

Sommaire

INTRODUCTION.....	3
1 UNE AUGMENTATION IMPORTANTE DES DEPASSEMENTS SUR MOYENNE PERIODE	6
1.1 APRES PRISE EN COMPTE DES COUVERTURES COMPLEMENTAIRES, LE RESTE A CHARGE DES PATIENTS EST CONSTITUE POUR L'ESSENTIEL DE DEPASSEMENTS D'HONORAIRES	6
1.1.1 <i>Les couvertures maladie complémentaires sont très largement diffusées dans la population mais les garanties sont mal connues</i>	6
1.1.2 <i>En cas d'hospitalisation, les couvertures maladie complémentaires prennent généralement en charge le ticket modérateur ainsi que le forfait journalier hospitalier, éventuellement pour une durée limitée</i>	7
1.1.2.1 Le ticket modérateur	7
1.1.2.2 Le forfait journalier hospitalier	8
1.1.3 <i>Pour les honoraires des médecins eux-mêmes, les niveaux de prise en charge des dépassements par les contrats d'assurance maladie complémentaire sont très dispersés</i>	8
1.1.3.1 Le ticket modérateur sur les honoraires est généralement pris en charge	8
1.1.3.2 Les dépassements sont très inégalement couverts.....	8
1.2 L'AUGMENTATION ET LA BANALISATION DES DEPASSEMENTS DES MEDECINS SPECIALISTES S'ACCOMPAGNENT D'UNE CONCENTRATION SUR CERTAINES REGIONS ET CERTAINES DISCIPLINES	9
1.2.1 <i>Les spécialistes du secteur à honoraires libres ont pu, à travers les dépassements, adapter leur niveau de revenu</i>	9
1.2.1.1 La part des dépassements dans les honoraires a augmenté deux fois plus pour les spécialistes tous secteurs confondus que pour l'ensemble des médecins.	9
1.2.1.2 Dans le secteur à honoraires libres, le montant des dépassements a doublé en quinze ans en valeur réelle ; contenue pour les omnipraticiens, cette pratique est devenue majoritaire chez les spécialistes.....	11
1.2.1.3 Dans certaines disciplines, la part croissante des médecins installés en secteur à honoraires libres contribue à l'importance des dépassements	13
1.2.1.4 Depuis un peu plus de dix ans, les dépassements ont augmenté trois fois plus vite en valeur réelle que les revenus moyens des spécialistes.	13
1.2.2 <i>Les taux moyens de dépassements présentent des disparités importantes entre spécialités, entre les régions et au sein d'une même spécialité</i>	17
1.3 CES CONSTATS SE RETROUVENT DANS LA PRATIQUE DES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES DES PRATICIENS EXERÇANT DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS ET PRIVES	19
1.3.1 <i>Dans les établissements de santé privés, les dépassements sont principalement le fait des anesthésistes et chirurgiens exerçant en secteur 2 en Ile - de - France, Rhône-Alpes, Alsace, PACA et Nord - Pas de Calais</i>	19
1.3.1.1 Les dépassements d'honoraires se concentrent sur un petit nombre de régions et sur certaines activités.	20
1.3.1.2 Dans quelques départements, les dépassements d'honoraires constituent pour certains praticiens spécialistes de secteur 2, la part principale des revenus, devant celle liée aux honoraires à tarif opposable.	20
1.3.2 <i>L'activité libérale des praticiens hospitaliers publics en secteur 2 est faible mais elle suit en l'amplifiant la même dynamique que celle observée dans les établissements privés</i>	21
1.3.2.1 Peu de praticiens hospitaliers publics ont une activité libérale et ils l'exercent majoritairement en secteur 1	21
1.3.2.2 Mais lorsqu'elle est exercée en secteur 2, l'activité libérale suit en l'amplifiant la même dynamique que celle observée dans les établissements privés	22
1.3.2.3 Sur certaines zones et dans certaines disciplines, la pratique des dépassements dans le secteur hospitalier public pourrait venir renforcer les tensions observées dans le seul secteur libéral.	23
1.4 LA FACTURATION AUX TARIFS OPPOSABLES DES PRATICIENS EN SECTEUR 2 EST FAIBLE POUR LES CONSULTATIONS CONTRAIREMENT AUX ACTES TECHNIQUES ; LES TARIFS DES CONSULTATIONS SONT PEU MODULES	23
1.4.1 <i>La part des consultations effectuées aux tarifs opposables par les praticiens à honoraires libres est faible, voire très faible</i>	24
1.4.2 <i>Pour les actes techniques, les praticiens de secteur 2 recourent davantage aux tarifs opposables, en particulier dans les spécialités où les actes techniques sont les plus nombreux</i>	25
1.4.3 <i>Dans la plupart des spécialités, un quart à la moitié des praticiens n'ont qu'un ou deux tarifs de consultation</i>	27
1.4.4 <i>Les dépassements d'honoraires sur les consultations concernent également les bénéficiaires de la CMU complémentaire</i>	28
1.4.4.1 Les dépassements d'honoraires sont en principe interdits	28
1.4.4.2 Mais la loi est largement méconnue dans certaines spécialités et zones géographiques	28

1.5	L'ETUDE MENEES SUR QUATRE EPISODES DE SOINS ETABLIT QU'UNE MAJORITE DE PATIENTS EST AUJOURD'HUI CONFRONTEE A DES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES DONT LES MONTANTS PEUVENT ETRE ELEVES	29
1.5.1	<i>Au cours des épisodes de soins sélectionnés, des dépassements d'honoraires ont été facturés à la majorité des patients, pour des montants moyens pouvant être élevés</i>	29
1.5.2	<i>La dispersion des dépassements d'honoraires est large</i>	31
1.5.2.1	Selon l'épisode de soins, la dispersion des dépassements d'honoraires varie de quelques euros à plusieurs centaines d'euros	31
1.5.2.2	Centrée sur l'acte principal, l'étude de la dispersion des dépassements d'honoraires montre que celle-ci peut être très importante	32
2	PEU IMPORTANTS A L'ORIGINE, LES DEPASSEMENTS, DU FAIT DE LEUR AMPLEUR REMETTENT EN CAUSE CERTAINS DES PRINCIPES SUR LESQUELS REPOSE LE SYSTEME DE SOINS	35
2.1	DE NOMBREUSES RAISONS EXPLIQUENT LEUR DERIVE	35
2.1.1	<i>les assurés ont accepté cette charge avant qu'elle ne se banalise, comme si elle était une garantie de qualité sans en être pour autant plus onéreuse pour eux</i>	35
2.1.1.1	le dépassement peut être considéré, faussement, par les patients, comme une garantie de qualité des soins prodigués	35
2.1.1.2	Le coût des soins peut être considéré comme gratuit du fait de l'intervention des complémentaires alors qu'ils génèrent des effets inflationnistes	36
2.1.2	<i>les dépassements ont constitué un marché de développement pour les organismes complémentaires qui ont été conduits à les prendre en charge du fait de la concurrence entre eux</i>	36
2.1.3	<i>Les établissements n'ont pas eu jusque là un intérêt financier évident à maîtriser le niveau des dépassements</i>	37
2.1.3.1	le lien juridique entre le praticien et la clinique désintéresse l'établissement du coût du dépassement	37
2.1.3.2	Toutefois la possibilité offerte aux médecins de pratiquer des dépassements à permis aux établissements publics de les retenir ou de les recruter après l'instauration du temps plein à partir de 1959	38
2.1.4	<i>Les dépassements d'honoraires ne pèsent pas sur les dépenses remboursées par les régimes obligatoires et sont peu contrôlés</i>	39
2.1.5	<i>Les pouvoirs publics n'ont pu agir que marginalement, quand ils l'ont fait, sur l'écart croissant entre les honoraires libéraux totaux et les honoraires remboursés</i>	40
2.2	LES ARGUMENTS QUI POURRAIENT CONDUIRE A LES REFORMER	41
2.2.1	<i>la prise en charge des dépassements par les couvertures complémentaires profite principalement aux classes sociales les plus aisées et génère des effets pervers pour les personnes les moins bien couvertes</i>	41
2.2.1.1	les couvertures les plus généreuses sont surtout accessibles aux cadres des grandes entreprises	41
2.2.1.2	les effets pervers de la couverture des dépassements	42
2.2.2	<i>La restructuration de l'offre de soins est rendue plus difficile</i>	43
2.2.2.1	Les dépassements ont renforcé l'inégalité de la répartition de médecins sur l'ensemble du territoire	44
2.2.2.2	La concentration de spécialistes de secteur 2 augmente le taux de dépassement moyen et accroît paradoxalement l'inégalité d'accès aux soins dans les régions à forte densité médicale	46
2.2.3	<i>Les outils conventionnels perdent de leur efficacité</i>	50
2.2.3.1	Le lien conventionnel est affaibli	50
2.2.3.2	La pression sur les tarifs opposables ne perd aucunement de sa force	50
2.2.4	<i>la mauvaise information des assurés est réelle</i>	50
2.2.4.1	L'information délivrée aux assurés corrige très mal l'asymétrie des relations entre les praticiens et eux	50
2.2.4.2	Les représentants des praticiens n'ont jamais été très soucieux d'améliorer cette information	53
2.2.5	<i>... en l'absence de toute contrepartie, tout encadrement ou sanctions</i>	54
2.2.5.1	Les dépassements ne permettent pas aux assurés d'obtenir des contreparties garanties, ni en termes de temps de consultation, de diplômes, de niveau de compétence. Les dépassements n'ont pas de contrepartie pour les patients en terme de qualité des soins et ne matérialisent ainsi pas une médecine où la qualité serait seulement garantie aux patients les plus aisés financièrement	54
2.2.5.2	Les assurés paraissent ne pas oser porter plainte	55
2.2.5.3	En conséquence les CPAM comme le conseil de l'ordre des médecins ne prononcent que peu de sanctions	55
2.2.5.4	Le tact et mesure ne représente pas une base suffisante pour caractériser l'abus dans la fixation des honoraires et contenir les excès	56
3	LES PROPOSITIONS	57
3.1	MIEUX INFORMER, MIEUX EVALUER, MIEUX CONTROLER S'IMPOSENT QUELLE QUE SOIT LA REFORME ENGAGEE	57
3.1.1	<i>Améliorer l'information des assurés</i>	57

3.1.1.1	Les informations délivrées par l'assurance maladie.....	57
3.1.1.2	Les informations à la charge des praticiens	58
3.1.1.3	L'information des personnes en situation de précarité.....	59
3.1.2	<i>Délivrer une autorisation temporaire d'exercer et évaluer périodiquement les résultats.....</i>	59
3.1.3	<i>Renforcer les contrôles sur les montants réellement payés par l'assuré et donner une réalité concrète aux sanctions.....</i>	59
3.1.3.1	établir un plan de contrôle France entière	59
3.1.3.2	donner aux CPAM un pouvoir de sanction financière en matière de dépassement.....	59
3.1.4	<i>Améliorer la connaissance de l'exhaustivité des revenus des praticiens</i>	60
3.1.5	<i>Améliorer la connaissance des couvertures maladie complémentaires</i>	61
3.2	PLAFONNER LES DEPASSEMENTS EN VOLUME ET/OU EN VALEUR.....	62
3.2.1	<i>La logique du secteur optionnel ne peut être conduite à son terme que grâce à la suppression du secteur 2</i>	62
3.2.2	<i>l'option de coordination mériterait d'être corrigée et mieux valorisée</i>	64
3.2.3	<i>D'autres modalités d'encadrement des dépassements par catégorie de professionnels de santé sont à évoquer, notamment lorsqu'elles permettent de tenir compte de la réalité de l'offre.....</i>	61
3.3	SUPPRIMER EN TOTALITE OU PARTIELLEMENT LA POSSIBILITE DES DEPASSEMENTS OU AMENAGER DES CONTREPARTIES REELLES EN TERMES DE SANTE PUBLIQUE.....	66
3.3.1	<i>intégrer les dépassements dans les honoraires remboursés par la sécurité sociale</i>	66
3.3.2	<i>Mettre en place des compléments de revenus qui seraient des contreparties pour la santé publique et le patient aux compléments de rémunération</i>	67
3.3.2.1	La rémunération à la performance	67
3.3.2.2	le « réseau référent ».....	68
3.3.2.3	Régulation des revenus/honoraires des professionnels de santé en fonction des besoins de santé et des réalités économiques.	68

Introduction

Le programme de travail annuel 2006 de l'IGAS prévoyait la réalisation d'une évaluation sur le reste à charge et les dépassements d'honoraires dans les établissements de santé. En effet, à l'occasion d'un contrôle d'un groupe de cliniques privées en 2005 de nombreux dépassements d'honoraires avaient été constatés dans une maternité d'Ile-de-France, dont certains appliqués de façon systématique. Il avait été arrêté à l'issue de ce contrôle que « la question des dépassements d'honoraires méritait un suivi particulier en ce qu'elle pouvait avoir un effet sur l'organisation de l'offre et l'égalité d'accès aux soins et que ce suivi devait porter tant sur le secteur privé que public (exercice libéral à l'hôpital) ».

Mmes Fabienne BARTOLI, Laurence ESLOUS, Isabelle YENI et M. le Dr Pierre ABALLEA, membres de l'Inspection générale des affaires sociales, ont été désignés pour conduire cette mission. Elle s'est déroulée de juin 2006 à février 2007.

Les membres de la mission ont rencontré les principaux intervenants nationaux¹ notamment la Direction de la Sécurité Sociale (DSS), la Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins (DHOS) et la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) au ministère de la Santé et des Solidarités, l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM), les principales fédérations d'assureurs, la fédération de l'hospitalisation privée, les syndicats médicaux et le Conseil national de l'Ordre des Médecins. Ils ont consulté également des représentants des usagers, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), la Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes du Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie (DGCCRF), et l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES).

Ils ont enfin interrogé les principales directions concernées de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie pour les Travailleurs Salariés sur ce sujet. Au sein de ces dernières, la direction de la stratégie, des études et des statistiques - en particulier son département études sur l'offre de soins - a été particulièrement sollicitée pour mener plusieurs études spécifiques notamment sur la pratique des dépassements dans les établissements de santé privés français, sur l'activité libérale des praticiens hospitaliers, sur les dépassements appliqués aux bénéficiaires de la CMU complémentaire et sur les dépassements facturés à l'occasion de quatre épisodes de soins hospitaliers. Ce travail n'aurait pu aboutir sans l'investissement de cette direction. Les études détaillées en annexe et leurs principaux enseignements sont résumés dans la première partie de ce rapport.

La mission a par ailleurs complété ses constats généraux en se rendant dans cinq régions : Alsace, Bretagne Ile-de-France, Nord-Pas de Calais et Rhône-Alpes. Elle y a rencontré les principaux intervenants régionaux et notamment l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), l'Union Régionale de l'Assurance Maladie (URCAM) et l'échelon régional du service médical, l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) et le conseil régional de l'ordre des médecins. Elle a rencontré également des représentants des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et des Directions Départementales de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DDCCRF). Par ailleurs, une étude complémentaire auprès de l'ensemble des agences régionales de l'hospitalisation a été conduite, afin de produire un diagnostic exhaustif sur le degré de prise en compte des

¹ Cf. liste des personnes rencontrées en annexe 1

dépassements d'honoraires dans les actions de planification et de régulation des ARH. L'étude est également détaillée en annexe.

Centrée initialement sur les dépassements dans les établissements de santé, la mission considère que les constats et les propositions qui en découlent ne peuvent être développés que dans un périmètre plus large, touchant l'ensemble de l'offre de soins à l'hôpital et en ville à l'exclusion toutefois des soins dentaires et d'optique : dans ce cadre, les dépassements d'honoraires représentent près de 2 milliards d'euro sur 19 milliards d'euro d'honoraires totaux dont les deux tiers pèsent directement sur les ménages, après intervention des organismes d'assurance complémentaire.

La première partie de ce rapport montre principalement que les dépassements d'honoraires² ont connu une augmentation importante sur moyenne période. La seconde partie éclaire les raisons qui ont pu conduire à les laisser croître et celles qui pourraient justifier des mesures de réforme. La troisième partie du rapport propose des pistes pour agir à court et moyen terme.

² Les différentes possibilités de dépassements sont décrites en annexe 2.

1 Une augmentation importante des dépassements sur moyenne période

L'ensemble des dépassements d'honoraires, qui représente l'essentiel du reste à charge des patients, représente près de deux milliards d'euros, dont les deux tiers pèsent directement sur les ménages. Ces dépassements sont pratiqués par les médecins conventionnés à honoraires libres³ en grande majorité mais également, de façon plus ponctuelle, par les médecins du secteur 1. Concentrés sur certaines régions et certaines spécialités, leurs montants peuvent être élevés pour les patients qui ont à les supporter, comme le montre l'étude sur quatre épisodes de soins.

1.1 Après prise en compte des couvertures complémentaires, le reste à charge des patients est constitué pour l'essentiel de dépassements d'honoraires

1.1.1 Les couvertures maladie complémentaires sont très largement diffusées dans la population mais les garanties sont mal connues

Selon l'enquête Santé et Protection Sociale réalisée en 2004 par l'IRDES, 92% de la population détient une couverture maladie complémentaire, dont 7% au titre de la CMU complémentaire⁴.

Ce taux de couverture de la population par un contrat d'assurance maladie complémentaire, très élevé, pourrait augmenter. En effet, la loi du 13 août 2004 a mis en place, à compter du 1^{er} janvier 2005, un dispositif d'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé⁵ se substituant à l'aide à la mutualisation mise en œuvre par les régimes de base⁶. Ce dispositif consiste en une aide à la souscription de contrats individuels pour les personnes dont les ressources n'excèdent pas, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, de plus de 20% le plafond de la CMU complémentaire⁷. Mais, outre que cette aide peut bénéficier à des personnes ayant déjà antérieurement souscrit un contrat, la montée en charge du dispositif est lente : le fonds CMU estime à 250 000 personnes le nombre de bénéficiaires ayant utilisé leur attestation d'aide au 30 novembre 2006, pour une population cible estimée à 2,9 millions de personnes.

Malgré l'importance de la diffusion des contrats maladie complémentaires dans la population, le contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire est mal connu. Les « têtes de réseaux » des principaux organismes complémentaires (CTIP, FNMF, FFSA),

³ Médecins conventionnés en secteur 2 et en secteur 1 avec droit permanent à dépassement dit « 1 DP ». Le secteur « IDP », placé en extinction depuis 1980, est aujourd'hui très marginal à côté du secteur 2. Sauf indication contraire, il y est toujours associé dans les analyses de ce rapport, car la fixation des honoraires (et donc des dépassements par rapport aux tarifs conventionnels opposables du secteur 1) y est libre.

⁴ Cf. IRDES, « Questions d'économie de la santé », n°110, juillet 2006. Le nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire est de 4 870 000 de personnes selon les chiffres définitifs au 30 juin 2006 publiés par le fonds CMU.

⁵ Antérieurement dénommée « crédit d'impôt ». Le montant de l'aide est de 100 euros pour les moins de 25 ans, 200 euros entre 25 et 59 ans, 400 euros à partir de 60 ans.

⁶ L'aide à la mutualisation concernait 60 000 personnes.

⁷ Soit un plafond de ressources annuelles de 8 615 € pour une personne seule en métropole.

rencontrées par la mission, ne collectent pas auprès de leurs adhérents les informations sur les niveaux de garantie des contrats effectivement souscrits par les assurés. Seules sont disponibles des enquêtes menées par la DREES et l'IRDES. Deux enquêtes sont particulièrement intéressantes pour évaluer le reste à charge après couverture complémentaire des patients lors d'un épisode de soins comportant une hospitalisation : l'enquête statistique que mène annuellement la DREES auprès des organismes d'assurance complémentaire pour connaître les niveaux des garanties offertes par les contrats ainsi qu'une enquête exploratoire menée en 2005 par l'IRDES à la demande du fonds CMU⁸ pour apprécier le niveau des garanties offertes dans les contrats souscrits avec l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé.

1.1.2 En cas d'hospitalisation, les couvertures maladie complémentaires prennent généralement en charge le ticket modérateur ainsi que le forfait journalier hospitalier, éventuellement pour une durée limitée⁹

1.1.2.1 Le ticket modérateur

Pour les frais d'hospitalisation, en clinique ou à l'hôpital, une minorité de contrats dénommés « gros risques » ou « hospitalisation » ne couvrirait pas en totalité le ticket modérateur. Selon le CTIP, ils concerneraient plus particulièrement des non-cadres de PME, des salariés d'artisans et de commerçants, ainsi que des étudiants¹⁰.

Pour la minorité d'assurés qui ne dispose que d'un contrat complémentaire de ce type et surtout pour les 8% de la population n'ayant pas de couverture complémentaire, en l'absence d'exonération du ticket modérateur (cas par exemple d'un séjour en médecine de 29 jours sans que le patient ne soit reconnu atteint d'une affection de longue durée), le montant du ticket modérateur peut atteindre des sommes conséquentes¹¹ : il est en effet égal à 20% du tarif journalier de prestation ou du tarif du GHS pour les cliniques. Ces tarifs peuvent atteindre un millier d'euros. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie l'a déjà noté¹².

⁸ Cette enquête a fait l'objet d'une note annexée au premier rapport du fonds CMU au gouvernement sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ouvrant droit au crédit d'impôt.

