais des rendez vous et équilibre public – privé

Le principe est qu'il existe toujours un rendez-vous médical public disponible en moyenne dans les mêmes délais que le premier rendez-vous en privé. Ce principe ne peut avoir d'exception dans les spécialités médicales où un retard de prise en charge nuirait gravement au patient.

La proposition de rendez-vous respecte le libre choix des patients :

- Soit le patient exprime spontanément son choix et un rendez-vous lui est proposé.
- Soit le patient est spécifiquement adressé à un médecin, un rendez-vous lui est alors proposé en lui demandant de choisir le mode de prise en charge qu'il souhaite (secteur public ou libéral si le praticien exerce selon ces deux modalités).
- si le patient n'exprime pas de choix particulier, la première question à lui poser est le choix du secteur, public ou libéral.
- Les tarifs des honoraires pratiqués, dépassements éventuels compris, sont annoncés lors de la prise de rendez-vous et affichés de façon claire et visible dans les salles d'attente.

Suivi des activités publiques – privées par la Commission d'activité libérale

La Commission d'Activité Libérale réalise des contrôles réglementaires nominatifs et individuels comparant l'activité privée et l'activité publique des praticiens exerçant une activité libérale. Les documents transmis permettent de distinguer l'activité publique de l'activité libérale, l'activité de consultation externe et d'hospitalisation (actes CCAM). L'activité est fournie en volume et en valorisation (base de remboursement de l'Assurance Maladie).

- Contrôles à partir du comparatif public-privé

Les données d'activité libérale sont issues des déclarations des praticiens servant de base pour le calcul de la redevance. Les données d'activité publique du praticien sont fournies par la Direction de la facturation à partir du Collecteur d'actes.

Ce suivi implique de comptabiliser avec précision les actes publics et privés qui ont été personnellement réalisés par chaque praticien. Il incombe aux praticiens de s'identifier comme réalisateurs des actes qu'ils ont personnellement réalisés en précisant s'il s'agit d'un acte public ou d'un acte privé.

- Comparatif de l'activité déclarée avec les relevés avec les relevés SNIR

L'activité déclarée par les praticiens est comparée avec les relevés SNIR transmis par l'Assurance Maladie, en volume et en valeur.

Annexe n° 7 : Références législatives et réglementaires

REFERENCES LEGISLATIVES ET REGLEMENTAIRES

1) Textes législatifs : Articles L.6154-1 à L.6154-7 du code de la santé publique

« Chapitre IV : Activité libérale des praticiens temps plein.

Article L.6154-1

Dès lors que l'exercice des missions de service public définies à l'article L.6112-1 dans les conditions prévues à l'article L.6112-3 n'y fait pas obstacle, les praticiens statutaires exerçant à temps plein dans les établissements publics de santé sont autorisés à exercer une activité libérale dans les conditions définies au présent chapitre.

Article L.6154-2

L'activité libérale peut comprendre des consultations, des actes et des soins en hospitalisation ; elle s'exerce exclusivement au sein des établissements dans lesquels les praticiens ont été nommés ou, dans le cas d'une activité partagée, dans l'établissement où ils exercent la majorité de leur activité publique, à la triple condition:

1° Que les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public;

2° Que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens;

3° Que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique.

Aucun lit ni aucune installation médico-technique ne doit être réservé à l'exercice de l'activité libérale.

Des dispositions réglementaires fixent les modalités d'exercice de l'activité libérale.

Article L.6154-3

Le praticien exerçant une activité libérale choisit de percevoir ses honoraires directement ou, par dérogation aux dispositions de l'article L.162-2 du code de la sécurité sociale, par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital.

Les organismes gestionnaires d'un régime de base d'assurance maladie communiquent au directeur et au président de la commission de l'activité libérale mentionnée à l'article L.6154-5 de l'établissement public de santé dans lequel il exerce les informations sur ses recettes, le nombre de ses consultations et le volume des actes qu'il effectue.

L'activité libérale donne lieu au versement à l'établissement par le praticien d'une redevance dans des conditions déterminées par décret.