⁹ Cette partie est complétée par l'annexe n°2 Sur le reste à charge et action sociale des caisses d'assurance maladie

¹⁰ Cf. l'analyse du CTIP sur les contrats « incomplets » annexée au rapport 2006 du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

¹¹ Dans l'hypothèse d'une réforme faisant porter le ticket modérateur sur le tarif du GHS, les montants du ticket modérateur seraient également élevés.

¹² Cf. avis du Haut Conseil du 27 octobre 2005 : « Même si le dispositif K50 exonère du ticket modérateur une partie massive de la dépense hospitalière, il reste toutefois 2,3 millions d'assurés (pour 3 millions de séjours) qui ne sont pas exonérés et peuvent supporter de gros reste à charge (en moyenne 500€). En effet : - en cas d'hospitalisation dans un service de médecine (qui ne donne pas lieu à un acte technique en K), le droit commun de la prise en charge est appliqué aux assurés tant que la durée d'hospitalisation est inférieure à 30 jours. - pour des séjours hospitaliers excédant 30 jours, l'assuré ne bénéficie d'une exonération du ticket modérateur qu'à partir du 31^{ème} jour, le ticket modérateur des 30 premiers jours étant à sa charge. Ces règles sont génératrices de fortes inégalités entre les assurés hospitalisés. Sans doute, les couvertures complémentaires viennent-elles prendre le relais et supportent l'essentiel de ces gros reste à charge. Mais ce constat ne dispense pas d'étudier une réforme qui donnerait plus de cohérence à notre système. »

Cela est d'autant plus vrai dans un contexte où le « prix de journée » peut constituer pour chaque établissement de santé une variable d'ajustement dans le but d'équilibrer ses comptes.

1.1.2.2 Le forfait journalier hospitalier

L'enquête menée par la DREES pour l'année 2003 sur les contrats « modaux »¹³ montre que pour un cinquième des contrats étudiés, le forfait journalier hospitalier¹⁴ n'est pas pris en charge au-delà de trente jours¹⁵. Toutefois, il est probable que ces limitations contractuelles de la prise en charge aient peu d'impact sur le reste à charge des patients vue la durée moyenne de séjour en médecine, chirurgie et obstétrique¹⁶ qui n'est que de quelques jours. En outre, en l'absence d'exonération du ticket modérateur, le forfait ne vient pas alourdir le reste à charge du patient puisque son montant s'impute sur le montant du ticket modérateur.

1.1.3 Pour les honoraires des médecins eux-mêmes, les niveaux de prise en charge des dépassements par les contrats d'assurance maladie complémentaire sont très dispersés

1.1.3.1 Le ticket modérateur sur les honoraires est généralement pris en charge

Pour les honoraires des médecins exerçant en cabinet, la quasi-totalité des contrats prennent en charge le ticket modérateur. Selon l'enquête exploratoire de l'IRDES citée supra, qui porte toutefois sur un nombre réduit d'organismes complémentaires, seuls 4% des contrats étudiés ne prendraient pas en charge la totalité du ticket modérateur pour les honoraires en ambulatoire. Mais la prise en charge d'au moins 30% du tarif opposable pour les consultations du médecin traitant ou prescrites par lui est une des conditions posées par l'article R 871-2 du code de la sécurité sociale pour que le contrat puisse être qualifié de « responsable » et bénéficier des aides fiscales et sociales découlant de cette qualification. En conséquence de cette réglementation, il semble qu'une partie des contrats dont le niveau de garantie était inférieur au ticket modérateur aient été adaptés en 2006.

1.1.3.2 Les dépassements sont très inégalement couverts

Globalement, pour l'ensemble de la population, les dépassements d'honoraires sont estimés pris en charge par les contrats d'assurance maladie complémentaire à hauteur d'un tiers¹⁷. Mais, contrat par contrat, les niveaux de garantie sont très dispersés : ils vont d'une

¹³ Dans chaque organisme, par définition, le contrat modal est celui qui couvre le plus grand nombre de personnes.

¹⁴ Le montant du forfait journalier est de 16 € au 1^{er} janvier 2007 et sera de 17 € au 1^{er} janvier 2008

¹⁵ DREES, Etudes et Résultats, n°490, mai 2006, « Les contrats d'assurance maladie complémentaire, une typologie en 2003 ». La DREES y souligne qu'une étude sur les seuls contrats modaux peut conduire à surreprésenter les niveaux de garantie intermédiaires.

¹⁶ L'analyse serait différente en psychiatrie. Pour ces séjours, certains contrats prévoient des limitations de prise en charge plus importantes que pour le forfait journalier hospitalier en MCO.

¹⁷ Ce montant d'un tiers résulte d'estimations convergentes, mais non publiées, de la CNAMTS, du HCAAM et de l'UNOCAM.

absence totale de prise en charge à une prise en charge complète quel que soit le montant du dépassement dans les contrats « frais réels ».

Pour les consultations de médecins en ville, l'enquête de la DREES sur les contrats modaux souscrits en 2003 conclut que pour la moitié des personnes, la couverture médiane est à hauteur de 100% du tarif opposable (absence de prise en charge des dépassements). Elle est de 150 % du tarif opposable pour un tiers des personnes couvertes.

Pour les honoraires hospitaliers, peu d'éléments sont disponibles.

L'enquête exploratoire de l'IRDES menée en 2005, déjà citée, porte sur un nombre limité d'organismes complémentaires volontaires. Il en ressort que seuls 16% des contrats étudiés proposent des garanties supérieures à 150% du tarif opposable pour les honoraires hospitaliers. Le niveau de couverture le plus fréquent (53% des formules) serait de 100% du tarif conventionnel. Il serait compris entre 100% et 150% dans 31% des cas. Ces résultats semblent cohérents avec ceux publiés par la DREES sur la couverture des dépassements d'honoraires en ville par les contrats modaux. Toutefois, l'enquête de l'IRDES semble également montrer que certains contrats couvrent mieux les dépassements d'honoraires hospitaliers qu'en ambulatoire.

Malgré les incertitudes résiduelles sur les niveaux de garantie pour les dépassements d'honoraires en ville et hospitaliers, on peut retenir que :

- un pourcentage non négligeable de la population détient une couverture complémentaire mais n'est pas couverte en cas de dépassements d'honoraires ;
- les contrats couvrant l'intégralité des dépassements d'honoraires sont principalement des contrats collectifs. Ils sont très minoritaires et plutôt renégociés à la baisse par les partenaires sociaux ;
- au-delà de 50% de taux de dépassement, il est probable que la majorité de la population n'est pas couverte.

1.2 L'augmentation et la banalisation des dépassements des médecins spécialistes s'accompagnent d'une concentration sur certaines régions et certaines disciplines¹⁸

Les dépassements, quel que soit le secteur de conventionnement des médecins, ont augmenté de plus de 40% en dix ans hors inflation, soit une augmentation du pouvoir d'achat de près de 3,4% par an en moyenne.

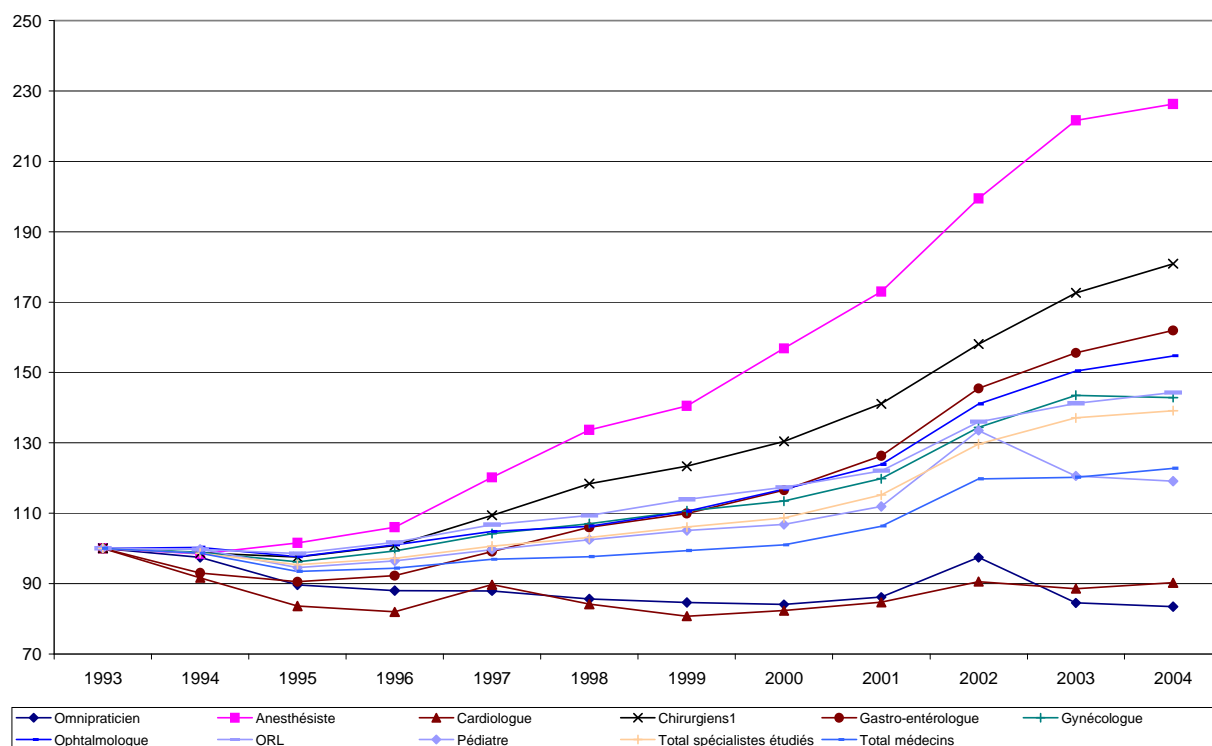
1.2.1 Les spécialistes du secteur à honoraires libres ont pu, à travers les dépassements, adapter leur niveau de revenu

1.2.1.1 La part des dépassements dans les honoraires a augmenté deux fois plus pour les spécialistes tous secteurs confondus que pour l'ensemble des médecins.

¹⁸ Cette partie fait l'objet d'un complément développé à l'annexe 3 (Dépassements d'honoraires et revenus des médecins. Statistiques complémentaires).

Quel que soit le secteur conventionnel dans lequel exercent les praticiens, la part des dépassements dans les honoraires totaux est passé de 8,7% en 1993 à 10,7% en 2004 pour l'ensemble des médecins. Pour les spécialistes de tous secteurs, cette part est passée de 10,3% en 1993 à 14,4% en 2004 (cf. graphique et tableau suivants). La distinction par discipline montre des évolutions dispersées : la part des dépassements dans les honoraires perçus par les anesthésistes a plus que doublé alors qu'elle baisse légèrement pour les cardiologues.

Graphique 1 : Evolution de la part des dépassements par discipline dans les honoraires totaux entre 1993-2004 (base 100 en 1993)



Source : CNAMTS/SNIR, traitement DREES et IGAS

Tableau 1 : Part des dépassements dans les honoraires totaux, tous secteur d'exercice

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Omnipraticiens	6,6%	6,4%	5,9%	5,8%	5,8%	5,6%	5,6%	5,5%	5,7%	6,4%	5,6%	5,5%
Anesthésistes	5,6%	5,5%	5,7%	5,9%	6,7%	7,5%	7,8%	8,7%	9,6%	11,1%	12,4%	12,6%
Cardiologues	4,4%	4,0%	3,7%	3,6%	4,0%	3,7%	3,6%	3,6%	3,7%	4,0%	3,9%	4,0%
Chirurgiens	16,0%	15,8%	15,6%	16,1%	17,5%	19,0%	19,8%	20,9%	22,6%	25,3%	27,6%	29,0%
Gastro-entérologues	6,0%	5,6%	5,4%	5,5%	5,9%	6,3%	6,6%	7,0%	7,6%	8,7%	9,3%	9,7%
Gynécologues	18,1%	17,9%	17,4%	18,0%	18,9%	19,4%	20,0%	20,5%	21,7%	24,3%	26,0%	25,9%
Ophthalmologues	14,8%	14,9%	14,5%	15,0%	15,5%	15,8%	16,4%	17,3%	18,4%	20,9%	22,3%	22,9%
ORL	13,9%	13,8%	13,7%	14,1%	14,8%	15,2%	15,8%	16,3%	16,9%	18,9%	19,6%	20,0%
Pédiatres	12,1%	12,0%	11,4%	11,6%	12,0%	12,4%	12,7%	12,9%	13,5%	16,1%	14,5%	14,4%
Total spécialistes	10,3%	10,2%	9,8%	10,0%	10,4%	10,6%	10,9%	11,2%	11,9%	13,4%	14,1%	14,4%
Total médecins	8,7%	8,6%	8,1%	8,2%	8,4%	8,5%	8,6%	8,8%	9,3%	10,4%	10,5%	10,7%

Source : CNAMTS/SNIR, traitement DREES et IGAS

1.2.1.2 Dans le secteur à honoraires libres, le montant des dépassements a doublé en quinze ans en valeur réelle ; contenue pour les omnipraticiens, cette pratique est devenue majoritaire chez les spécialistes

Entre 1990 et 2004, hors inflation, le montant des dépassements pour les médecins spécialistes conventionnés en secteur 2 a doublé, passant de 763M€ à 1,578Md€¹⁹. Cette augmentation résulte à la fois d'une augmentation du taux²⁰ de dépassement de chaque praticien mais aussi de l'augmentation de la part de médecins spécialistes en secteur à honoraires libres, dans certaines disciplines.

- Le taux de dépassement des spécialistes pratiquant des honoraires libres a augmenté de 80% en quinze ans

Le taux de dépassement des spécialistes à honoraires libres, qui s'élevait en 1990 à 25% atteint en 2004, 47%. Cette croissance, en revanche, reste contenue pour les omnipraticiens : leur taux de dépassement passe en effet de 41% en 1990 à 43% en 2004 sur la même période.

Le taux de dépassements des omnipraticiens reste stable sur la période et a même baissé après la période de contestation de 2002 et la revalorisation tarifaire qui a suivi. Il n'en est pas de même pour les spécialistes. Après le pic pour l'année 2002 (cf. graphique suivant), aucune baisse ne vient contrebalancer cette situation par la suite. Pour les spécialistes, l'habitude de la pratique d'un dépassement dans les honoraires demeure, et tend même à croître chaque année²¹.

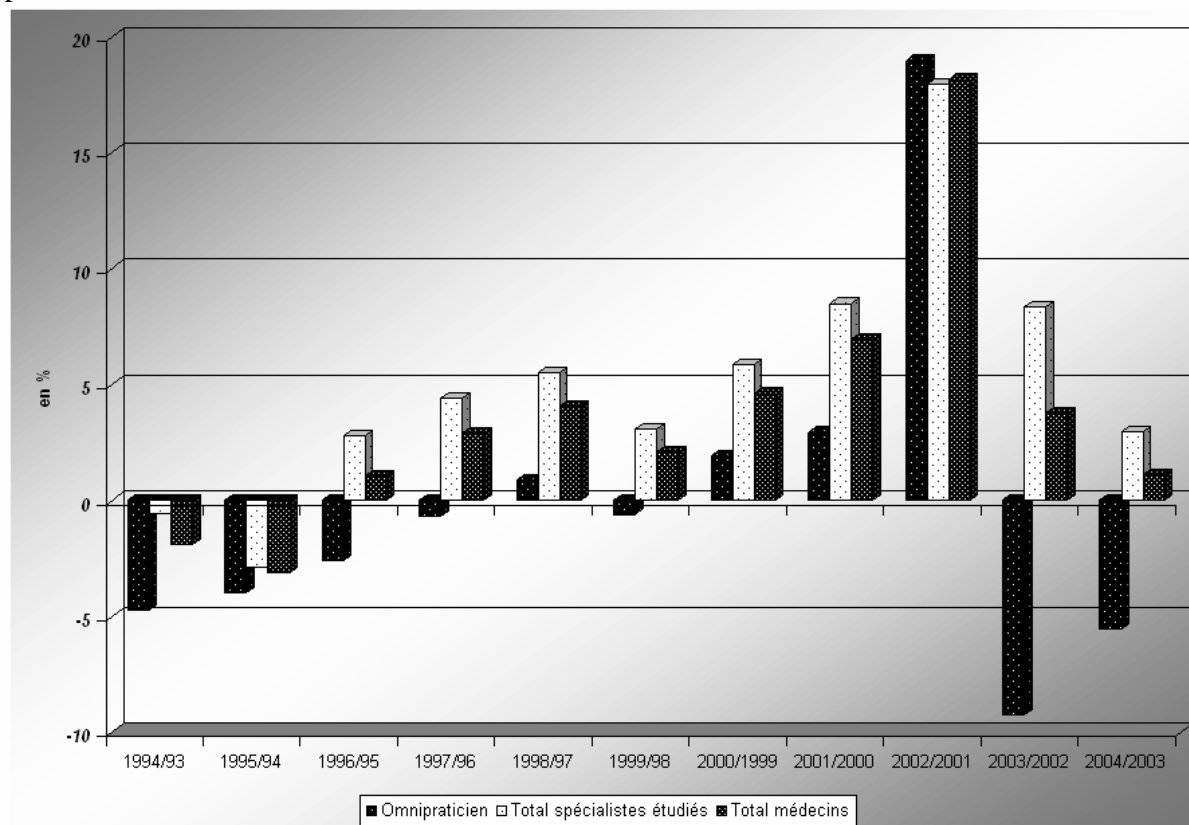
Cette pratique concerne plus spécifiquement les spécialités hospitalières publiques ou privées, y compris pour la pratique libérale des praticiens hospitaliers temps plein (cf. partie 1.3).

¹⁹ Données SNIR-CNAMTS, pour les médecins actifs à part entière (APE), c'est à dire qui, au cours de l'année, ne se sont pas installés ou n'ont pas cessé leur activité, ont moins de 65 ans et ont perçu plus d'un euro d'honoraires.

²⁰ Il s'agit des dépassements rapportés aux honoraires sans dépassement. C'est cette définition du taux de dépassement qui sera utilisée tout au long de ce rapport.

²¹ Cf. Annexe 3.

Graphique 2 : Taux d'évolution annuels des dépassements moyens hors inflation par professionnels de santé entre 1993 et 2004



Source : CNAMTS/SNIR, traitement DREES et IGAS

Tableau 2 : Evolution sur longue période du taux de dépassement pour les praticiens conventionnés à honoraires libres

	1985	1990	1995	2000	2004	2005 ²²
Omnipraticiens	35%	41%	40%	43%	43%	39%
Total spécialistes	23%	25%	29%	37%	47%	45%
Dont :						
Total chirurgiens ²³	21%	20%	24%	32%	49%	46%
Anesthésistes	22%	18%	23%	36%	47%	46%
Gynécologues ²⁴	27%	34%	40%	50%	61%	59%
ORL	20%	25%	28%	35%	45%	42%
Pédiatres	23%	31%	34%	43%	47%	47%
Ophthalmologistes	21%	29%	33%	41%	53%	51%

Source : CNAMTS-SNIR APE, traitement CNAMTS et IGAS

²² Données en date de liquidation. Il faut toutefois noter que le SNIR 2005 comporte des retards de liquidation qui peuvent rendre malaisées les comparaisons avec les années précédentes. En l'état, ces chiffres font apparaître une baisse des taux de dépassements entre 2004 et 2005. Si elle était confirmée, cette baisse n'impliquerait pas pour autant que les montants de dépassement aient baissé.

²³ Cette catégorie regroupe tous les praticiens ayant une activité chirurgicale, à l'exception des ORL, Ophthalmologistes et gynécologues (voir aussi note suivante).

²⁴ Cette catégorie « gynécologues » utilisée par la CNAMTS regroupe les gynécologues médicaux, gynécologues et obstétriciens et gynécologues-obstétriciens. Seule cette dernière catégorie a une reconnaissance de la spécialité chirurgie au regard de la qualification ordinale. La définition regroupée est utilisée tout au long du rapport.

1.2.1.3 Dans certaines disciplines, la part croissante des médecins installés en secteur à honoraires libres contribue à l'importance des dépassements

Certaines disciplines cumulent des taux de dépassement élevés et une proportion importante de praticiens installés en secteur à honoraires libres. Près de 40% des spécialistes sont, en moyenne, installés en secteur à honoraires libres mais cette proportion est de 82% pour les chirurgiens ; pour les anesthésistes, elle n'est que de 26%²⁵.

Entre 1990 et 2004, la proportion de généralistes à honoraires libres baisse, passant de 22% en 1990 à 13% en 2004. Mais il n'en est pas de même pour les chirurgiens malgré la réforme de 1990 qui avait partiellement fermé l'accès au secteur 2 : leur part dans ce secteur continue de croître passant de 73% en début de période à 82% à la fin de la période²⁶.

En dehors des chirurgiens, trois spécialités exercent aujourd'hui majoritairement en secteur à honoraires libres : il s'agit de l'ORL, la gynécologie et l'ophtalmologie.

Pour l'avenir, la part croissante des nouvelles installations en secteur 2 risque de conforter cette tendance. Ainsi, la majorité des spécialistes qui se sont installés en 2004, l'ont fait en grande majorité en secteur à honoraires libres (51% en secteur 2) et parmi eux, la quasi totalité des chirurgiens (86%) et des ORL (90%), près des trois quarts des gynécologues (75%) et ophtalmologistes (73%) et deux tiers des gastro-entérologues (67%).

Tableau 3 : Evolution sur longue période de la part des praticiens conventionnés à honoraires libres

	1985	1990	1995	2000	2004
Omnipraticiens	16%	22%	18%	14%	13%
Total spécialistes	30%	42%	38%	37%	38%
Dont :					
Total chirurgiens	55%	73%	74%	79%	82%
Anesthésistes	12%	28%	23%	22%	24%
Gynécologues	36%	56%	52%	51%	52%
ORL	41%	56%	52%	52%	54%
Pédiatres	31%	42%	36%	34%	33%
Ophtalmologistes	35%	52%	49%	49%	51%

Source : CNAMTS-SNIR APE, traitement CNAMTS et IGAS

1.2.1.4 Depuis un peu plus de dix ans, les dépassements ont augmenté trois fois plus vite en valeur réelle que les revenus moyens des spécialistes.

En raison des différences existant entre les sources statistiques et leurs champs d'étude comme des changements de tarification survenus ces dernières années, il est malaisé d'établir le poids des dépassements dans l'ensemble des revenus des professionnels de santé²⁷. Il est toutefois possible de comparer les taux de croissance respectifs du revenu moyen libéral, des

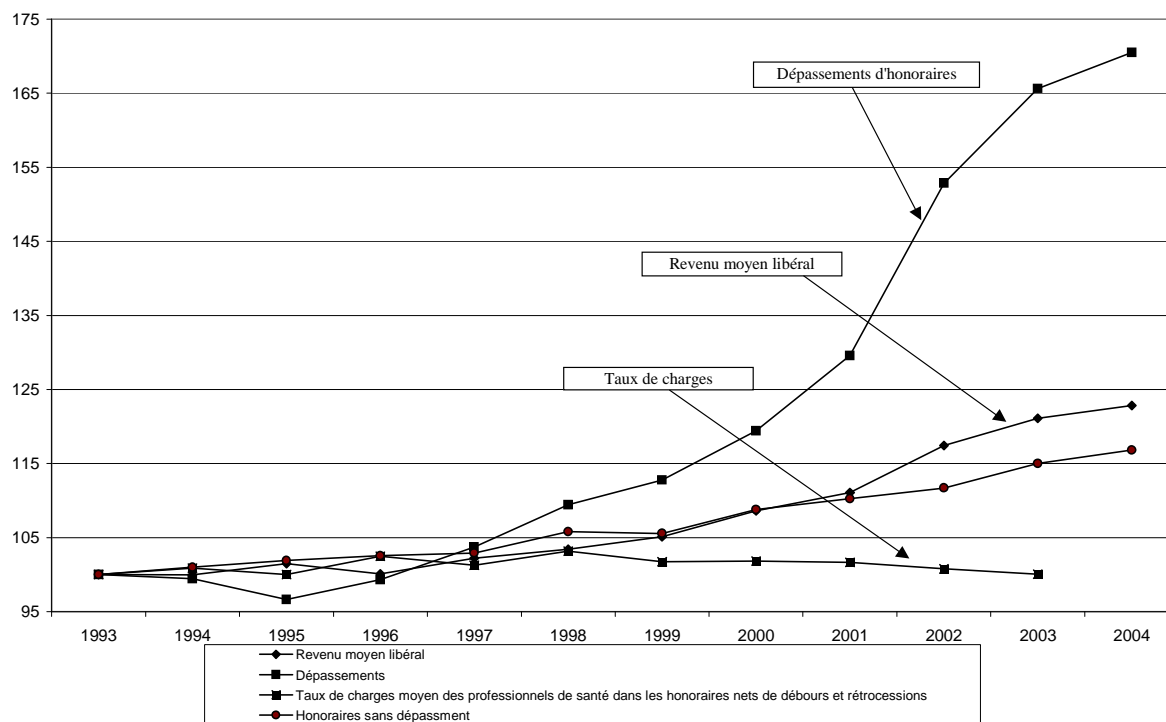
²⁵ La mission ne dispose de données pour l'année 2005.

²⁶ Cf. C d'Autume avec la collaboration de H Guidicelli, « Application du protocole d'accord du 24 août sur la chirurgie française », IGAS, septembre 2006.

²⁷ Cf. publications de la DREES, « L'évolution sur dix ans des revenus libéraux des médecins 1993-2003 », Etudes et résultats, n°412, juillet 2005, « Les revenus libéraux des médecins en 2003 et 2004 », Etudes et résultats, n°457, janvier 2006. Il est à noter que les données publiées ne permettent pas de remonter au-delà de 1993.

dépassements d'honoraires, des honoraires sans dépassement et des taux de charge. Ainsi, entre 1993 et 2004, les spécialistes, tous secteurs confondus, ont vu progresser le pouvoir d'achat de leur revenu libéral moyen de 23%, alors que celui des dépassements progressait dans le même temps de 71%.²⁸

Graphique 3 : Evolution moyenne hors inflation des revenus, dépassements, honoraires et évolution des taux de charges, pour l'ensemble des spécialistes étudiés²⁹ de 1993 à 2004.



Source : CNAMTS/SNIR, traitement DREES et IGAS

Le taux de charges est quant à lui resté stable sur cette période. En 2003, il est de 49,6% en moyenne pour les spécialistes, tous secteurs confondus. Toutefois, certains spécialistes ont vu leur taux de charges progresser plus vite que la moyenne : c'est le cas des anesthésistes (+11% avec un taux de charges qui est passé de 31,7% en 1993 à 35,1% en 2003), des chirurgiens (+10%, de 42,5% à 46,6%), des dermatologues (+10%, de 46,7% à 52,3%).

En ce qui concerne plus particulièrement les dermatologues, la part importante des praticiens de secteur 2 ainsi que la baisse de leur activité dès 2004 à la suite de la mise en place du parcours de soins, peuvent expliquer la montée de leur taux de charges au-dessus de la moyenne des autres spécialistes (52,3%).

En ce qui concerne les anesthésistes, la part plus importante que pour la moyenne des spécialistes des praticiens au secteur 1 ainsi que les caractéristiques d'exercice de leur profession peuvent constituer des explications d'un taux de charge plus bas que la moyenne des spécialistes. L'augmentation importante de ce taux (+11%) peut quant à elle s'expliquer conjointement par une progression moins rapide des honoraires totaux où la part des

28 cf. Annexe 3 et graphique suivant. La progression hors inflation entre 1993 et 2004 des honoraires totaux a été de 18% pour l'ensemble des médecins et de 22% pour l'ensemble des spécialistes.

29 Il s'agit des revenus tels que calculés par la DREES (op. cit.) à partir des fichiers SNIR-CNAMTS et BNC-DGI. Les honoraires nets, correspondent aux honoraires nets des débours et rétrocessions (principalement payés pour les remplacements), les charges correspondent aux cotisations sociales personnelles, aux impôts et taxes et les autres charges, méthodologie utilisée par la DREES (op. cit.)

dépassements est plus faible (en raison du nombre moindre de professionnels en secteur 2) et par l'augmentation des primes des assurances de responsabilité civile médicale³⁰.

Il faut également noter que les radiologues ont vu leur taux de charges baisser de 10% sur cette période passant de 64,6% de l'ensemble de leurs honoraires en 1993 à 57,9% en 2003. Il s'agit d'une spécialité où la part du capital dans la production de soins est sans doute une des plus importantes. Cette baisse reflète alors sans doute des gains de productivité importants réalisés grâce au progrès technique incorporé dans les nouveaux appareils d'imagerie médicale, notamment les logiciels d'aide à la décision. Ces gains de productivité ont bénéficié aux seuls praticiens et n'ont pas permis la baisse du prix des soins pour les assurés et l'assurance maladie. La mise en place de la nouvelle tarification des actes (CCAM) « sans acte perdant » a maintenu cette situation en ne permettant pas le redéploiement de ces gains (actes gagnants) au profit d'autres actes.

En moyenne, le taux de charges s'est stabilisé et les honoraires sans dépassement ont permis un gain de pouvoir d'achat de 17%, concentré sur la période 1998-2004, par augmentation de l'activité ou des tarifs conventionnels. Les dépassements quant à eux expliquent un gain supplémentaire de du pouvoir d'achat du revenu des spécialistes estimé à près d'un tiers, tous secteurs confondus. Ce gain est concentré sur la période 2001-2004.

Au total, les praticiens du secteur à honoraires libres ont pu, à travers les dépassements, adapter leur niveau de revenu.

Il n'existe pas pour l'instant d'étude sur les revenus libéraux des médecins qui distinguerait secteur 1 et 2 : les études de la DREES, pour aussi précises qu'elles soient, sont globales.³¹ Toutefois, quelques évaluations réalisées par la caisse de retraite des médecins libéraux (CARMF) permettent de situer les revenus des médecins de secteur 2 (cf. tableau suivant).

Tableau 4 : Revenus nets libéraux 2004³²

	Secteur 1	Secteur II	Ensemble
Ensemble	71 513€	90 144€	75 692€
Médecine générale	63 282€	59 750€	62 871€
Moyenne des spécialistes	85 674€	102 451€	91 697€

Source : CARMF, Publications : infocarmf 53-2006

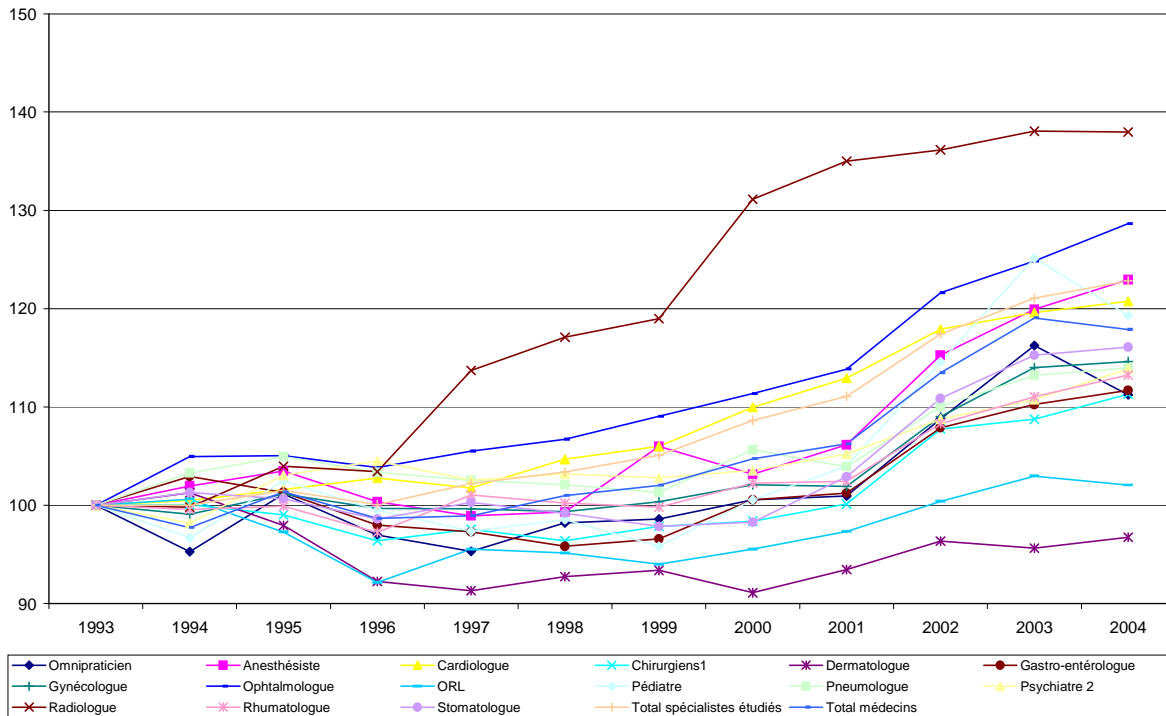
Par ailleurs, en s'appuyant sur le travail de la DREES il est possible de construire l'évolution de la progression des revenus libéraux des médecins tous secteurs confondus. (cf. graphique suivant).

³⁰ Toutefois, depuis juillet 2006, dans le cadre de la procédure d'accréditation, les primes d'assurance en responsabilité civile sont prises en charge par l'assurance maladie à hauteur d'au plus 1500 € pour les anesthésistes en secteur 1.

³¹ Pour mémoire, il est rappelé qu'elle ne prend pas en compte les revenus salariés et englobe dans une moyenne les praticiens à temps plein et à temps partiel en libéral. Cf. note du HCAAM sur les revenus des médecins à paraître.

³² Estimation à partir des déclarations de bénéfices non commerciaux déclarés au régime de retraite des médecins libéraux (CARMF).

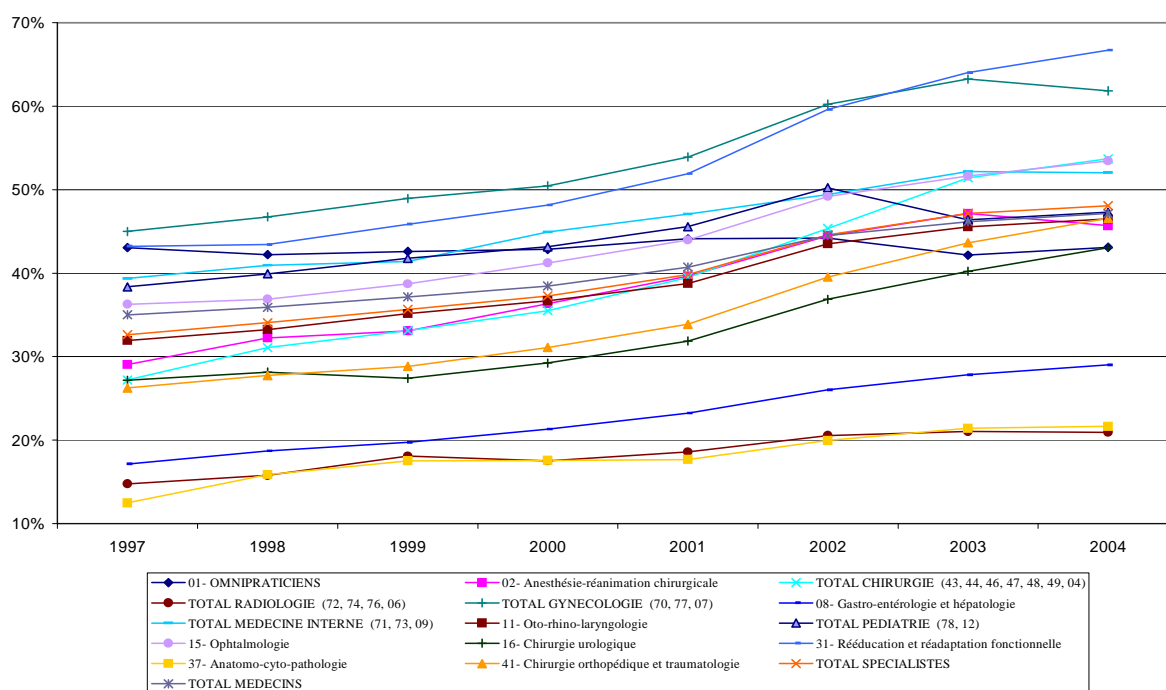
Graphique 4 : Revenu moyen libéral par professionnel de santé en milliers d'euros constants (1990), base 100 en 1993



Source : Insee, DADS 2004, SNIR, DGI BNC traitement DREES et IGAS

Même si les progressions de revenus les plus importantes s'observent chez les radiologues, sans doute avantagés par la tarification des actes techniques, la progression des revenus de certains spécialistes peut s'expliquer en partie par les dépassements : il en est ainsi par exemple des ophtalmologistes dont le taux de dépassement pour les praticiens de secteur 2, est le second après les gynécologues en 2004 (53,4% cf. graphique suivant).

Graphique 5 : Evolution des taux de dépassement des spécialistes de secteur 2, 1997-2004



Source: SNIR 1997-2004

Ainsi, le rapport entre le revenu moyen des médecins spécialistes d'une part ou le revenu moyen des ménages, de l'ensemble des médecins ou des médecins généralistes s'est sensiblement creusé sur la période 1998-2004, (respectivement +11% ; +2%, +5%, cf. tableau ci-dessus). En 1998, le revenu d'un médecin spécialiste correspondait à un peu plus d'une fois et demi le revenu d'un médecin généraliste ; en 2004 ce rapport a augmenté de 5% et le revenu d'un médecin spécialiste correspond à 1,6 fois le revenu moyen d'un médecin généraliste, confirmant ainsi que les dépassements ont permis à ceux qui pouvaient en bénéficier, de maîtriser en partie, l'évolution de leur revenu.

Tableau 5 : Rapport des revenus moyens de l'ensemble des médecins spécialistes sur le revenu moyen de différentes catégories

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	évol 98/2004
Dirigeants salariés	2,19	2,18	2,24	2,17	2,16	2,18	2,15	-2%
Ensemble médecins	1,23	1,24	1,25	1,26	1,25	1,22	1,25	2%
Médecins généralistes	1,53	1,55	1,57	1,60	1,57	1,52	1,61	5%
Ménages	3,19	3,18	3,28	3,28	3,44	3,48	3,54	11%

Sources : Insee, DADS 2004, SNIR, DGI BNC traitement DREES, traitement IGAS

1.2.2 Les taux moyens de dépassements présentent des disparités importantes entre spécialités, entre les régions et au sein d'une même spécialité

Pour la France métropolitaine, le taux moyen de dépassement³³ en 2004 des spécialistes conventionnés en secteur 1 était de 3% et de 48% pour les spécialistes

³³ Pour mémoire, les taux de dépassement sont définis comme le rapport entre les dépassements d'honoraires et les honoraires totaux déduction faite des dépassements.

conventionnés en secteur 2³⁴. Ce taux moyen pour le secteur 2 recouvre de grandes disparités entre spécialités et entre régions.

Si les spécialistes du secteur 2 dépassent en moyenne les tarifs opposables de 48%, certaines spécialités vont au-delà : il en va ainsi des ophtalmologues (taux moyen de dépassement de 53%), des chirurgiens (54%), des rhumatologues (54%), des dermatologues (58%), des psychiatres (58%), des gynécologues (60%), de la médecine interne (60%), des endocrinologues (61%), des rééducateurs (67%) et des neurochirurgiens (72%). Par région, le taux moyen de dépassement des spécialistes en secteur 2 va du simple au double : il avoisine 25% en Poitou-Charentes, Limousin et Bretagne, régions où les effectifs en secteur 2 sont faibles, mais atteint 43% en Nord-Pas-de-Calais et Provence-Alpes-Côte d'Azur, 53% en Rhône-Alpes, 57% en Alsace³⁵ et 68% en Ile-de-France.

Pour les spécialités et dans les régions qui dépassent le plus, les taux moyens de dépassement sont très élevés. Ainsi, en Ile-de-France, le taux moyen de dépassement représente 181% des tarifs conventionnels pour les neurochirurgiens, 99% pour les chirurgiens, 87% pour les ophtalmologues, 86% pour les gynécologues, 79% pour les dermatologues et 73% pour les psychiatres.

Les spécialités chirurgicales ont largement contribué à la hausse du taux moyen de dépassement d'honoraires sur la période 1997-2004. Sur cette période, pour les spécialistes en secteur 2, le taux moyen est passé de 33% à 48%. Ce taux a doublé en chirurgie, passant de 27% à 54%. Sur cette même période, l'ensemble des régions connaissent une hausse des taux moyens de dépassement en secteur 2. En Bretagne et Poitou-Charentes, les taux moyens de dépassement étaient respectivement de 14% et 15% en 1997. L'Ile-de-France et l'Alsace se distinguent avec une hausse des taux moyens de dépassement supérieure à la hausse nationale : 19 points de hausse pour l'Alsace et 22 points pour l'Ile-de-France.

Enfin, au sein même des spécialités, les disparités de taux de dépassement sont fortes. La mission a ainsi demandé à la CNAMTS la distribution par décile du taux de dépassement des médecins conventionnés en honoraires libres.

Tableau 6 Distribution par décile du taux de dépassement des médecins libéraux en 2005

		Min	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9.9
01	Omnipraticiens	0	14	20	25	31	39	49	63	84	120	251
02	Anesthésistes	0	15	23	31	37	46	56	65	84	117	419
03	Cardiologues	0	5	10	14	18	23	28	35	47	75	261
04	Chirurgiens	0	14	22	29	38	49	68	91	133	229	630
05	Dermato-véné.	3	28	36	43	50	56	65	76	91	130	281
06	Electroradio.	0	4	7	10	14	17	20	25	41	63	163
07	Gynécologues	0	31	40	49	58	66	76	87	107	149	316
08	Gastro-enter.	0	9	13	18	22	26	32	38	49	77	290
09	Médec. Interne	0	14	24	35	47	65	85	121	156	236	444
10	Neuro-chirur.	6	23	38	47	61	80	97	118	157	273	524
11	ORL	1	18	25	31	37	43	52	61	76	120	349
12	Pédiatres	0	21	29	34	40	46	52	60	71	100	241
13	Pneumo-phtys.	0	10	14	17	21	24	29	41	60	97	476

³⁴ Source : CNAMTS/SNIR 2004

³⁵ Ce taux est sous-estimé. Cf. infra.