Les actes de scanographie donnent lieu au reversement, au bénéfice du praticien radiologue hospitalier par l'établissement public qui l'emploie, d'une quote-part du forfait technique lorsque ces actes sont réalisés dans le cadre de l'exercice libéral de ce praticien. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application de cette disposition.

Article L.6154-4

Les modalités d'exercice de l'activité libérale font l'objet d'un contrat conclu entre le praticien concerné et l'établissement public de santé sur la base d'un contrat type d'activité libérale établi par voie réglementaire.

Ce contrat est approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis du directeur, du chef de pôle et du président de la commission médicale d'établissement, pour une durée de cinq ans renouvelable. L'approbation du contrat vaut autorisation d'exercice de l'activité libérale.

Des modalités différentes peuvent être prévues par les statuts mentionnés au 1° de l'article L.6152-1 en ce qui concerne la protection sociale des praticiens hospitaliers selon qu'ils concluent ou non un contrat d'activité libérale, en application du présent article.

Article L.6154-5

Dans chaque établissement public de santé où s'exerce une activité libérale, une commission de l'activité libérale est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité.

Une commission nationale de l'activité libérale siège auprès du ministre chargé de la santé.

Les attributions, les conditions de fonctionnement et la composition de ces commissions, au sein desquelles doit notamment siéger un représentant des usagers du système de santé au sens de l'article [L. 1114-1](#), sont fixées par voie réglementaire.

Ces commissions peuvent, sous réserve du respect du secret médical, demander toutes informations utiles sur l'activité libérale d'un praticien, et notamment communication des statistiques de son activité qui sont détenues par les organismes de sécurité sociale compétents.

Article L.6154-6

L'autorisation mentionnée à l'article L.6154-4 peut être suspendue ou retirée par le directeur général de l'agence régionale de santé lorsque le praticien méconnaît les obligations qui lui incombent en vertu des lois et règlements et les dispositions du contrat; cette décision est prise après avis ou sur proposition de la commission

mentionnée au premier alinéa de l'article L.6154-5 dans des conditions définies par décret.

Le ministre chargé de la santé, saisi dans le cadre d'un recours hiérarchique des contestations relatives aux décisions prises en application de l'alinéa précédent, doit statuer après avis de la commission nationale mentionnée à l'article L.6154-5.

Article L.6154-7

Sont déterminées par décret en Conseil d'Etat les mesures réglementaires prévues aux articles L.6154-2, L.6154-4, L.6154-5 et, sauf dispositions contraires et en tant que de besoin, les modalités d'application des autres dispositions du présent chapitre. »

2) Textes réglementaires relatifs à l'activité libérale : articles R.6154-1 à 27 du code de la santé publique

« Section 1 : Modalités d'exercice

Article R.6154-1

La participation par un praticien hospitalier à une activité extérieure d'intérêt général pour la durée maximale prévue par l'article [R.6152-30](#) est exclusive de l'exercice de toute activité libérale.

Dans le cas où la durée d'activité d'intérêt général effectivement exercée est inférieure au plafond fixé par les dispositions susmentionnées, le praticien peut être autorisé à exercer une activité libérale pour une durée réduite à due concurrence.

Article R.6154-2

Les personnels non titulaires, mentionnés au [3° de l'article 1er du décret n° 84-135 du 24 février 1984](#) portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires, qui exercent une activité libérale, ne peuvent bénéficier des congés prévus par l'article 26-9 du même décret.

Article R.6154-3

Les praticiens qui choisissent de percevoir directement leurs honoraires fournissent au directeur de l'établissement public de santé un état récapitulatif de l'exercice de leur activité libérale, nécessaire au calcul de la redevance qu'ils doivent acquitter en application de l'article [L.6154-3](#). La redevance due fait l'objet d'un paiement trimestriel.

Lorsque l'établissement recouvre les honoraires pour le compte du praticien, ce dernier adresse au directeur de l'établissement public de santé cet état récapitulatif.