14	Rhumatologues	1	23	31	38	45	54	64	78	98	138	301
15	Ophtho.	0	27	35	42	47	55	63	73	86	119	308
16	Urologues	0	15	22	29	34	42	50	61	79	138	515
17	Neuro-psy.	0	12	26	36	47	58	65	86	124	157	290
18	Stomatologues	2	32	42	55	71	89	107	137	180	258	551
31	Rééduc. Réadapt.	0	26	36	45	54	66	79	94	121	173	304
32	Neurologues	3	16	20	24	28	36	44	57	84	120	305
33	Psychiatres	0	25	35	43	50	57	66	79	95	121	204
37	Anapath.	0	2	8	12	16	21	24	28	31	37	82
41	Chirur.-orthop.	0	15	23	30	36	43	52	65	84	114	383
42	Endocrinologues	3	27	37	44	51	58	67	80	97	129	250
Total chirurgiens (04,10,16,41)		0	15	22	30	37	46	59	78	107	182	554
Total spécialistes		0	17	26	34	42	50	60	73	94	138	385

Source : CNAMTS, médecins libéraux conventionnés en secteur 2 et IDP, ayant perçu plus de 1000€ en 2005

Il en ressort des distributions plus ou moins étalées selon les spécialités. Ainsi, 90% des ophtalmologues pratiquent au moins 27% de taux de dépassement mais seuls 10% d'entre eux ont un taux de dépassement supérieur à 119%. Dans les disciplines chirurgicales, on note que les disparités sont particulièrement fortes. Si la moitié des chirurgiens ont un taux de dépassement d'au plus 49%, 10% d'entre eux ont un taux de dépassement supérieur à 229%.

Quant au 1% de spécialistes qui dépassent le plus au sein d'une discipline, son taux de dépassement peut atteindre plus de quatre, cinq ou six fois les tarifs opposables.

1.3 Ces constats se retrouvent dans la pratique des dépassements d'honoraires des praticiens exerçant dans les établissements de santé publics et privés³⁶

En 2005, les dépassements d'honoraires facturés à l'occasion de soins en établissement de santé représentent environ 527 millions d'euros³⁷. L'essentiel de ces dépassements a été facturé dans des établissements privés par des praticiens du secteur à honoraires libres.

1.3.1 Dans les établissements de santé privés, les dépassements sont principalement le fait des anesthésistes et chirurgiens exerçant en secteur 2 en Ile - de - France, Rhône-Alpes, Alsace, PACA et Nord - Pas de Calais

Le montant total d'honoraires facturés en établissement de santé privé en 2005 est estimé à 3 milliards d'euros³⁸, dont 470 millions d'euros de dépassements³⁹. Toutes

³⁶ Cette partie fait l'objet d'un complément statistique en annexe 4 « Les dépassements dans les établissements de santé ».

³⁷ Donnée tous régimes estimée. Source : CNAMTS/ ERASME V1. Liquidation régime général y compris SLM 2005 : dépassements d'honoraires pour leur pratique en établissement de santé des médecins libéraux conventionnés et des hospitaliers publics ayant une activité libérale.

³⁸ Donnée estimée tous régime. Même source que pour les dépassements.

disciplines médicales et secteurs confondus, le taux de dépassement des praticiens libéraux intervenant dans les établissements de santé privés est de 19 %. En secteur 1, il est de 2% pour l'ensemble des disciplines ; en secteur 2, il est de 42%.

1.3.1.1 Les dépassements d'honoraires se concentrent sur un petit nombre de régions et sur certaines activités.

Les dépassements d'honoraires ont pour caractéristique majeure d'être concentrés dans les régions et disciplines médicales où le secteur 2 est particulièrement développé :

- sept régions représentent plus des quatre cinquièmes (81%) des dépassements d'honoraires en établissements de santé privés en France : Ile-de-France, Rhône-Alpes, PACA, Nord-Pas de Calais, Aquitaine, Alsace et Languedoc-Roussillon. Ces sept régions ne représentent pourtant que la moitié de la population métropolitaine en 2005⁴⁰. L'Ile-de-France et Rhône-Alpes doivent être particulièrement distinguées : elles concentrent plus de la moitié des dépassements d'honoraires (55%) pour 28% de la population ; l'Ile-de-France seule concentre plus du tiers des dépassements (35%) pour 18% de la population ;
- les dépassements se concentrent sur un nombre réduit de spécialités médicales. Les dépassements liés à l'activité des chirurgiens et des anesthésistes représentent respectivement 52%⁴¹ et 19% du montant des dépassements facturés en établissement privé en 2005. Ces deux disciplines totalisent ainsi plus des deux tiers du montant total des dépassements d'honoraires.

1.3.1.2 Dans quelques départements, les dépassements d'honoraires constituent pour certains praticiens spécialistes de secteur 2, la part principale des revenus, devant celle liée aux honoraires à tarif opposable.

En montant annuel moyen, les dépassements d'honoraire par praticien en secteur 2 était de 29 406 euros⁴². Les montants les plus élevés sont ceux des anesthésistes avec 71 600 euros de dépassement d'honoraires moyen en 2005. Le montant est de 53 700 euros pour les chirurgiens, 22 680 euros pour les gynécologues et 22 000 euros pour les ophtalmologues.

Ces montants varient de façon importante selon les disciplines et les départements. Les montants les plus élevés sont observés chez :

- les anesthésistes lyonnais (139 800 euros), du Haut-Rhin (128 600 euros), du Val d'Oise (113 130 euros), du Bas-Rhin (109 065 euros), des Hauts de Seine (104 480 euros), de Paris (102 475 euros) et du Nord (97 650 euros) ;
- les chirurgiens lyonnais (113 640 euros), du Nord (86 430 euros), du Bas Rhin (85 880 euros) et parisiens (82 130 euros).

³⁹ Ces honoraires ont été facturés par 34 000 praticiens exerçant leur activité libérale en totalité ou en partie dans les cliniques. Ils sont très majoritairement des spécialistes (85,4%). Un tiers d'entre eux est conventionné en secteur 2 et a perçu à lui seul la moitié des honoraires totaux.

⁴⁰ Ces chiffres seraient à nuancer pour tenir compte du fait que de nombreux patients d'autres régions peuvent choisir de s'y faire opérer.

⁴¹ Cette catégorie regroupe tous les chirurgiens, sauf la chirurgie orthopédique et traumatologique et la chirurgie liée à l'activité d'ORL, d'ophtalmologie et d'urologie. La part de l'ensemble de l'activité chirurgicale dans les dépassements est donc encore supérieure à cette valeur.

⁴² Source : CNAMTS/ ERASME VI. Liquidation régime général. Donnée moyenne par praticien non redressée, établie à titre d'ordre de grandeur sur les seules données du régime général (y compris les sections locales mutualistes). Ces montants moyens doivent être compris comme une estimation basse.

En ce qui concerne les taux de dépassement, les plus élevés sont ceux des gynécologues, des chirurgiens et des ophtalmologistes de Paris (121%, 120% et 99%), des ophtalmologistes et chirurgiens de Lyon (120 % et 108%), des ophtalmologistes du Bas-Rhin et des Hauts de seine (103% et 98%).

Les anesthésistes de secteur 2 qui sont moins nombreux que ceux du secteur 1⁴³, ont des taux de dépassement également élevés, notamment à Lyon, Paris, dans le Bas-Rhin, les Hauts-de-Seine et le département du Nord (respectivement : 90%, 85%, 68,5%, 67,5% et 54%).

Dès lors que les taux de dépassement excèdent 100%, les dépassements d'honoraires constituent, pour les spécialités médicales et départements cités ci-dessus, la part principale des revenus libéraux, devant celle relative aux honoraires aux tarifs opposables.

1.3.2 L'activité libérale des praticiens hospitaliers publics en secteur 2 est faible mais elle suit en l'amplifiant la même dynamique que celle observée dans les établissements privés⁴⁴

La masse totale des honoraires bruts des praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale était de 257 millions d'euros en 2004. Les dépassements d'honoraires représentent 57,4 millions d'euros soit 29% de la masse des honoraires.

1.3.2.1 Peu de praticiens hospitaliers publics ont une activité libérale et ils l'exercent majoritairement en secteur 1

Les praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale dans les établissements de santé publics sont 4 212 en 2004⁴⁵, soit 11% des praticiens pouvant prétendre statutairement à une activité libérale⁴⁶. Six disciplines concentrent les deux tiers des effectifs : la chirurgie générale et orthopédique, la gynécologie obstétrique, l'ophtalmologie, la radiologie, la cardiologie et l'ORL. Ces praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale à l'hôpital public représentent 3,7% de l'ensemble des praticiens libéraux de ville et hospitaliers de France.

⁴³ Ils ne représentent qu'un quart des anesthésistes exerçant dans les établissements de santé privés (26,7% en 2005)

⁴⁴ Cette partie fait l'objet d'une annexe spécifique sur l'activité libérale des praticiens hospitaliers : Annexe 4.

⁴⁵ Ces effectifs sont décroissants depuis dix ans (4 356 en 1995).

⁴⁶ Cette donnée est une « donnée plancher », car tous les praticiens hospitaliers n'ont pas un mode d'exercice clinique qui peut permettre une facturation à l'acte de leurs prestations. Par ailleurs ce taux est variable selon les disciplines médicales.

Deux tiers des praticiens qui exercent une activité libérale dans un établissement public de santé, sont conventionnés en secteur 1 en 2004, soit 2 609 praticiens. Les disciplines les plus représentées sont par ordre décroissant la radiologie, la gynécologie obstétrique la cardiologie et la chirurgie générale et orthopédique. Le taux de dépassement des honoraires, est de 1,3% pour l'ensemble des disciplines. Les taux de dépassements les plus élevés sont observés en stomatologie (12,7%) et chirurgie générale (3,9%). Le montant moyen des honoraires bruts issus de l'activité libérale en secteur 1 est d'environ 55 000 euros en 2004.

1.3.2.2 Mais lorsqu'elle est exercée en secteur 2, l'activité libérale suit en l'amplifiant la même dynamique que celle observée dans les établissements privés

Un tiers des praticiens, soit 1 601 praticiens, exerce en secteur 2. Ce mode d'exercice est concentré sur trois régions principales : Ile-de-France, Rhône-Alpes et PACA, à l'instar de celui observé dans l'ensemble du secteur libéral hospitalier ou de ville. Les disciplines les plus représentées sont par ordre décroissant la chirurgie générale et orthopédique, la gynécologie obstétrique, l'ORL et l'ophtalmologie.

Le taux de dépassement des honoraires, est de 98,5% pour l'ensemble des disciplines en secteur 2. Les taux de dépassements moyens les plus élevés sont observés en urologie (152%), neurochirurgie (125%) et ophtalmologie (122%). Le montant moyen des honoraires bruts issus de l'activité libérale en secteur 2 était d'environ 70 000 euro en 2004. Pour 11 des 25 spécialités médicales, la part des honoraires issue des dépassements est supérieure au montant des honoraires sans dépassement et en constitue donc la part principale.

Si le nombre de praticiens à honoraires libres, ré-augmente doucement depuis 2000 (1,7%), l'accroissement des montants annuels des dépassements est quant à lui très élevé sur la période 2000-2005 (+7% par an). La part des dépassements dans les honoraires des praticiens continue à s'accroître également.

A discipline équivalente, les dépassements d'honoraires par praticien dans le secteur 2 apparaissent en moyenne plus élevés dans le secteur hospitalier public que dans le secteur privé.

Tableau 7 Honoraires, dépassements moyens par praticien et taux de dépassement des praticiens libéraux exerçant en établissement de santé privé et des praticiens hospitaliers exerçant dans le cadre de l'activité libérale en établissement de santé public en 2005 en secteur 2, pour quelques spécialités médicales.

Secteur 2	Effectifs	Honoraires bruts totaux moyens par praticien	Dépassement moyen par praticien	Taux de dépassement par spécialité
Praticiens libéraux des établissements de santé privés*				
Anesthésie	824	223 521 €	71 598 €	47,1%
Chirurgie ⁴⁷	3 787	160 579 €	53 695 €	50,2%
Gynécologie ⁴⁸	1 263	83 843 €	22 684 €	37,1%
Ophtalmologie	1 492	72 717 €	21 997 €	43,4%

⁴⁷ Cette catégorie regroupe tous les chirurgiens, sauf la chirurgie orthopédique et traumatologique et la chirurgie liée à l'activité d'ORL, d'ophtalmologie et d'urologie.

⁴⁸ Rappel : cette catégorie regroupe les gynécologues médicaux, gynécologues et obstétriciens et gynécologues-obstétriciens.

Tous spécialistes	12 068	103 746 €	30 804 €	42,2%
Praticiens hospitaliers publics des établissements de santé publics**				
Anesthésie	21	34 800 €	14 870 €	74,6%
Chirurgie ⁴⁹	331	79 970 €	40 494 €	102,6%
Gynécologie	307	76 177 €	36 393 €	91,5%
Ophthalmologie	117	95 861 €	51 368 €	115,5%
Tous spécialistes	1 670	70 999 €	34 261 €	93,3%

* Source : Erasme v1 (estimation tous régimes) France métropolitaine ** Source : Erasme v1 - Liquidations de l'année 2005 - Régime général y compris SLM France métropolitaine Retraitement : mission IGAS

Peu de praticiens exercent en secteur 2 à l'hôpital public, mais leurs taux de dépassements sont en moyenne deux fois plus élevés que ceux de leurs confrères exerçant dans les établissements privés.

1.3.2.3 Sur certaines zones et dans certaines disciplines, la pratique des dépassements dans le secteur hospitalier public pourrait venir renforcer les tensions observées dans le seul secteur libéral.

L'exercice en secteur 2 dans les établissements de santé publics diffère sensiblement selon les spécialités. En radiologie, en cardiologie ou en gastro-entérologie il n'existe que peu de praticiens exerçant en secteur 2. En chirurgie générale et orthopédique et en gynécologie obstétrique, les offres sont réparties pour moitié entre les deux secteurs tarifaires. A l'inverse, en ORL, en urologie ou en ophtalmologie la majorité des praticiens hospitaliers qui exercent une activité libérale, ont opté pour le secteur 2 à honoraires libres.

Il se trouve que ces disciplines concentrent également les honoraires moyens et les taux de dépassements les plus élevés. Ce phénomène s'observe particulièrement dans les régions déjà connues pour concentrer les praticiens libéraux exerçant en secteur 2 : Ile-de-France, Rhône-Alpes, PACA mais aussi en Alsace et dans une moindre mesure dans le Nord-Pas-de-Calais. Il semble qu'il existe des dynamiques régionales et même départementales par spécialité médicale qui effacent les frontières entre public et privé en matière de dépassements d'honoraires.

On conçoit aisément que dans ces disciplines et particulièrement dans les régions mentionnées lorsque l'offre de service en secteur 1 est faible, l'accès à un praticien exerçant en secteur 1, dans les hôpitaux publics, peut être dans ce contexte, particulièrement difficile.

Cependant, l'existence d'une offre de soins en secteur 2 élevée et des taux de dépassement élevés n'implique pas que tous les praticiens n'ont plus aucune activité à tarif opposable.

1.4 La facturation aux tarifs opposables des praticiens en secteur 2 est faible pour les consultations contrairement aux actes techniques ; les tarifs des consultations sont peu modulés

A l'exception notable du Nord-Pas-de-Calais et, dans une moindre mesure de la région PACA, les taux de dépassement régionaux sont d'autant plus élevés que la région concernée est riche, en raison de la situation de monopole partiel dans laquelle se trouvent les médecins.

⁴⁹ Même remarque.

Mais, même dans ces régions riches, les revenus sont dispersés⁵⁰. Or pour les patients les moins aisés, l'accès aux soins et l'égalité d'accès aux soins ne sont préservés que si le médecin adapte ses dépassements aux possibilités financières de chacun.

La mission n'a pas eu connaissance de données suffisamment représentatives permettant de relier le montant des dépassements au niveau de revenu des patients, individu par individu, à l'exception des bénéficiaires de la CMU complémentaire. Mais, à travers l'étude de la modulation des tarifs des praticiens, il est possible d'apprécier l'adaptation des dépassements à la situation financière des patients.

1.4.1 La part des consultations effectuées aux tarifs opposables par les praticiens à honoraires libres est faible, voire très faible

Le tableau ci-après présente, par spécialité, la part des consultations effectuées aux tarifs opposables, hors bénéficiaires de la CMU complémentaire⁵¹.

Tableau 8 : Part des consultations des médecins à honoraires libres effectuées aux tarifs opposables

Médecine générale	14%
Anesthésie-réanimation chirurgicale	17%
Pathologie cardio-vasculaire	50%
Chirurgie générale	14%
Dermatologie	4%
Gynécologie obstétrique	3%
Gastro-entérologie et hépatologie	13%
Médecine interne	17%
Neurochirurgie	13%
Oto-rhino-laryngologie	5%
Pédiatrie	6%
Ophtalmologie	3%
Chirurgie urologique	10%
Chirurgie orthopédique et traumatologie	19%

Source : CNAMTS/ Régime général, soins de mai 2006 liquidés entre juin et août 2006, ensemble des praticiens libéraux à honoraires libres

A l'exception des cardiologues⁵², la part des consultations (C ou CS⁵³) effectuées au tarif opposable est inférieure à 20% pour toutes les spécialités. Cette part est très faible pour les dermatologues, gynécologues, ORL, pédiatres et ophtalmologues puisque toujours inférieure à 7%.

⁵⁰ Ainsi, en Ile-de-France, le revenu fiscal par unité de consommation des 10% de la population ayant le revenu annuel le plus faible est de 5 707 euro⁵⁰, soit le montant le plus faible des régions françaises après la Corse, le Nord - Pas-de-Calais et le Languedoc-Roussillon.

⁵¹ Pour ces patients, le tarif opposable est de droit. Cf. cependant partie 1.1.4.

⁵² On peut noter que, en contrepartie de la baisse des échocardiogrammes et de la suppression des suppléments à l'électrocardiogramme, les cardiologues bénéficient depuis 1997 d'une consultation spécifique, la CSC, mieux cotée que la CS.

⁵³ Hors les consultations tarifées C2. Outre les possibilités ouvertes par la convention de 2005 pour tarifier deux fois la lettre clé C dans le cadre d'un avis ponctuel, certains praticiens, anciens internes d'un CHR appartenant à un CHU, pouvaient déjà coter le C2 en application de l'article 18 de la NGAP. La cotation C2 représente ainsi un tiers des consultations des chirurgiens.

1.4.2 Pour les actes techniques, les praticiens de secteur 2 recourent davantage aux tarifs opposables, en particulier dans les spécialités où les actes techniques sont les plus nombreux.

Pour toutes les spécialités, les actes techniques sont facturés plus fréquemment que les consultations aux tarifs opposables. Or, pour les anesthésistes, cardiologues, radiologues et chirurgiens, les actes techniques ont un poids important dans le total des actes et consultations. Il en découle pour ces spécialités une part au total plus importante des actes et consultations tarifées sans dépassement.

En conséquence (cf. tableau ci-après), deux profils de pratiques tarifaires se dégagent pour les praticiens à honoraires libres :

- les dermatologues, gynécologues, pédiatres, ophtalmologues et, dans une moindre mesure, les ORL, facturent très peu leurs consultations et actes aux tarifs conventionnels : la très grande majorité d'entre eux facturent moins de 10% de leurs actes et consultations aux tarifs opposables ; la situation est très marquée en Ile-de-France, et également en Alsace ;
- les anesthésistes, cardiologues, radiologues et chirurgiens ont des pratiques de tarification bien plus diverses et peuvent se limiter pour une part de leurs actes et consultations aux tarifs conventionnels ; ainsi, par exemple, trois quarts des anesthésistes à honoraires libres facturent au moins 20% de leurs actes et consultations aux tarifs opposables.

Dans ce dernier groupe, toutefois, cela ne signifie pas qu'un patient donné bénéficiera dans ces spécialités d'une absence de dépassement ; il est possible ainsi d'imaginer que, au cours d'un épisode de soins, les consultations seront tarifées avec dépassement, tandis que les actes techniques ne le seront pas (ou vice-versa). Par ailleurs, le montant même du dépassement, dans le cas où il est facturé, peut être élevé.

Tableau 9 Répartition (en %) des effectifs de médecins à honoraires libres selon la part de leurs actes et consultations effectués au tarif opposable (hors bénéficiaires de la CMU complémentaire)

Lecture : 57% des médecins généralistes conventionnés dans un secteur à honoraires libres facturent moins de 10% de leurs actes et consultations aux tarifs opposables ; 20% % des médecins généralistes conventionnés dans un secteur à honoraires libres facturent 10% à 20% de leurs actes et consultations aux tarifs opposables.

Part des actes et consultations effectuées au tarif opposable	[0;10%[	[10;20%[	[20;30%[	[30;40%[	[40;50%[	[50;60%[	[60;70%[	[70;80%[	[80;90%[	[90;100%]	EFFECTIF TOTAL
Médecine générale	57%	20%	10%	5%	3%	2%	1%	1%	1%	1%	7 453
Anesthésie-réanimation chirurgicale	8%	15%	18%	17%	15%	11%	9%	3%	2%	2%	898
Pathologie cardio-vasculaire	26%	12%	10%	11%	10%	9%	7%	5%	3%	7%	822
Chirurgie générale	16%	16%	20%	18%	13%	8%	4%	2%	1%	1%	2 293
Dermato-vénéréologie	79%	12%	6%	1%	1%	1%	0%	1%	0%	0%	1 381
Radiodiagnostic et imagerie médicale	8%	7%	5%	6%	9%	20%	19%	9%	7%	10%	611
Gynécologie obstétrique	79%	15%	4%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	2 888
Gastro-entérologie et hépatologie	10%	21%	19%	16%	14%	8%	5%	3%	1%	2%	777
Médecine interne	54%	9%	4%	6%	5%	6%	6%	4%	1%	4%	289
Neurochirurgie	36%	22%	19%	8%	10%	3%	1%	1%	0%	1%	115
Oto-rhino-laryngologie	57%	24%	10%	5%	2%	1%	0%	0%	0%	0%	1 275
Pédiatrie	80%	11%	4%	2%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	890
Ophtalmologie	73%	15%	7%	3%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	2 449
Chirurgie urologique	23%	21%	23%	18%	8%	4%	2%	1%	0%	1%	559
Chirurgie orthopédique et traumatologie	14%	23%	27%	18%	10%	4%	2%	1%	0%	1%	1 428

Source : CNAMTS, régime général, soins de janvier à juin 2006 liquidés de février à août 2006, ensemble des praticiens libéraux à honoraires libres

1.4.3 Dans la plupart des spécialités, un quart à la moitié des praticiens n'ont qu'un ou deux tarifs de consultation

Afin de compléter l'analyse de l'offre tarifaire des praticiens à honoraires libres pour leurs consultations, la mission a étudié le nombre de tarifs différents de consultations (C, CS et CNP pour les psychiatres) au sein de leur patientèle⁵⁴.

A l'exception notable des psychiatres et neuropsychiatres, ainsi que des pédiatres, les praticiens modulent très peu leurs tarifs de consultation. Un quart à la moitié des praticiens ne pratiquent qu'un ou deux tarifs de consultation.

Tableau 10 Répartition des effectifs (en%) de médecins à honoraires libres selon le nombre de tarifs différents de consultations

Spécialité	Un seul tarif	Deux tarifs	Un ou deux tarifs	Trois tarifs	Quatre tarifs ou plus	Total	Effectif total
01- Médecine générale	5%	36%	41%	28%	31%	100%	6853
02- Anesthésie-réanimation chirurgicale	4%	39%	43%	33%	24%	100%	856
03- Pathologie cardio-vasculaire	18%	30%	49%	23%	28%	100%	505
04- Chirurgie générale	10%	36%	46%	27%	27%	100%	1917
05- Dermato-vénérologie	6%	23%	28%	33%	39%	100%	1331
07- Gynécologie obstétrique	14%	33%	47%	27%	26%	100%	2769
08- Gastro-entérologie et hépatologie	5%	29%	34%	25%	41%	100%	691
09- Médecine interne	10%	19%	29%	23%	48%	100%	240
10- Neurochirurgie	19%	35%	54%	30%	16%	100%	97
11- Oto-rhino-laryngologie	9%	29%	38%	30%	32%	100%	1157
12- Pédiatrie	2%	16%	18%	28%	54%	100%	852
13- Pneumologie	7%	22%	29%	26%	46%	100%	167
14- Rhumatologie	5%	23%	29%	30%	41%	100%	774
15- Ophtalmologie	8%	30%	38%	30%	32%	100%	2339
16- Chirurgie urologique	14%	38%	52%	24%	24%	100%	532
17- Neuropsychiatrie	2%	10%	12%	20%	68%	100%	109
18- Stomatologie	5%	28%	33%	24%	43%	100%	402
31- Rééducation et réadaptation fonctionnelle	9%	19%	27%	32%	41%	100%	175
32- Neurologie	7%	28%	36%	29%	35%	100%	205
33- Psychiatrie	3%	13%	16%	17%	67%	100%	1549
41- Chirurgie orthopédique et traumatologie	7%	39%	46%	29%	24%	100%	1345
42- Endocrinologie et métabolisme	7%	25%	32%	32%	37%	100%	444
total chirurgiens (04,10,16,41)	10%	37%	47%	27%	25%	100%	3891

Source : CNAMTS, régime général, soins liquidés de mai à juillet 2006 et de moins de six mois

⁵⁴ Les résultats détaillés de cette étude sont présentés en annexe.

1.4.4 Les dépassements d'honoraires sur les consultations concernent également les bénéficiaires de la CMU complémentaire

1.4.4.1 Les dépassements d'honoraires sont en principe interdits

La CMU complémentaire ne prend pas en charge les dépassements d'honoraires. En principe, il est interdit aux professionnels de pratiquer des dépassements d'honoraires vis-à-vis des bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Les textes autorisent toutefois deux exceptions pour des dépassements dont la fréquence est, soit par définition soit en pratique, très limitée : les dépassements pour exigence particulière du patient (DE) et les dépassements autorisés en cas de soins non coordonnés au sens de la convention (DA).

1.4.4.2 Mais la loi est largement méconnue dans certaines spécialités et zones géographiques⁵⁵

En France métropolitaine, parmi l'ensemble des consultations facturées à des bénéficiaires de la CMU complémentaire par des praticiens à honoraires libres ou en secteur 1, 1,6% ont donné lieu à un dépassement d'honoraires. Mais pour les consultations en chirurgie générale ou urologique, la proportion est de 13%. Elle est d'environ 8% pour les consultations d'anesthésie, dermatologie, gynécologie et de chirurgie orthopédique.

De plus, certains départements d'Ile de France, de Rhône-Alpes et de Provence-Alpes-Côte d'Azur concentrent ces dépassements. Ainsi, un tiers des bénéficiaires de la CMU complémentaire qui ont consulté en chirurgie générale et urologique à Paris sur la période d'étude⁵⁶ ont payé un dépassement d'honoraires. Pour la moitié d'entre eux, son montant était d'au moins 20 euros ; dans 10% des cas, il était d'au moins 67 euros⁵⁷.

La carte des dépassements d'honoraires facturés aux bénéficiaires de la CMU complémentaire recouvre largement la carte des régions et spécialités où les effectifs de praticiens à honoraires libres sont prépondérants.

⁵⁵ La mission n'est pas en mesure de déterminer si les praticiens qui ont facturé ces dépassements ont contrevenu à la loi, sciemment.

⁵⁶ Les résultats détaillés de cette étude figurent en annexe.

⁵⁷ Pour mémoire, les ressources mensuelles d'une personne bénéficiaire de la CMU complémentaire en métropole sont au plus de 600 euros par mois, soit 20 euros par jour.

1.5 L'étude menée sur quatre épisodes de soins⁵⁸ établit qu'une majorité de patients est aujourd'hui confrontée à des dépassements d'honoraires dont les montants peuvent être élevés

La mission a conduit en collaboration avec la CNAMTS une étude spécifique afin de mesurer l'importance actuelle des dépassements d'honoraires dans le secteur des soins hospitaliers, sur des prises en charge considérées comme *a priori* couvertes en totalité par l'assurance maladie obligatoire. Cette étude a pour objectif de mesurer les dépassements demandés à un patient pour un acte hospitalier, mais aussi pour l'ensemble des soins l'ayant précédé ou immédiatement suivi et pouvant être mis en relation avec lui. Cette période, qui est définie comme « épisode de soin » dans l'étude, englobe celle plus ponctuelle de réalisation de l'acte hospitalier lui-même.

L'étude porte sur quatre actes distincts : l'accouchement, la chirurgie du cristallin, la prothèse totale de hanche et la coloscopie. Ils ont été choisis en fonction de leur fréquence élevée dans la population, de l'implication de spécialités médico-chirurgicales différentes et de leur répartition variable entre les secteurs hospitaliers public et privé. L'étude vise à établir la fréquence, le montant et la dispersion des dépassements d'honoraires effectivement facturés aux patients au cours de chaque épisode, par l'ensemble des médecins⁵⁹. La sélection des actes a été volontairement centrée sur les actes simples (par exemple l'accouchement unique, sans complication) pour limiter la dispersion des coûts pouvant résulter d'une trop forte hétérogénéité des prises en charge médicales⁶⁰. Les actes étudiés ont été réalisés au second semestre 2005 dans l'ensemble des établissements de santé publics et privés.

1.5.1 Au cours des épisodes de soins sélectionnés, des dépassements d'honoraires ont été facturés à la majorité des patients,⁶¹ pour des montants moyens pouvant être élevés

Ont été confrontés à un ou plusieurs dépassements lors de l'épisode de soins :

- 52% des femmes ayant accouché au second semestre 2005 : 42% des femmes accouchant à l'hôpital pour un montant moyen des dépassements de 74 euro et 81% de celles accouchant en clinique pour 178 euros ;
- 71% des patients opérés du cristallin : 40% des opérés à l'hôpital pour un montant moyen de 91 euros et 80% des opérés en clinique pour 200 euros ;
- 72% des patients ayant bénéficié d'une prothèse totale de hanche : 42% des opérés à l'hôpital pour un montant moyen de 225 euros et 89% des opérés en clinique pour 454 euros ;
- 66% des patients ayant eu une exploration coloscopique : 39% à l'hôpital pour un montant moyen de 60 euros et 71% en clinique pour 105 euros.

⁵⁸ Cf. annexe 6 pour le détail de cette étude.

⁵⁹ Tous les dépassements de plus de un euro, quel que soit le secteur conventionnel du praticien, ont été retenus. Ont donc été inclus dans l'étude les patients ayant eu à faire face à un dépassement même de très faible montant, y compris au cours de soins pratiqués par des médecins conventionnés en secteur 1.

⁶⁰ De cette façon, la dispersion des dépassements peut être principalement rattachée à la dispersion des tarifs pratiqués par les médecins.

⁶¹ Tous patients confondus, y compris les bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Tableau 11 Montants des dépassements moyens facturés pour chaque EPISODE DE SOINS et selon le lieu de réalisation de l'acte

Lieu de réalisation de l'acte	Pourcentage de patients concernés par un dépassement ou plus lors de l'épisode de soin	Nombre moyen d'actes réalisés avec dépassement dans la période, toutes spécialités cumulées	Dépassement moyen en €, toutes spécialités cumulées, lorsqu'un dépassement ou plus ont été facturés
Accouchement	52		
Public	42	3,3	74
Privé	81	5,3	178
Chirurgie du Cristallin	71		
Public	40	2,5	91
Privé	80	4,0	200
Chirurgie de la hanche	72		
Public	42	5,9	225
Privé	89	9,6	454
Coloscopie	66		
Public	39	5,3	60
Privé	71	7,3	105

Source : Etude IGAS-CNAMTS décembre 2006 ; données PMSI second semestre 2005-Erasme V1 hors SLM

La comparaison des deux secteurs d'hospitalisation ne peut pas être réalisée directement s'agissant d'un épisode de soins⁶² ; elle est par contre plus immédiate s'agissant de l'observation de l'acte lui-même sur lequel on a centré l'étude. Il s'agit des dépassements facturés le jour même de réalisation de l'acte. A l'hôpital public, les données facturées correspondent à l'activité libérale des praticiens hospitaliers.

Lors de l'acte principal, ont été confrontés à un ou plusieurs dépassements d'honoraires :

- 0,2% des femmes accouchant à l'hôpital public car en secteur privé pour un montant moyen de 288 euros et 18% de celles accouchant en clinique pour 283 euros ;
- 3% des opérés du cristallin à l'hôpital public car en secteur privé pour un montant moyen de 429 euros et 50% des opérés en clinique pour 228 euros ;
- 7% des patients ayant bénéficié d'une prothèse totale de hanche à l'hôpital public car en secteur privé pour un montant moyen de 869 euros et 71% des opérés en clinique pour 491 euros ;
- 0,4% des patients ayant eu une exploration coloscopique à l'hôpital public car en secteur privé pour 64 euros et 32% des patients en clinique pour un montant moyen de 92 euros.

⁶² La comparaison entre les montants des dépassements des deux secteurs hospitaliers ne doit pas être comprise comme celle issue de l'activité unique de l'un ou de l'autre secteur. En effet, s'agissant d'épisodes de soins sur une période plus ou moins longue, les soins ont pu être délivrés avant ou après l'hospitalisation par des praticiens en ville comme à l'hôpital, et pratiquant éventuellement des dépassements d'honoraires. Par ailleurs, il apparaît que le nombre moyen d'actes facturés avec dépassement dans un épisode donné est toujours supérieur chez ceux dont l'acte lui-même est réalisé dans le secteur hospitalier privé. Les montants moyens totaux ne peuvent donc qu'être majorés à due concurrence.

Tableau 12 Distribution des dépassements moyens facturés pour chaque ACTE et selon son lieu de réalisation

Lieu de réalisation de l'acte	Pourcentage de patients concernés par un dépassement ou plus le jour de l'acte	Dépassement moyen en €, toutes spécialités cumulées
Accouchement	5	
Activité libérale dans les établissements de santé Publics	0,2	288
Privé	18	283
Chirurgie du Cristallin	39	
Activité libérale dans les établissements de santé Publics	3	429
Privé	50	228
Chirurgie de la hanche	48	
Activité libérale dans les établissements de santé Publics	7	869
Privé	71	491
Coloscopie	27	
Activité libérale dans les établissements de santé Publics	0,4	64
Privé	32	92

Source : Etude IGAS-CNAMTS décembre 2006 ; données PMSI second semestre 2005-Erasme V1 hors SLM

On voit donc que la probabilité pour un patient de se voir demander un dépassement d'honoraires au cours de l'épisode de soins est supérieure à 50%. Sur les seuls actes principaux cette fréquence est plus faible ; elle demeure toutefois supérieure à 50% pour la chirurgie du cristallin et la chirurgie de la hanche réalisées en clinique.

1.5.2 La dispersion des dépassements d'honoraires est large

Il convient de rappeler que l'étude menée intègre les dépassements pratiqués par les praticiens du secteur 1 pour des montants qui peuvent être faibles : la dispersion en est accrue pour les épisodes de soins.

1.5.2.1 Selon l'épisode de soins, la dispersion des dépassements d'honoraires varie de quelques euros à plusieurs centaines d'euros

Elle est :

- pour l'accouchement, de 7 à 167 euros à l'hôpital et de 14 à 377 euros en clinique ;
- pour les opérés du cristallin, de 30 et 189 euros à l'hôpital et de 124 à 465 euros en clinique ;
- pour les patients ayant bénéficié d'une prothèse totale de hanche, de 7 à 567 euros à l'hôpital et de 25 à 964 euros en clinique ;
- pour les patients ayant eu une exploration coloscopique, à l'hôpital de 5 à 110 euros et de 8 à 226 euros en clinique.

Tableau 13 Distribution des dépassements facturés pour chaque EPISODE DE SOINS et selon le lieu de réalisation de l'acte

Lieu de réalisation de l'acte	Nombre de patients concernés par un dépassement ou plus, pendant la durée de l'épisode de soins	Rappel	Distribution du dépassement toutes spécialités cumulées, par décile		
		Dépassement moyen en €	1er décile en €	Médiane en €	9ème décile en €
Accouchement					
Public	50 224	74	7	48	167
Privé	37 073	178	14	110	377
Chirurgie du Cristallin					
Public	9 732	91	7	30	189
Privé	62 075	200	13	124	465
Chirurgie de la hanche					
Public	2 197	225	7	32	567
Privé	8 052	454	25	314	964
Coloscopie					
Public	4 839	60	5	23	110
Privé	53 139	105	8	51	226

Source : Etude IGAS-CNAMTS décembre 2006 ; données PMSI second semestre 2005-Erasme V1 hors SLM

Il convient ici aussi d'être prudent en terme de comparaison des deux secteurs public et privé de prise en charge de ces épisodes⁶³.

1.5.2.2 Centrée sur l'acte principal, l'étude de la dispersion des dépassements d'honoraires montre que celle-ci peut être très importante

Elle est :

- pour l'accouchement : à l'hôpital de 2 à 426 euros et de 50 à 588 euros en clinique
- pour les opérés du cristallin : à l'hôpital de 78 à 945 euros et de 160 à 467 euros en clinique
- pour les patients ayant bénéficié d'une prothèse totale de hanche : à l'hôpital de 83 à 2 510 euros et de 150 à 960 euros en clinique
- pour les patients ayant eu une exploration coloscopique : à l'hôpital les effectifs de patients concernés sont insuffisants pour établir une distribution valable ; en clinique les dépassements varient de 25 à 180 euros.

⁶³ Il convient de rappeler notamment que le nombre moyen d'actes facturés avec un dépassement, détaillé dans l'annexe, est toujours supérieur chez les patients dont l'acte est réalisé dans le secteur privé.

Tableau 14 Distribution des dépassements facturés pour chaque ACTE et selon son lieu de réalisation

Lieu de réalisation de l'acte traceur	Nombre de patients concernés par un dépassement ou plus, le jour de l'acte	Dépassement moyen en €	Distribution du dépassement toutes spécialités cumulées, par décile		
			1er décile en €	Médiane en €	9ème décile en €
Accouchement					
Activité libérale dans les établissements de santé Publics	274	288	2	137	426
Privé	8 090	283	50	167	588
Chirurgie du Cristallin					
Activité libérale dans les établissements de santé Publics	749	429	78	338	945
Privé	38 460	228	50	160	467
Chirurgie de la hanche					
Activité libérale dans les établissements de santé Publics	371	869	83	490	2 510
Privé	6 437	491	150	350	960
Coloscopie					
Activité libérale dans les établissements de santé Publics	50	64	Effectifs insuffisants		
Privé	23 709	92	25	55	180

Source : Etude IGAS-CNAMTS décembre 2006 ; données PMSI second semestre 2005-Erasme V1 hors SLM

Ainsi, pour la prothèse totale de hanche, 90% des patients opérés en clinique et ayant eu à régler un dépassement pour l'intervention elle-même, auront réglé 150 euros de dépassement ou plus et pour les 10% des patients acquittant les dépassements les plus élevés, 960 euros ou plus.

De même pour la chirurgie du cristallin, 90% des patients ayant eu à régler des dépassements pour l'intervention elle-même, auront payé au moins 50 euros. Pour les 10% des patients acquittant les dépassements les plus élevés, les montants sont d'au moins 467 euros.

La comparaison des dépassements totaux des deux secteurs amène trois remarques sur l'activité libérale à l'hôpital public :

- les effectifs des patients concernés par un dépassement au titre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers publics sont très faibles ;
- cependant, lorsqu'ils existent, les dépassements facturés sont plus élevés qu'en clinique pour tous les actes sauf l'accouchement ;
- ils sont généralement le fait d'un seul praticien, alors qu'en clinique les dépassements sont facturés plus fréquemment et par plusieurs praticiens (opérateur principal, anesthésiste, radiologue parfois).

Lorsqu'on ne s'intéresse qu'aux dépassements médians facturés par le praticien responsable de l'acte principal, les écarts sont encore plus importants entre hôpital public et clinique⁶⁴.

⁶⁴ Ainsi, le dépassement moyen des chirurgiens orthopédistes est de 847 euros par patient à l'hôpital public contre 410 euros en clinique.

L'étude dans son ensemble montre ainsi que le cumul de dépassements demandés à un patient conduit à des montants finals qui peuvent être très lourds.

Pour les quatre actes étudiés, les dépassements d'honoraires sont aujourd'hui prédominants lorsque l'on s'intéresse à l'épisode de soins et non pas au seul acte hospitalier isolé. Plus de la moitié des accouchements, plus des deux tiers des opérés du cristallin, de la hanche et des coloscopies ont été concernés par un ou plusieurs dépassements dans cette étude, quel que soit l'établissement où l'acte lui-même a été finalement réalisé.

Les dépassements concernant les actes facturés le jour de l'intervention sont moins fréquents et concernent, pour trois des quatre épisodes⁶⁵, entre un quart et la moitié des patients. Cette observation doit être reliée au fait que les praticiens dépassent plus régulièrement sur les consultations que sur les actes (cf. paragraphe 1.4).

La probabilité d'être confronté à un dépassement est par construction directement liée au choix du secteur de soins choisi, public ou privé. Comme les professionnels de santé exerçant en secteur 2 sont plus nombreux dans le secteur hospitalier privé que dans le public, les montants de dépassements y sont en moyenne plus élevés, quand bien même le patient n'aurait pas été pris en charge en totalité dans ce secteur : les parcours croisés sont en effet fréquents.

Pour certains actes comme la chirurgie de la hanche ou du cristallin, réalisés majoritairement dans le privé, la probabilité d'avoir à régler un dépassement est aujourd'hui élevée en France. Compte tenu des observations sur la concentration des praticiens de secteur 2 dans certaines régions (cf. paragraphe 1.2), cette probabilité est vraisemblablement encore plus élevée pour leurs habitants.

En se plaçant du point de vue du patient, on mesure que le cumul des dépassements demandés par les praticiens intervenant aux différentes étapes de l'épisode de soins peut conduire à des montants finals non négligeables.