L'établissement reverse mensuellement les honoraires à l'intéressé et prélève trimestriellement le montant de la redevance.

Les organismes gestionnaires d'un régime de base d'assurance maladie communiquent tous les six mois au directeur et au président de la commission de l'activité libérale les informations énumérées à l'article L.6154-3.

Article R.6154-4

Le contrat conclu, en application de l'article [L.6154-4](#), entre le praticien et le directeur de l'établissement précise notamment les modalités d'exercice de l'activité libérale de ce praticien ; il comprend au minimum les clauses figurant dans le contrat type constituant l'annexe 61-2.

Article R.6154-5

Le contrat, signé par les deux parties, est transmis par le directeur de l'établissement au directeur général de l'agence régionale de santé accompagné de son avis, de celui du chef de pôle et de celui du président de la commission médicale d'établissement. Le délai d'approbation est fixé à deux mois à compter de la réception du contrat par le directeur général de l'agence régionale de santé. A l'expiration de ce délai, le contrat est réputé approuvé si le directeur général de l'agence régionale de santé n'a pas fait connaître son opposition.

Le contrat peut, avec l'accord des deux parties, faire l'objet d'une révision avant sa date d'expiration. La révision et le renouvellement du contrat sont soumis à la même procédure de consultation et d'approbation que le contrat initial.

En cas de renouvellement du contrat, celui-ci, signé par les deux parties, est transmis au directeur général de l'agence régionale de santé, accompagné des avis mentionnés au premier alinéa, trois mois au moins avant la date d'expiration du précédent contrat. L'approbation est réputée acquise si, dans le délai de deux mois à compter de la réception de la demande, le directeur général de l'agence régionale de santé n'a pas fait connaître son opposition au renouvellement.

Article R.6154-6

Lorsqu'un malade traité au titre de l'activité libérale d'un praticien est hospitalisé, ses frais de séjour sont calculés, en fonction du régime choisi, selon les dispositions tarifaires normalement applicables.

Article R.6154-7

Pour tout acte ou consultation, le patient qui choisit d'être traité au titre de l'activité libérale d'un praticien reçoit, au préalable, toutes indications quant aux règles qui lui seront applicables du fait de son choix.

En cas d'hospitalisation, il formule expressément et par écrit son choix d'être traité au titre de l'activité libérale d'un praticien.

Les dispositions de l'article [R.1112-23](#) sont applicables dans tous les établissements publics de santé.

Article R.6154-8

La quote-part du forfait technique mentionnée au dernier alinéa de l'article [L.6154-3](#) est fixée à 20 % de son montant.

Article R.6154-9

Les praticiens radiologues hospitaliers qui pratiquent des actes de scanographie fournissent au directeur de l'établissement public de santé un état récapitulatif trimestriel du nombre d'actes de scanographie réalisés dans le cadre de leur activité libérale.

Article R.6154-10

L'établissement public de santé reverse trimestriellement aux praticiens radiologues hospitaliers la quote-part du forfait technique mentionnée à l'article [R.6154-8](#).

Article D.6154-10-1

La redevance mentionnée à [l'article L.6154-3](#), due à l'établissement par les praticiens qui exercent une activité libérale, est fixée en pourcentage des honoraires qu'ils perçoivent au titre de cette activité.

Toutefois, ne sont pas soumis à redevance les honoraires perçus au titre des examens dont la tarification dissocie la prestation intellectuelle des frais de fonctionnement de l'appareil.

Article D.6154-10-2

L'état récapitulatif mentionné au premier alinéa de l'article [R.6154-3](#) indique le détail des actes réalisés au titre de l'activité libérale, en code et en valeur.

Article D.6154-10-3

Le taux de la redevance mentionnée à [l'article L.6154-3](#) est ainsi fixé :

1° Consultations : 16 % pour les centres hospitaliers universitaires, 15 % pour les centres hospitaliers ;

2° Actes autres que les actes d'imagerie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de biologie : 25 % pour les centres hospitaliers universitaires, 16 % pour les centres hospitaliers ;

3° Actes d'imagerie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de biologie : 60 % pour les centres hospitaliers universitaires et pour les centres hospitaliers.

Par exception aux dispositions de l'alinéa précédent, le taux de redevance est fixé, pour les actes d'imagerie associés à un acte interventionnel et auxquels était affectée, antérieurement au 31 mars 2005, une double cotation en K ou KC et en Z, à 40 % pour les centres hospitaliers universitaires et à 20 % pour les centres hospitaliers. La liste de ces actes est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

Pour les actes dont la codification issue de la liste établie en application de [l'article L.162-1-7](#) du code de la sécurité sociale comprend la codification d'un acte principal et celle d'un geste complémentaire ou d'un supplément, il convient d'appliquer séparément à l'acte principal, d'une part, et au geste complémentaire ou au supplément, d'autre part, le taux défini pour chacun d'eux par les dispositions du présent article en fonction de la nature de l'acte et de la catégorie de l'établissement.

Sous-section 1 : Commissions locales de l'activité libérale.

Article R.6154-11

La commission de l'activité libérale de l'établissement est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité et au respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant ainsi que des stipulations des contrats des praticiens.

Elle peut se saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale des praticiens ou en être saisie par le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie, le président du conseil de surveillance, le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'établissement. Un praticien peut saisir la commission de l'activité libérale de toute question relative à l'exercice de son activité libérale.

La commission peut soumettre aux autorités mentionnées à l'alinéa précédent toute question ou proposition relative à l'activité libérale des praticiens.

La commission établit chaque année un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein de l'établissement et sur les informations financières qui lui ont été communiquées en application du dernier alinéa de [l'article L.6154-5](#).

Le rapport est communiqué, pour information, à la commission médicale d'établissement, au conseil de surveillance, au directeur de l'établissement et au directeur général de l'agence régionale de santé.

Article R.6154-12

Les membres de la commission de l'activité libérale sont nommés par le directeur général de l'agence régionale de santé.

La commission comprend :

1° Un membre du conseil départemental de l'ordre des médecins, n'exerçant pas dans l'établissement et n'ayant pas d'intérêt dans la gestion d'un établissement de santé privé, désigné sur proposition du président du conseil départemental de l'ordre des médecins ;

2° Deux représentants désignés par le conseil de surveillance parmi ses membres non médecins ;

3° Un représentant de l'agence régionale de santé désigné par son directeur général ;

4° Un représentant de la caisse primaire d'assurance maladie désigné par son directeur ;

5° Deux praticiens exerçant une activité libérale désignés par la commission médicale d'établissement ;

6° Un praticien statutaire à temps plein, n'exerçant pas d'activité libérale, désigné par la commission médicale d'établissement ;

7° Un représentant des usagers du système de santé choisi parmi les membres des associations mentionnées à l'[article L.1114-1](#).

La commission élit son président parmi ses membres, par vote à bulletin secret, à la majorité absolue au premier tour de scrutin, à la majorité relative au second tour. En cas d'égalité de voix au second tour, les intéressés sont départagés au bénéfice du plus âgé.

Article R.6154-13

A l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, aux hospices civils de Lyon et à l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille, il est constitué autant de commissions locales de l'activité libérale qu'il existe de commissions médicales d'établissement locales. Les commissions locales de l'activité libérale sont chargées de veiller au bon déroulement de cette activité et au respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant ainsi que des stipulations des contrats des praticiens. Elles apportent à la commission de l'activité libérale les informations et les avis utiles à l'exercice de sa mission et peuvent la saisir de toutes questions relatives à l'exercice de l'activité libérale des praticiens statutaires temps plein.

Pour l'application des dispositions de l'article [R.6154-12](#), l'un des membres mentionnés au 5° est désigné par la commission médicale d'établissement locale compétente et l'autre est désigné par la commission médicale d'établissement parmi les praticiens exerçant en dehors de l'établissement siège de la commission médicale d'établissement locale.