Aussi les dépassements d'honoraires peuvent-ils conduire à un recul de la solidarité nationale. Alors que les soins liés à la maternité et les actes chirurgicaux lourds sont en principe pris en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire, cet engagement n'est plus garanti pour les patients concernés par des dépassements d'honoraires. Pour plus d'une femme sur deux, ayant eu à régler un ou plusieurs dépassements au cours des six derniers mois de sa grossesse, le taux de couverture moyen de l'épisode de soins par l'assurance maladie obligatoire⁶⁶ n'est que de 56% pour celles ayant accouché dans le public et de 54% pour celles ayant accouché dans le privé.

Les patients concernés par des dépassements d'honoraires auront, de fait, à supporter un reste à charge, souvent non négligeable, avant intervention éventuelle d'une assurance complémentaire. Si le patient est couvert par une assurance mais que celle-ci ne couvre pas les dépassements, le reste à charge sera *in fine* égal au montant des dépassements eux-mêmes.

⁶⁵ En revanche, les dépassements facturés le jour de l'accouchement n'ont concerné que 5% des femmes, quel que soit l'établissement dans lequel la patiente a accouché.

⁶⁶ Défini comme le rapport des honoraires que l'assurance maladie obligatoire a pris en charge, aux honoraires totaux.

Depuis les origines de l'assurance maladie, la collectivité nationale a fait le choix de couvrir aussi parfaitement que possible les soins les plus onéreux. Cette volonté est fortement contrariée par la pratique des dépassements d'honoraires médicaux, non remboursés par définition par l'assurance maladie obligatoire. Pour les quatre épisodes étudiés, l'étude établit que des dépassements sont aujourd'hui demandés à une majorité de patients. Leurs montants sont très variables, souvent importants. Ils peuvent même être supérieurs à 100% des tarifs opposables pour une part importante des patients confrontés à un dépassement.

2 Peu importants à l'origine, les dépassements, du fait de leur ampleur remettent en cause certains des principes sur lesquels repose le système de soins

2.1 De nombreuses raisons expliquent leur dérive

Quelle que soit la base conventionnelle des dépassements, un calcul simplificateur pourrait amener à considérer que le financement direct des dépassements d'honoraires par les ménages ne représente que 20€ par an et par personne⁶⁷. Pourtant, comme l'a montré la première partie, le reste à charge, constitué pour l'essentiel de dépassements d'honoraires, peut être conséquent et s'élever à plusieurs centaines, voire milliers d'euros, alors même que la participation des régimes obligatoires est censée augmenter avec la gravité des pathologies⁶⁸.

2.1.1 les assurés ont accepté cette charge avant qu'elle ne se banalise, comme si elle était une garantie de qualité sans en être pour autant plus onéreuse pour eux

2.1.1.1 le dépassement peut être considéré, faussement, par les patients, comme une garantie de qualité des soins prodigués

L'application d'un tarif différent plus élevé que le tarif remboursé par l'assurance maladie peut donner le sentiment d'un « bien différencié » pour le patient. Celui-ci s'apparente alors à un bien de luxe⁶⁹. La principale caractéristique d'un tel bien est que sa demande augmente avec le prix, ce qui est l'inverse du comportement « normal » de l'offre et de la demande de biens et services. Pour un tel bien, si le prix est faible, les consommateurs

⁶⁷ Les dépassements d'honoraires pour 2004 représentent près de 2Mds€ (SNIR complet cf. partie 1-2), dont 1,3Md€ sont financés directement par les ménages le solde par les complémentaires, ce qui représente en moyenne 20€ par an et par personne.

⁶⁸ Pour mémoire, on peut citer les mécanismes d'affection de longue durée (ALD), de la maternité à partir du 5^{ème} mois de grossesse ou d'opérations chirurgicales (anciennement K>50) où la participation de l'assurance maladie obligatoire correspond à la totalité des tarifs opposables.

⁶⁹ appelé aussi bien de Veblen d'après Thorstein Veblen, économiste et sociologue américain de la fin du XIX^{ème} siècle, *Théorie de la classe de loisir* (1899). Il défend dans cet ouvrage la thèse que la consommation de « biens ostentatoires » est le symbole de la domination de la classe des puissants et poussera les classes inférieures à les imiter en essayant de consommer les mêmes biens ou des biens similaires.

estiment alors qu'il ne reflète pas son positionnement haut de gamme et sa demande faiblit, soit parce que la qualité perçue est inférieure, soit parce qu'il n'est plus un symbole de statut social différencié.

Tant que ce comportement touche une minorité de consommateurs, cela peut inciter les médecins à travailler davantage (ils renoncent à une partie de leur temps de loisir contre un revenu marginal plus élevé) pour des patients qui sont prêts et peuvent payer des tarifs élevés. Cela laisse alors les médecins travaillant au tarif opposable disponibles pour les patients qui ont de plus faibles revenus. Mais lorsque le nombre de médecins pratiquant des dépassements d'honoraires augmente, les tarifs élevés peuvent alors devenir la norme et exclure des soins une partie des patients aux revenus modestes.

2.1.1.2 Le coût des soins peut être considéré comme gratuit du fait de l'intervention des complémentaires alors qu'ils génèrent des effets inflationnistes

La prise en charge des dépassements d'honoraires par les assureurs complémentaires a des effets inflationnistes :

- dans le cas où le patient perçoit sa prime d'assurance comme un forfait, il peut alors être incité à consommer davantage, simplement pour « amortir » ce forfait, entraînant alors un surcroît de dépenses pour les assureurs complémentaires ;
- malgré l'augmentation des primes d'assurances, la prise en charge d'une partie des dépassements par les assureurs complémentaires donne faussement l'impression que les soins sont « gratuits ».

Certes, même pour les médecins conventionnés à honoraires libres, une partie importante du coût est prise en charge par la collectivité au travers des honoraires remboursables, si bien que l'effort marginal du consommateur peut sembler plus faible. Mais, même si le coût, au moment des soins, n'est pas totalement supporté par le consommateur final, c'est bien à lui que ce coût sera imputé au travers des cotisations d'assurances maladie obligatoires, complémentaires et d'un éventuel dépassement.

2.1.2 les dépassements ont constitué un marché de développement pour les organismes complémentaires qui ont été conduits à les prendre en charge du fait de la concurrence entre eux

Pour toutes les familles d'organismes complémentaires⁷⁰, la prise en charge des dépassements d'honoraires contribue au chiffre d'affaires. Mais selon la famille d'organismes et la nature, collective ou individuelle, des contrats, les mécanismes à l'œuvre conduisant à cette prise en charge ont pu être différents.

Traditionnellement, la mutualité, attachée à la solidarité, ne couvre pas ou peu les dépassements. Elle souhaite maîtriser les remboursements pour rester accessible au plus grand nombre, tout en limitant le reste à charge des sociétaires. Mais, dans un contexte de

⁷⁰ Trois types d'organismes interviennent en assurance maladie complémentaire : les mutuelles du code de la mutualité, les sociétés d'assurance relevant du codes assurances et les institutions de prévoyance. En 2005, les organismes complémentaires d'assurance ont financé 19,3 milliards d'euros de dépenses de santé, soit 12,8% des dépenses totales de soins et biens médicaux, dont 11,0 milliards d'euros pour les mutuelles, 4,6 milliards d'euros pour les sociétés d'assurance et 3,7 milliards d'euros pour les institutions de prévoyance.

développement de la concurrence, la solidarité a été mise à mal par des phénomènes d'antisélection. Poussées à diversifier leur offre, des mutuelles ont choisi de prendre en charge les dépassements d'honoraires, d'autant plus que leur banalisation dans certaines zones géographiques et spécialités pesait sur le reste à charge des assurés. La prise en charge par les mutuelles des dépassements, éventuellement négociés avec les professionnels de santé⁷¹, n'est plus illégitime⁷². Ce n'est que hors parcours de soins que la Mutualité française recommande aux mutuelles de ne pas prendre en charge les dépassements d'honoraires.

Quant aux contrats collectifs à adhésion obligatoire couvrant les dépassements d'honoraires à des niveaux élevés voire non plafonnés, et au financement desquels l'employeur peut participer, ils constituent principalement un avantage pour les salariés qui vient compléter la politique de rémunération de l'entreprise.

Enfin, pour tous les organismes complémentaires, sur le marché très concurrentiel de l'assurance maladie complémentaire, le niveau de prise en charge des dépassements d'honoraires est un moyen de se différencier des concurrents. Un contrat ne couvrant pas ou peu les dépassements est généralement qualifié de « mauvais » contrat.

2.1.3 Les établissements n'ont pas eu jusque là un intérêt financier évident à maîtriser le niveau des dépassements

Les dépassements d'honoraires sont pour l'essentiel une relation qui n'implique que le patient et son médecin. Il s'agit du seul échange économique qui ne mobilise pas ou peu un tiers payeur (assurance publique ou privée)⁷³. Les établissements de santé publics ou privés ne sont d'ailleurs pas ou peu intéressés aux dépassements, lorsqu'ils en ont connaissance. Au reste, cet échange se fait parfois, comme à l'hôpital public, sans passer par les caisses des hôpitaux.

2.1.3.1 le lien juridique entre le praticien et la clinique désintéresse l'établissement du coût du dépassement

Selon l'article L.4113-9 du code de la santé publique : « Les médecins, [...] doivent communiquer au conseil départemental de l'ordre [...] les contrats et avenants ayant pour objet l'exercice de leur profession ainsi que, s'ils ne sont pas propriétaires de leur matériel et du local dans lequel ils exercent ou exerceront leur profession, les contrats ou avenants leur assurant l'usage de ce matériel et de ce local ». Par ailleurs, il est précisé dans la nouvelle version de ce texte⁷⁴ : « Toute personne physique ou morale passant un contrat avec un médecin, [...] doit le faire par écrit ».

Les différentes auditions menées par la mission, tant auprès des instances ordinales, que des représentants des professionnels et établissements de santé n'ont pas permis d'établir une règle claire sur l'intéressement financier des cliniques privées aux dépassements d'honoraires.

⁷¹ Les mutuelles de la fonction publique conventionnent ainsi des établissements de santé avec lesquels elles ont négocié les tarifs des chambres particulières. Elles négocient également avec les praticiens intervenant dans ces établissements des forfaits de dépassements.

⁷² Cf. la charte pour un parcours de santé mutualiste adoptée lors du congrès de la Mutualité française en juin 2006 : en matière de remboursements, les mutuelles doivent « assurer des remboursements supprimant les restes à charge, à défaut les limitant dans le cadre de montants déterminés, notamment sur la base de tarifs négociés avec les professionnels de santé afin de répondre aux exigences de transparence et d'opposabilité des tarifs ».

⁷³ car les assurances complémentaires les prennent peu en charge, cf. partie 2.1.6

⁷⁴ Ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 art. 1 I 1° Journal Officiel du 27 août 2005

Il semble que dans la majorité des cas⁷⁵, la clinique ne soient pas intéressée de façon majeure aux dépassements d'honoraires.

Pourtant, les deux parties peuvent considérer que leurs intérêts divergent : les suppléments pour chambre particulière entament la capacité à payer des dépassements d'honoraires des patients.

Ils peuvent également être à l'origine de la fuite des patients si le service public est suffisant pour accueillir une demande de soins supplémentaire ou si l'offre privée concurrente est plus attractive. Certains dirigeants d'établissements de santé privés ont même cité les dépassements d'honoraires excessifs comme une des causes de la fermeture de maternités en concurrence avec des établissements publics. Lorsque les dépassements deviennent trop élevés, ils font baisser le nombre d'accouchements et sous un certain seuil il n'est plus possible de recruter de nouveaux praticiens. Il n'est alors plus possible de garantir ni la qualité et la sécurité de ces soins, ni la qualité de travail, notamment en terme de permanence des soins pour les professionnels de ces établissements.

2.1.3.2 Toutefois la possibilité offerte aux médecins de pratiquer des dépassements à permis aux établissements publics de les retenir ou de les recruter après l'instauration du temps plein à partir de 1959.

Lors de la création d'un statut de « salarié » pour les médecins des hôpitaux français, il a été permis à un certain nombre d'entre eux, de continuer à exercer une « activité libérale » au sein de l'hôpital, afin de permettre à l'établissement de s'attacher de façon certaine et définitive les services de médecins réputés qui ne voulaient pas du simple statut de « salarié »⁷⁶.

Selon le nombre de praticiens disponibles par discipline et par région, il peut s'agir pour l'établissement de santé :

- soit d'un avantage proposé aux praticiens pour les attacher à l'hôpital public ; pour ce dernier, la perception de la redevance, en contrepartie de l'activité libérale, génère peu de revenus⁷⁷ ; mais cette faculté peut aussi générer une activité supplémentaire importante à l'origine de ressources financières, notamment avec la montée en charge de la tarification à l'activité ;

⁷⁵ Exemple d'une rédaction d'un contrat entre un praticien et un établissement de santé privé sur ce thème : « Article 8- Honoraires : La Clinique étant conventionnée, chacune des parties s'engage à respecter les tarifs en vigueur et la CCAM. Le Praticien pourra pratiquer des tarifs d'honoraires relevant du secteur conventionnel dit secteur II s'il obtient l'accord préalable et écrit des malades. Cette dérogation ne pourra s'appliquer que dans le cadre du choix direct du Praticien par le patient. Tout dépassement d'honoraires, par rapport aux tarifs de responsabilité des Caisses d'Assurance Maladie, devra être porté à la connaissance tant du patient que de la Clinique, antérieurement à la réalisation des soins, de telle sorte qu'en aucun cas ce dépassement ne puisse constituer une violation de la convention conclue avec les Caisses d'Assurance Maladie, susceptible de remettre en cause le conventionnement de l'établissement. »

⁷⁶ Cf. annexe 5 sur l'activité libérale des praticiens hospitaliers. Le « secteur privé » des praticiens hospitaliers, institué lors de la réforme hospitalo-universitaire de l'ordonnance du 11 décembre 1958 visait à permettre aux médecins, désormais à temps plein, de conserver la clientèle constituée antérieurement et à leur offrir une diversification des cas d'examen et un complément de revenu. La loi du 28 octobre 1982 en avait organisé l'extinction au 31 décembre 1986, mais la loi du 27 janvier 1987 a rétabli l'autorisation pour les praticiens hospitaliers à temps plein d'exercer une activité libérale au sein de leur établissement et mis en place les modalités de son contrôle.

⁷⁷ Pour les détails, cf. annexe sur l'activité libérale.

- soit d'un frein au bon fonctionnement du service lorsque le temps consacré à l'activité libérale obère celui consacré aux patients dans le cadre du service public.

2.1.4 Les dépassements d'honoraires ne pèsent pas sur les dépenses remboursées par les régimes obligatoires et sont peu contrôlés

Pour les régimes d'assurance maladie obligatoire, les dépassements ne pèsent pas sur les dépenses remboursées et peuvent même être perçus comme des modérateurs de dépense⁷⁸. En effet, la participation financière de l'assuré repose sur la volonté de limiter le risque moral⁷⁹ et de circonscrire la responsabilité collective à un ensemble de biens et services définis au préalable. Dès l'origine, d'ailleurs, les dépassements d'honoraires ont été exclus des dépenses de santé remboursées par la sécurité sociale.

La commission paritaire nationale prévue par les textes conventionnels doit assurer un suivi des dépassements d'honoraires et de leur évolution : ce travail n'a semble-t-il pas été mené ou rendu public à ce jour.

Les contrôles de la CNAMTS restent pour l'instant très limités, malgré un investissement déjà ancien des caisses primaires. Toutefois, la CNAMTS, sans que pour autant son action ait pu avoir un impact, semble soucieuse de réorienter sa politique en la matière.

- **Un changement récent de politique motivé par le nouveau mode d'action porté principalement par les généralistes de secteur 1 : les dépassements "sauvages"**: Le fait "générateur" est sans aucun doute les mots d'ordre de dépassements lancés par certains syndicats médicaux pendant la campagne présidentielle de 2002 afin d'obtenir la revalorisation du tarif de la consultation à 20€. En pleine négociation avec la CNAMTS sur la nouvelle convention médicale, certains médecins de secteur 1, y compris des généralistes, pratiquent des dépassements non conformes à la convention nationale, et font pression sur les pouvoirs publics pour stopper les mesures de sanctions engagées par les caisses d'assurance maladie de pratiquer les sanctions conventionnelles prévues par de tels agissements. Ce nouveau moyen de pression, qui contrairement à une grève permet aux praticiens d'augmenter leurs revenus devient pratique courante en particulier chez les médecins généralistes de secteur 1. Elle est de nouveau d'actualité, lancée notamment par trois syndicats de généralistes, non signataires de la dernière convention nationale le 7 février 2007 afin d'obtenir gain de cause⁸⁰ pour leur nouvelle revendication, à savoir l'alignement du tarif de la consultation de généraliste sur celle de la consultation de

⁷⁸ Jusqu'à la réforme de 2004, ils pesaient très marginalement sur les dépenses remboursables puisque les avantages sociaux des praticiens de secteur 1 étaient calculés sur l'ensemble des honoraires.

⁷⁹ ou aléa moral, c'est à dire la modification de comportements engendrée par la présence de l'assurance qui conduit l'assuré à augmenter la probabilité de survenances de risques et donc la consommation de soins. Cela peut se manifester par le fait de prendre plus de risques une fois assuré comme ne pas favoriser les comportements de prévention et donc être un facteur inflationniste dans la consommation de soins.

⁸⁰ Cf. dépêches AFP du 7 février 2007 notamment « Les syndicats médicaux appuient cette revendication, faisant valoir que la médecine générale est désormais une spécialité. Mais la réunion de négociations du 7 février avec l'assurance maladie a tourné court, la Confédération des syndicats médicaux français a "claqué la porte". Trois syndicats non signataires de la convention médicale (MG-France, Espace Généraliste, FMF-G) appellent les généralistes à appliquer les 23 euros dès à présent ».

spécialiste, soit une augmentation de 21€ à 23€, motivée, selon eux par des “raisons d’équité et non financiers”.

➤ **Les actions de l’assurance maladie sont pour l’instant peu marquées:**

- Les actions des caisses d’assurance maladie sont très hétérogènes. La mission a pu constater de très fortes implications comme celle de la caisse primaire de Lyon ou de Rennes, ou les actions de la caisse régionale d’assurance maladie du Languedoc-Roussillon⁸¹. Ces actions sont pour l’instant peu relayées au niveau national et aucun système d’information centralisé ne les relie.
- Par ailleurs, même si peu de plaintes sont déposées par les assurés, la CNAMTS a décidé d’effectuer une étude et de suivre l’ampleur et la fréquence des dépassements d’honoraires qui pourraient nuire à l’accessibilité financière aux soins de spécialistes pour les patients, mais également des actions plus répressives prévues par la convention du 12 janvier 2005 pouvant aller jusqu’au déconventionnement.
- A l’occasion de sa restructuration récente, la nouvelle direction du contrôle contentieux et de la répression des fraudes de la CNAMTS s’est vu confier une mission sur le sujet des dépassements abusifs. Elle a élaboré un plan de contrôle qui devrait lui permettre de soumettre les dossiers litigieux aux instances ordinaires des médecins. Toutefois, ce plan de contrôle dont la mission a eu connaissance, n’a visé pour l’instant que 12 praticiens.
- La mesure des dépassements d’honoraires des médecins spécialistes de secteur 2 est donc bien considérée par la CNAMTS comme un véritable problème d’accès aux soins pour les patients qu’il devient nécessaire de réguler.

2.1.5 Les pouvoirs publics n’ont pu agir que marginalement, quand ils l’ont fait, sur l’écart croissant entre les honoraires libéraux totaux et les honoraires remboursés.

Les dépassements d’honoraires représentent une part de plus en plus importante des revenus des praticiens. Or, ces derniers, sont assurés majoritairement sur fonds publics. Dès lors, laisser croître les dépassements a pu alléger la contrainte d’une évolution des revenus sur les pouvoirs publics en charge de la régulation des dépenses de santé, face à des représentants de la profession très en pointe sur ces sujets. La régulation des seuls honoraires opposables a cantonné les pouvoirs publics à la régulation partielle des revenus des professionnels de santé. Leur action à cet égard a toutefois été variable dans le temps.

Le droit à dépassement permanent prévu dans la première convention nationale de 1971 a été supprimé par la convention nationale de 1980 et remplacé par une disposition beaucoup plus large : cet accord permettait en effet à tous les médecins qui en exprimaient le souhait d’appliquer des “honoraires différents” des tarifs conventionnels. Cette option leur permettait d’être conventionnés, et à leurs patients de continuer à être remboursés d’une partie des honoraires, ceux correspondants aux tarifs opposables⁸².

Cette liberté tarifaire donnée aux praticiens a connu deux limitations partielles :

⁸¹ « Accessibilité aux soins et dépassements d’honoraires dans les cliniques de court séjour en Languedoc-Roussillon », Etudes et propositions d’actions, CRAM du Languedoc-Roussillon avec le concours de l’ARH, Novembre 2005.

⁸² Cf annexe 2

- la première en 1990, conformément à la convention signée cette année-là, a permis de fermer partiellement l'accès au secteur 2 même si elle a généré des inégalités entre praticiens en fonction de leur date d'installation ;
- la seconde en 1999, qui par la loi sur la CMU interdit que des dépassements soient appliqués aux bénéficiaires de ce texte.