Article R.6154-14

Le mandat des membres de la commission de l'activité libérale d'établissement est de trois ans. Les membres qui perdent la qualité au titre de laquelle ils ont été appelés à

siéger sont remplacés dans les mêmes conditions de désignation pour la durée du mandat restant à courir.

La commission se réunit au moins une fois par an et chaque fois qu'elle est saisie par les autorités énumérées à l'article [R.6154-11](#) ou par un praticien. Elle est convoquée à l'initiative de son président. Ses membres sont soumis à l'obligation de secret.

Le secrétariat de la commission est assuré à la diligence de la direction de l'établissement.

Article D.6154-15

Lorsque, par application de [l'article L.6154-6](#), la commission est consultée par le directeur général de l'agence régionale de santé sur la suspension ou le retrait de l'autorisation d'exercer d'un praticien ou qu'elle décide de se saisir du cas d'un praticien, son président désigne, parmi les membres de la commission, un rapporteur chargé d'instruire le dossier.

Le praticien peut prendre connaissance des pièces de son dossier trente jours au moins avant la réunion de la commission. Il peut demander à être entendu par celle-ci ou présenter des observations écrites et se faire assister par un ou des défenseurs.

Si l'un des praticiens membres de la commission est en cause, il ne peut siéger pour l'examen de son cas. La commission médicale d'établissement ou, le cas échéant, la commission médicale d'établissement locale lui désigne un remplaçant pour la durée de la procédure.

La commission arrête sa proposition ou son avis à la majorité de ses membres présents. En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

Les avis et propositions de la commission sont motivés.

Lorsqu'elle a été saisie par le directeur général de l'agence régionale de santé, la commission rend son avis deux mois au plus tard après cette saisine ; passé ce délai, cet avis est réputé rendu.

Article D.6154-16

La durée de la suspension de l'autorisation d'exercice de l'activité libérale prévue par l'article [L.6154-6](#) ne peut excéder deux ans.

Article D.6154-17

La décision de suspension ou de retrait de l'autorisation d'exercice de l'activité libérale est notifiée par le directeur général de l'agence régionale de santé au praticien concerné ainsi qu'au directeur de l'établissement par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Section 3 : Protection sociale des praticiens.

Article R.6154-25

Par dérogation aux dispositions des articles [R.6152-37 à R.6152-39](#), les praticiens hospitaliers à plein temps qui exercent une activité libérale sont indemnisés dans les conditions suivantes en cas de maladie non imputable au service :

1° Pendant leurs congés de maladie, trois mois aux deux tiers de leurs émoluments et neuf mois au tiers ;

2° Pendant leurs congés de longue maladie, un an aux deux tiers de leurs émoluments et deux ans au tiers ;

3° Pendant leurs congés de longue durée, trois ans aux deux tiers de leurs émoluments et deux ans au tiers.

Article R.6154-26

Les praticiens hospitaliers à temps plein qui exercent une activité libérale cotisent au régime de retraite complémentaire des assurances sociales institué par le [décret n° 70-1277 du 23 décembre 1970](#) portant création d'un régime de retraites complémentaires des assurances sociales en faveur des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques sur les deux tiers de leurs émoluments hospitaliers, y compris certaines indemnités définies par décret.

Toutefois, pour ceux d'entre eux qui avaient la qualité de chef de service, de praticien du cadre hospitalier ou de spécialiste du premier grade du cadre hospitalier d'anesthésie-réanimation ou d'hémodiagnostic-transfusion avant d'être intégrés dans le corps des praticiens hospitaliers régi par la section 1 du chapitre II du présent titre, l'assiette de cotisations ne peut être inférieure au traitement brut afférent au premier chevron du groupe A des rémunérations hors échelle de la fonction publique.

Article R.6154-27

Les dispositions des articles [R.6154-25 et R.6154-26](#) sont applicables aux praticiens hospitaliers détachés en qualité de praticien hospitalier-universitaire, en application de l'[article 27 du décret n° 84-135 du 24 février 1984](#) portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires et qui exercent une activité libérale, pour ce qui concerne chaque part de leur rémunération, telle que définie à l'article 30 de ce décret ».