2.2 les arguments qui pourraient conduire à les réformer

2.2.1 *la prise en charge des dépassements par les couvertures complémentaires profite principalement aux classes sociales les plus aisées et génère des effets pervers pour les personnes les moins bien couvertes*

2.2.1.1 *les couvertures les plus généreuses sont surtout accessibles aux cadres des grandes entreprises*

Comme cela a été exposé ci-dessus (cf. partie 1.1.3), les niveaux de couverture des dépassements d'honoraires sont très variables selon les contrats. Les travaux de l'IRDES sont particulièrement éclairants pour comprendre qui accède aux niveaux de garantie les plus élevés.

A partir de l'enquête Santé et Protection Sociale et d'une enquête nationale menée fin 2003 sur la protection sociale complémentaire d'entreprise hors administrations et secteur agricole, l'IRDES⁸³ a montré que :

- le niveau de couverture s'élève avec la catégorie sociale : 24% des cadres et professions intellectuelles n'ont pas de couverture complémentaire ou un contrat dit « faible » mais ce taux est de 59% parmi les ouvriers non qualifiés⁸⁴ ;
- plus de la moitié des contrats de complémentaire maladie sont des contrats collectifs souscrits par l'intermédiaire d'une entreprise ; à la différence des contrats individuels, ces contrats bénéficient d'exonérations fiscales et sociales et l'employeur peut participer à leur financement⁸⁵ ;
- les entreprises qui emploient une forte proportion de cadres proposent plus souvent une couverture complémentaire ; la probabilité de travailler dans une entreprise qui propose une couverture complémentaire est de 80% pour les cadres mais de 64% pour les employés ;
- les couvertures les plus généreuses sont proposées dans des contrats collectifs généralement à adhésion obligatoire ; un cadre dur trois peut accéder via son entreprise à un contrat offrant des garanties élevées contre seulement un non cadre sur cinq ;
- selon l'étude de la DREES sur les contrats modaux, les contrats collectifs « haut de gamme » couvrent le plus souvent deux fois le tarif conventionnel (soit 100% de taux de

⁸³ Cf. IRDES, « La complémentaire maladie d'entreprise », questions d'économie de la santé n°83, juin 2004 ; « La complémentaire maladie d'entreprise : niveaux de garanties des contrats selon les catégories de salariés et le secteur d'activité », questions d'économie de la santé n°112, septembre 2006, « Complémentaire maladie d'entreprise : contrats obligatoires ou facultatifs, lutte contre l'antisélection et conséquences pour les salariés », questions d'économie de la santé n°115, novembre 2006.

⁸⁴ Cf. CREDES, La complémentaire maladie en France : qui bénéficie de quels remboursements ?, questions d'économie de la santé n°32, octobre 2000. La notion de contrat faible porte sur l'optique et le dentaire. Mais les contrats dits « faibles » sont également ceux qui prennent le moins en charge les dépassements d'honoraires.

⁸⁵ Lorsque l'employeur participe au financement, il intervient en moyenne à hauteur de 58% du coût de la couverture.

dépassement d'honoraires), certains contrats aux frais réels prenant même en charge l'intégralité des dépassements facturés.

Pour accéder à une couverture complémentaire, le statut par rapport à l'emploi est discriminant : chômeurs, retraités et salariés précaires n'ont en général accès qu'à des couvertures individuelles, plus coûteuses. Quant aux contrats collectifs, tous secteurs d'activité confondus, ce sont les catégories de salariés ayant les plus hauts niveaux de revenus qui bénéficient des garanties les plus élevées⁸⁶.

2.2.1.2 *les effets pervers de la couverture des dépassements*

- l'existence de couvertures complémentaires a pu conduire à un relâchement des pratiques tarifaires des médecins

Avoir une mutuelle n'est pas, loin s'en faut, synonyme de prise en charge des dépassements d'honoraires dans leur intégralité. Mais la socialisation de la prise en charge par le biais des couvertures complémentaires, imaginée ou réelle, a pu conduire à un relâchement des pratiques tarifaires des médecins, aussi bien sur les montants de dépassement que sur la multiplication des actes et consultations avec dépassement.

Sur les montants de dépassement, les contrats aux frais réels ont sans conteste conduit à des abus. Un assureur a fourni à la mission des données sur les dépassements supérieurs à 1 000 euros, enregistrés sur de tels contrats. Entre 2003 et 2006, leur fréquence a été multiplié par trois. En 2006, leur montant moyen était de 2 076 € et ils ont représenté à eux seuls une charge de prestations de 1,3 millions d'euros.

Les assureurs ont pris conscience des effets pervers de telles garanties et les renégocient à la baisse, lorsque cela est possible. Mais de tels contrats subsistent sur le marché.

Par ailleurs, les données collectées par la mission sur les dépassements d'honoraires de consultation facturés aux bénéficiaires de la CMU complémentaire (cf. partie 1.1.4), en contradiction avec la loi, traduisent un relâchement des pratiques tarifaires de certains praticiens⁸⁷.

- L'inégal accès à une couverture des dépassements d'honoraires ne peut que générer des inégalités d'accès aux soins, voire des renoncements aux soins

Les dépassements d'honoraires constituent un recul de la solidarité nationale mise en œuvre par l'assurance maladie obligatoire. Ce recul n'est pas compensé par l'assurance maladie complémentaire : les couvertures complémentaires, non généralisées, sont très

⁸⁶ Le secteur de la construction se caractérise toutefois par des couvertures très homogènes entre les différentes catégories de salariés.

⁸⁷ On peut noter qu'à la question « avez-vous une mutuelle ? » posée par les secrétariats médicaux, un bénéficiaire de la CMU complémentaire peut répondre par l'affirmative, en particulier lorsque sa couverture est gérée par un organisme complémentaire.

inégalement réparties dans la population et sont plutôt caractérisées par un effet anti redistributif⁸⁸.

Dans le meilleur des cas, ceci génère des inégalités d'accès aux soins : ainsi, en Alsace, où l'offre hospitalière publique est relativement importante, des praticiens ont exprimé à la mission qu'il était toujours possible de s'adresser à l'hôpital public. Au pire, lorsque aucune offre de substitution n'existe, c'est un report dans le temps des soins, avec les risques que cela comporte, voire un renoncement⁸⁹ définitif aux soins. En région parisienne, des témoignages en ce sens ont été recueillis par la mission (prothèse de hanches).

L'inégalité des couvertures complémentaires n'est pas compensée par l'action sociale des caisses : dans l'ensemble de ses déplacements la mission a pu constater que les caisses ne souhaitent pas que l'action sociale prenne en charge les dépassements afin de ne pas inciter à cette pratique et en raison également selon elles des possibilités de soins alternatifs en secteur 1 sans dépassements. Cette dernière raison est sans doute contestable : cet argument ne peut certainement être repris lorsqu'il s'agit de soins dispensés en région parisienne or selon les informations transmises par la CPAM de Paris, sur 54 demandes d'aides financières présentées en 2006, seules trois ont été acceptées.⁹⁰

2.2.2 La restructuration de l'offre de soins est rendue plus difficile.

La rémunération à l'acte couplée à la liberté d'installation libérale aurait du pousser à homogénéiser la répartition des médecins sur le territoire français en fonction de la demande de la population en soins médicaux. Or, paradoxalement, alors que la France est un des pays où la densité totale de médecins par habitant est la plus forte au monde (seconde après l'Italie avec 3,4 médecins pour 1 000 habitants), il existe de fortes différences de densité médicale entre les départements⁹¹ avec des zones où l'accessibilité à certains spécialistes, notamment pratiquant des tarifs sans dépassements est bien plus difficile. La région et les départements d'Ile de France sont ainsi les premiers en densité de gynécologues de tous secteurs (1,3 pour 1000 habitants et la moitié moins dans le Limousin) et les derniers en densité de gynécologues de secteur 1 (0,3 pour 1000 habitants et deux fois plus en Corse).

⁸⁸ De son côté, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a montré dans sa note du 24 février 2005 sur les couvertures complémentaires maladie, sur la base de données cependant un peu anciennes puisque de l'année 2000, que le montant des dépassements payés par les ménages (avant intervention éventuelle d'une couverture complémentaire) était croissant avec le revenu par unité de consommation. Si un ménage dont le revenu est inférieur à 534 euros par unité de consommation paie 61 euros de dépassements non couverts par une assurance complémentaire, son reste à charge final est de 61 euros. Si un ménage dont le revenu est supérieur à 1 296 euros par unité de consommation paie 154 euros de dépassements pris en charge par une assurance aux frais réels, son reste à charge final est nul.

⁸⁹ Selon l'IRDES, « Enquête Santé et Protection Sociale 2004 : premiers résultats », questions d'économie de la santé n°110, juillet 2006, « l'absence de couverture par une complémentaire maladie est le principal facteur lié au renoncement ».

⁹⁰ deux des trois dossiers acceptés « l'ont été en raison de critères sociaux particuliers ou de situations d'urgence justifiées par le médecin conseil en colloque » (note de la CPAM de Paris à la demande de la mission du 22 novembre 2006).

⁹¹ Voir sur ce sujet les travaux de l'observatoire de la démographie médicale présidé par le Professeur Yvon Berland, notamment les rapports de 2005 sur la médecine de ville et de 2006 sur la démographie médicale hospitalière. On peut citer les chiffres du Conseil National de l'Ordre des Médecins en 2002, 8,5 médecins pour 100 000 habitants à Paris et à peine plus de deux dans le département de l'Eure.

2.2.2.1 Les dépassements ont renforcé l'inégalité de la répartition de médecins sur l'ensemble du territoire

Au niveau national la répartition des spécialistes sur le territoire métropolitain révèle une forte concentration en particulier pour les spécialistes à honoraires libres (cf. tableau suivant). En effet, la moitié des spécialistes exercent dans 15 départements qui représentent 35% de la population métropolitaine. Pour les spécialistes à honoraires libres, cette concentration est encore plus marquée, la moitié exerçant dans seulement 9 départements représentant un quart de la population métropolitaine ; 17,4% des spécialistes à honoraires libres exercent dans la seule ville de Paris.

Tableau 15 : Département selon la part de spécialistes à honoraires libres

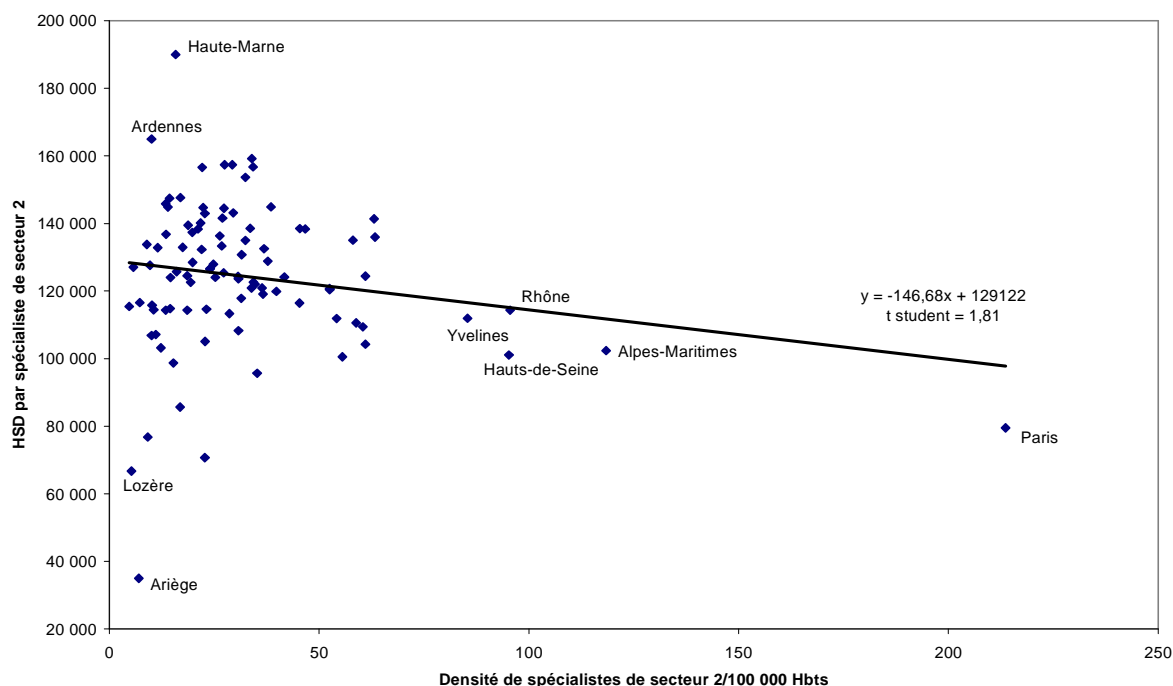
	Effectif en secteur 2	Pourcentage secteur 2	Population Totale	Pourcentage population totale
75 - Paris (Ville)	3 771	17,4%	2 171 440	3,6%
69 - Rhône	1 288	5,9%	1 655 527	2,7%
92 - Hauts-de-Seine	1 142	5,3%	1 499 728	2,5%
06 - Alpes-Maritimes	920	4,2%	1 055 129	1,7%
13 - Bouches-du-Rhône	874	4,0%	1 889 441	3,1%
78 - Yvelines	863	4,0%	1 395 249	2,3%
33 - Gironde	709	3,3%	1 370 003	2,3%
59 - Nord	664	3,1%	2 591 694	4,3%
94 - Val-de-Marne	602	2,8%	1 263 173	2,1%

Source: données CNAMTS, ErasmeVO, 2005 et INSEE

Les honoraires sans dépassement par praticien de secteur 2 sont nettement plus faibles dans les régions à forte densité médicale ainsi que le nombre d'actes par praticiens (cf. graphiques suivants). Sur l'ensemble des départements métropolitains, on constate que les honoraires sans dépassement et le nombre d'actes varient en sens inverse de la densité médicale⁹². Pour les spécialistes de tous les secteurs, la densité médicale exerce une influence négative sur le nombre d'actes. Cette influence se retrouve pour les praticiens de secteur 2 sur leurs honoraires sans dépassement.

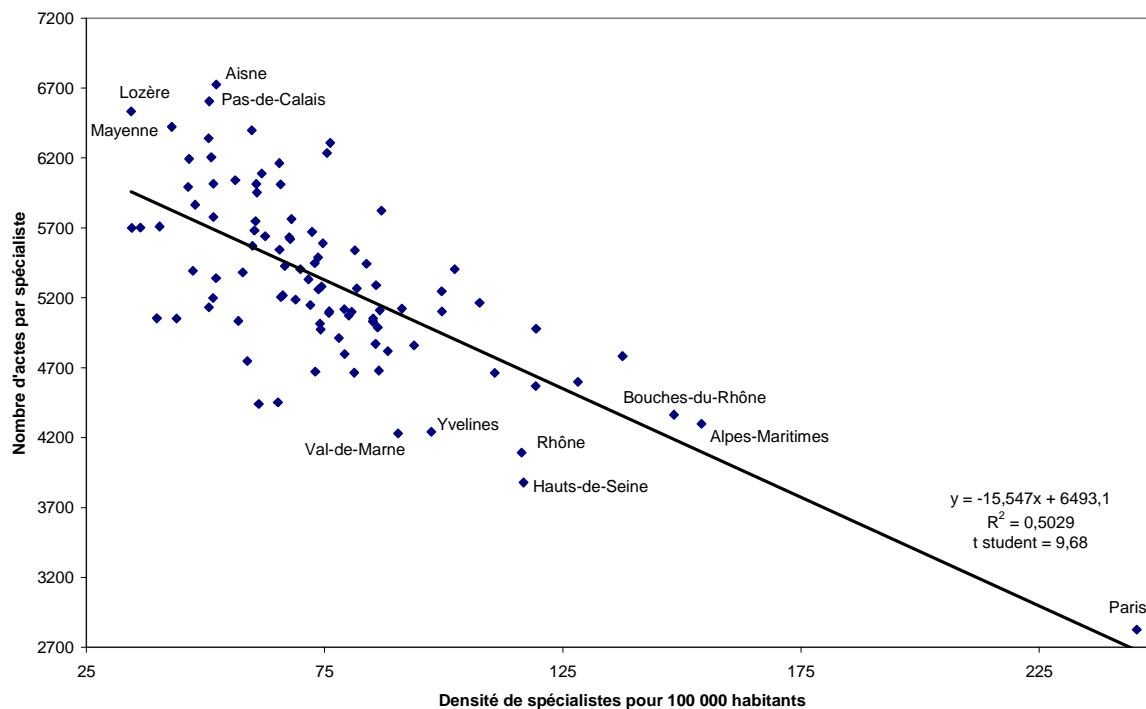
⁹² Cette observation pour les honoraires sans dépassement est encore plus nette lorsqu'on « enlève » quatre départements atypiques par **la faiblesse de la densité** et des honoraires sans dépassement. Il s'agit de départements dans lesquels il ne reste que quelques praticiens avec une très faible activité (Lozère, Aveyron, Hautes-Alpes, Ariège, Gers). La régression devient alors significative avec un seuil de confiance de 5%, alors qu'elle l'est avec ces départements avec un seuil de confiance à 10%. Pour le nombre d'actes, la densité influence très significativement à la baisse le nombre d'actes.

Graphique 6 : Honoraires sans dépassement par praticien en fonction de la densité médicale, pour les spécialistes à honoraires libres, par département en 2005.



Source: Données CNAMTS, ErasmeVO, 2005

Graphique 7 : Nombre d'actes par spécialiste en fonction de la densité de spécialistes libéraux pour 100 000 habitants par départements en France métropolitaine en 2004⁹³

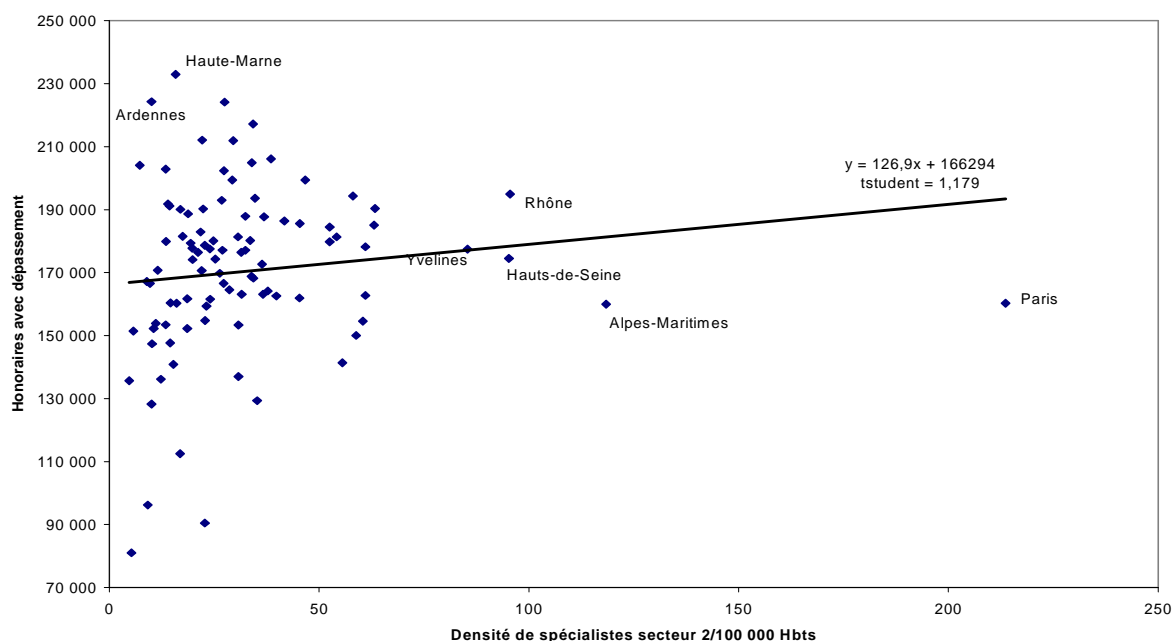


Source: Données SNIR dans Eco-Santé 2006

⁹³ Spécialistes libéraux actifs à part entière (cf. définition supra) tous secteurs confondus.

Les dépassements d'honoraires permettent alors en partie aux praticiens de s'installer dans des zones à très forte densité, y compris dans leur spécialité. Même si la demande de soins n'est pas homogène dans la population, on peut faire l'hypothèse que les différences de densité médicale qui varient du simple au double selon les départements, limite la demande d'actes adressée en moyenne à chaque praticien. Dans les départements où la densité médicale est plus forte, ceux qui peuvent appliquer des dépassements d'honoraires peuvent ainsi se rapprocher de la moyenne des honoraires sans dépassement de leurs confrères exerçant dans des zones moins médicalisées.

Graphique 8 : Ensemble des honoraires avec dépassements par praticien en fonction de la densité médicale, pour les spécialistes à honoraires libres, par département en 2005.



Source: données CNAMTS, ErasmeVO, 2005

On observe par exemple, que les spécialistes à honoraires libres exerçant dans la ville de Paris se rapprochent de la moyenne des honoraires totaux, alors qu'ils avaient des honoraires sans dépassements parmi les plus bas des départements français.

De plus, le lien entre la densité et les honoraires avec dépassements n'est plus significatif⁹⁴. Les dépassements ont permis de neutraliser les effets de la densité sur le revenu. En effet, les honoraires sans dépassement par praticien sont plus faibles dans les départements où la densité est plus élevée.

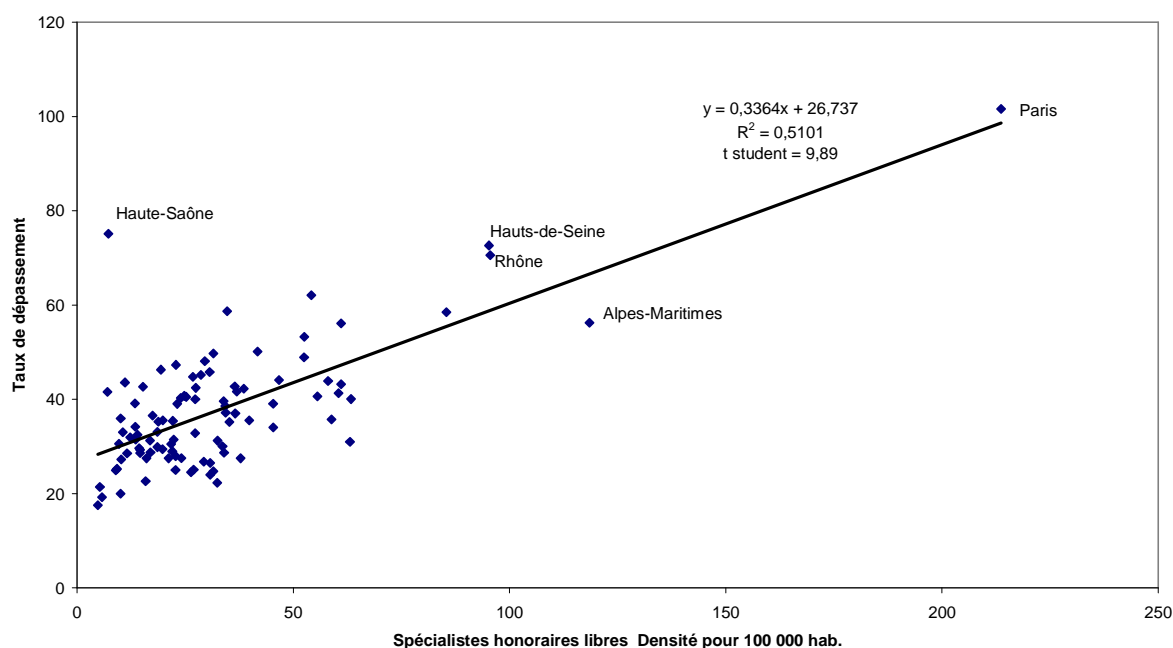
2.2.2.2 La concentration de spécialistes de secteur 2 augmente le taux de dépassement moyen et accroît paradoxalement l'inégalité d'accès aux soins dans les régions à forte densité médicale.

Les dépassements pratiqués s'élèvent avec la densité comme le montrent le graphique et la régression suivants. La densité a un impact significatif à la hausse sur le taux de dépassement. Plus

⁹⁴ Les résultats de cette régression simple (t de Student = 1,179) indiquent que la densité de spécialistes à honoraires libres ne peut expliquer la variation des honoraires avec dépassement (la probabilité d'accepter à tort cette corrélation est de 24,12%).

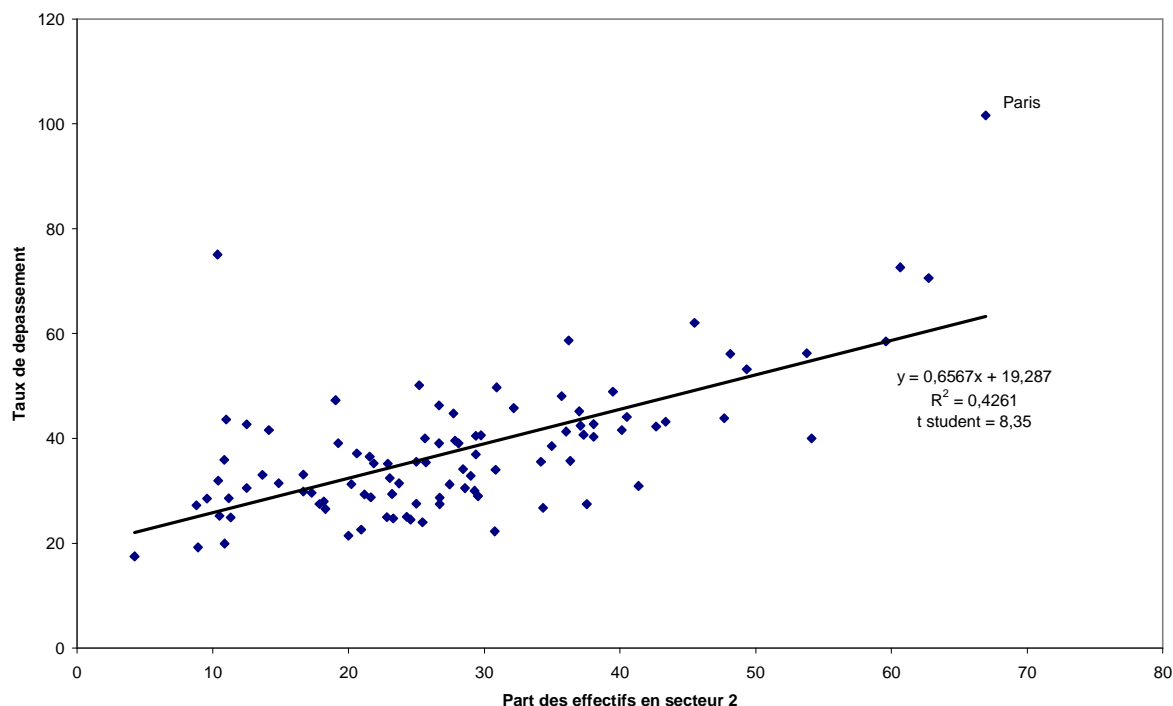
il y a de médecins de secteur 2, plus le prix de la consultation demandée au patient s'élève. Ce résultat, à l'encontre du fonctionnement traditionnel d'un marché, montre clairement les limites du modèle concurrentiel de la médecine libérale à honoraires libres. Le patient ne dispose pas de suffisamment d'informations pour lui permettre de choisir son médecin de secteur 2 en fonction du prix final de la consultation. Il peut même constituer pour lui, en l'absence de toute autre information sur la qualité des praticiens, un signal positif de qualité, le seul qu'il puisse observer de façon objective a posteriori.

Graphique 9 : Taux de dépassement en fonction de la densité pour les spécialistes de secteur 2 par département en 2005.



Source: données CNAMTS, ErasmeVO, 2005

Graphique 10 : Taux de dépassement en fonction de la part des spécialistes en secteur à honoraires libres



Source: Données CNAMTS, ErasmeVO, 2005

Là encore, la ville de Paris illustre particulièrement ce phénomène de « rattrapage » des honoraires totaux moyens grâce à un taux de dépassement plus élevé. C'est dans cette ville que l'on observe un des plus forts taux moyens de dépassements des spécialistes à honoraires libres (en moyenne 101,7%) couplé à la plus forte proportion de spécialistes à honoraires libres de la métropole (67%) et à leur plus forte densité (plus de 6 spécialistes et 2,35 à honoraires libres pour 1 000 habitants).

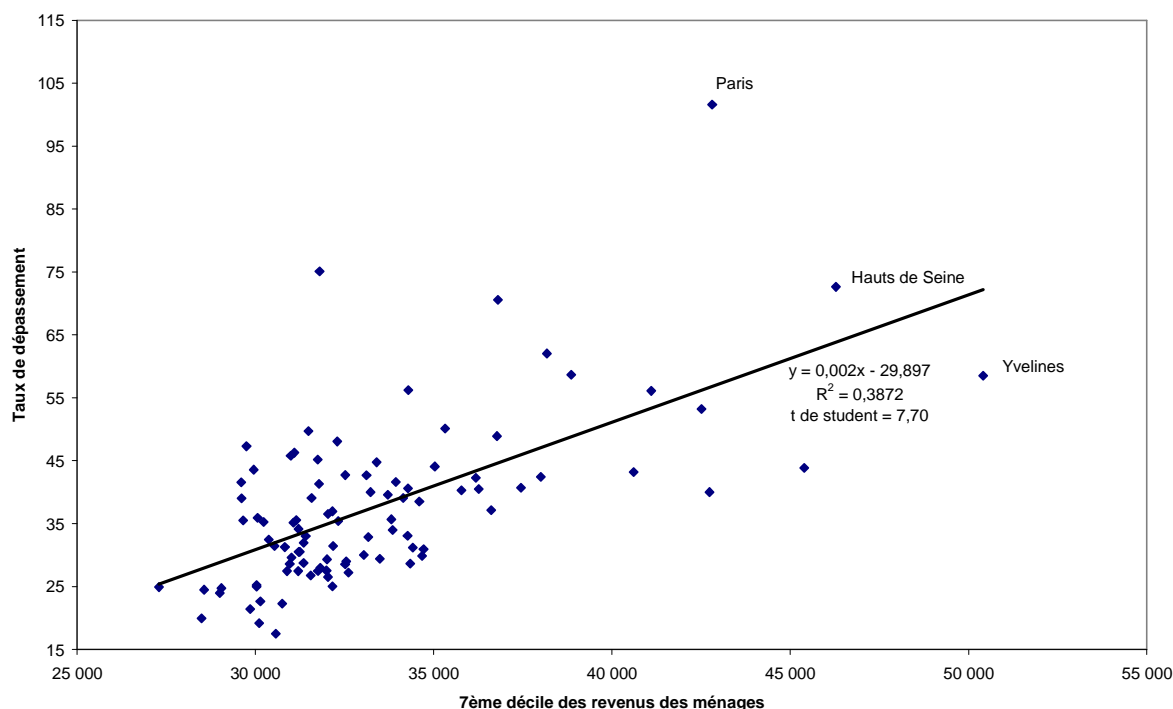
Les médecins qui ne peuvent appliquer de dépassements se trouvent ainsi fragilisés avec un revenu total moins élevé car assis sur une activité à partager avec beaucoup plus de confrères. D'autres facteurs jouent sans doute également dans les choix d'installation de ces praticiens, comme par exemple un modèle d'activité très différent de leurs confrères, plus de temps de travail pour le même revenu que ceux qui peuvent pratiquer des dépassements. Cela ne correspond sans doute pas aux standards que recherchent des médecins s'installant pour la première fois dans des centres urbains⁹⁵. Cette situation pas suffisamment attractive pour inciter de jeunes confrères à prendre leur succession (il y a moins de généralistes de secteur 1 à Paris). Il y a donc une éviction des médecins de secteur 1 par une surabondance de médecins de secteur 2. Ce phénomène devient alors cumulatif, l'éviction des médecins de secteurs 1 limite la concurrence par des tarifs opposables. De plus, l'augmentation de la proportion de médecins de secteur 2 va accroître a priori la pression à la hausse sur les taux de dépassements, nécessaires pour permettre à ces praticiens d'atteindre un niveau de rémunération « minimum » avec moins d'actes pratiqués.

⁹⁵ Sur ce point voir les développements très intéressants de « comment améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire, les enseignements de la littérature étrangère » Yann Bourgueil, Julien Mousquès, Ayden Tajahmadi, Juin 2006, Biblio n°1635, IRDES

Pour les patients, le secteur 1 en ambulatoire n'est même plus toujours la garantie d'un tarif opposable (dépassements des secteurs 1 illicites ou pas, dépassements pour exigences particulières du patient (DE) plus importants) n'est plus systématique en ville. Ces patients développent alors des stratégies alternatives pour s'assurer de soins ambulatoires aux tarifs opposables : centres de soins sans avance du prix des soins⁹⁶ ou utilisation des services d'urgences des hôpitaux publics. Ce phénomène désorganise la complémentarité de l'offre de soins et est une source d'inefficacité dans l'allocation des ressources publiques consacrées à la santé.

Ce choix d'installation des praticiens est rendu possible car ces régions concentrent aussi les hauts revenus. Le graphique et la régression suivants montrent que le taux de dépassement augmente avec le revenu des 30% de la population la plus aisée, segment de la population à qui s'adresse a priori davantage les médecins à honoraires libres.

Graphique 11 : Taux de dépassement en fonction du revenu moyen des 30% des ménages aux plus hauts revenus



Deux réseaux de soins vont alors exister dans ces régions denses et riches, cohabitant avec des zones où la densité de certains spécialistes pourra être divisée par deux. Il s'agit d'un des phénomènes de ségrégation spatiale, y compris à l'intérieur d'espaces urbains, bien décrits par des travaux de sociologues⁹⁷.

⁹⁶ 34% des personnes de l'enquête Préalog 1999-2000 déclaraient recourir à ces centres de soins alors qu'elle ne déclaraient pas rencontrer de grandes difficultés financières, cf. « logique de recours aux soins des consultants de centres de santé gratuits », Marc Collet, Georges Menahem, Hervé Picard ; QES n°113, Octobre 2006, IRDES

⁹⁷ « A propos de la " service class " : Les classes moyennes dans la sociologie britannique » Catherine Bidou-Zachariassen Revue Française de Sociologie, Vol. 41, No. 4 (Oct. - Dec., 2000), pp. 777-796. Voir aussi le numéro spécial de la revue *Esprit*, « La ville à trois vitesses : gentrification, relégation, périurbanisation », Mars-Avril 2004.

2.2.3 Les outils conventionnels perdent de leur efficacité

2.2.3.1 Le lien conventionnel est affaibli

Les dépassements privent d'effet les mesures incitatives : plus la part des dépassements dans les honoraires des médecins est élevée, moins l'UNCAM et les pouvoirs publics de façon générale ont la possibilité de faire passer des orientations de politique de santé publique.

Pour les médecins de secteur 2, la négociation des tarifs n'est pas l'occasion principale d'augmentation des revenus dans la mesure où les dépassements librement fixés sont plus importants que les tarifs opposables.

2.2.3.2 La pression sur les tarifs opposables ne perd aucunement de sa force

Les pouvoirs publics ont pu penser alléger la pression syndicale en laissant les dépassements dériver. En réalité, cette faculté tarifaire pousse ceux qui n'en bénéficient pas à revendiquer une augmentation des tarifs opposables afin de réduire les écarts de revenus entre les deux secteurs.

2.2.4 la mauvaise information des assurés est réelle

2.2.4.1 L'information délivrée aux assurés corrige très mal l'asymétrie des relations entre les praticiens et eux

- les textes sont mal appliqués

« Toute personne a droit, à sa demande, à une information, délivrée par les établissements et services de santé publics et privés, sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge. Les professionnels de santé d'exercice libéral doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie ». Ces dispositions qui figurent à l'article L 1111-3 du code de la santé publique font reposer l'information dans les établissements publics et privés sur le patient lui-même, contrairement à ce qui se passe pour la médecine libérale.

Le code de déontologie (R 4127-53 du code de la santé publique) précise quant à lui qu' « un médecin doit répondre à toute demande d'information préalable et d'explications sur ses honoraires ou le coût d'un traitement », ce qui paraît être en contradiction avec l'obligation faite par la loi aux termes de laquelle l'obligation d'information doit reposer sur le praticien libéral.

L'arrêté du 11 juin 1996 (JO du 22 juin 1996) relatif à l'information sur les tarifs d'honoraires pratiqués par les médecins libéraux, auquel l'article L. 1111-3 du code de la santé publique donne un fondement légal, détaille les informations à afficher obligatoirement dans les cabinets de médecine libérale.

Au-delà même de la contradiction entre les textes, ces différents textes sont mal appliqués comme en témoigne l'enquête menée par la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes en 2005. Cette enquête portait sur l'affichage des prix chez les médecins, au 4^{ème} trimestre 2005. Son but était de faire un état des lieux du respect des dispositions de l'arrêté du 11 juin 1996 et d'en vérifier l'adaptation au nouveau contexte tarifaire créé par les dispositifs du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés.

Les comptes-rendus qui ont été faits traduisent la faible implication des médecins sur la question de l'information du consommateur. Beaucoup de médecins généralistes installés en secteur I considèrent en effet être dispensés de toute obligation d'affichage puisqu'ils pratiquent « les prix de la sécurité sociale bien connus des consommateurs ». Un médecin installé dans l'Ain constitue la meilleure illustration de ce comportement : il refuse d'afficher ses tarifs car il reçoit une clientèle suisse à laquelle il demande des tarifs plus élevés qu'à ses clients français, puisqu'elle n'est pas assurée en France.

Par ailleurs, les médecins ont tendance à reporter sur l'assurance maladie et/ou leurs syndicats professionnels la charge de l'élaboration d'affiches-types à placer dans les salles d'attente.

Ont cependant été verbalisés : un généraliste secteur II d'Indre-et-Loire ayant refusé de se mettre en conformité après trois visites ; un acupuncteur secteur II dans la région Auvergne pour opposition à fonction.

Les constats effectués montrent un net recul du respect des obligations d'affichage intérieur par rapport aux résultats figurant dans la note d'information n° 2000-144 du 13 septembre 2000 (affichage dans les salles d'attente correct dans 80% des cas), sans que la situation ait fondamentalement changé en ce qui concerne les plaques professionnelles extérieures.

La dégradation du respect des obligations d'affichage touche à la fois le principe même de cet affichage et ses modalités : 43% des contrôles se sont soldés par l'envoi d'un courrier rappelant au médecin ses obligations en matière d'affichage. Cette situation générale recouvre cependant de fortes disparités - disparités selon les départements, disparités au sein d'une même région.

Cette dégradation du respect des règles de l'affichage semble générale et il n'est pas possible de l'imputer à un groupe de médecins particulier (ex. plutôt au secteur II et/ou plutôt aux généralistes).

Les contrôles ont également montré qu'au-delà du respect du principe même de l'affichage, des progrès demeuraient à faire sur l'affichage existant, en terme de lieu de l'affichage,⁹⁸ de validité de l'information délivrée, d'indication des fourchettes d'honoraires ou de fréquence d'utilisation : ces fourchettes sont très vagues et permettent à certains praticiens de fixer leurs tarifs en fonction des moyens financiers de leur clientèle et de la couverture "complémentaire santé" dont elle bénéficie ou d'une amplitude trop grande ce qui diminue fortement la portée de l'information délivrée. Les amplitudes relevées varient couramment de 1 à 2 (ex. de 20€ à 50 € Alsace ; de 30 à 60€ Centre ; de 23 à 46 € Lorraine ;

⁹⁸ Alors que l'arrêté prévoit un affichage dans la salle d'attente, les directions ont constaté des affichages présents uniquement dans des endroits peu visibles (près d'un secrétariat) ou dans le cabinet du médecin lui-même, voire dans la cabine de déshabillage.

de 28 à 65€ Corse ; «la consultation varie entre 23 et 60€ ou est gratuite » Yvelines), parfois de 1 à 3 (ex. de 23 à 76,22 € Maine-et-Loire). La fourchette est d'autant plus critiquable qu'elle ne correspond le plus souvent pas à une réalité, la plupart des médecins pratiquant un à deux tarifs uniquement (Cf. partie 1-4) ; tout cela milite pour donner soit le tarif moyen, soit les deux tarifs les plus pratiqués.

Enfin, la lisibilité des prestations dont le prix est affiché est très faible.

Au-delà de l'affichage des tarifs eux-mêmes, beaucoup de directions ont signalé que la mention du secteur conventionnel d'appartenance et des phrases explicatives relatives à la prise en charge par l'assurance maladie étaient absentes.

- Cette mauvaise information à l'intérieur des cabinets n'est pas encore suffisamment compensée par la pratique de l'assurance maladie : l'asymétrie des relations entre le patient et le médecin n'est absolument pas corrigée.

L'assurance maladie a pourtant le pouvoir de délivrer une information exhaustive au patient pour l'aider à s'orienter dans le système de soins⁹⁹ : selon les termes mêmes de l'article L162-1-11 du code de la sécurité sociale (article 18 de la loi du 13 août 2004 modifié par la loi de décembre 06), les organismes gestionnaires des régimes obligatoires d'assurance maladie assurent une mission générale d'information des assurés qui peuvent obtenir toutes informations utiles portant notamment sur la situation des professionnels de santé au regard de leur secteur d'exercice, leur participation à la formation continue, sur les tarifs d'honoraires habituellement demandés etc.

Face à ce texte, l'information délivrée par l'assurance maladie est extrêmement pauvre.

Il est ainsi particulièrement difficile de trouver le site sur lequel figure l'information sur les professionnels de santé. Celle-ci est regroupée dans un annuaire qu'il est difficile de trouver sur le site d'accueil. Une fois l'annuaire ouvert, si la recherche est effectuée par le nom, il est extrêmement difficile de savoir directement s'il est secteur 1 ou 2. Aucune information n'est, en outre, donnée sur le montant (moyen, le plus fréquent, etc) de ses

⁹⁹ Il y est dit que « les organismes gestionnaires des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie assurent, par tous moyens adaptés, une mission générale d'information des assurés sociaux, en vue notamment de faciliter l'accès aux soins et à la protection sociale et de leur permettre de connaître les conditions dans lesquelles les actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'ils reçoivent sont pris en charge. Les assurés sociaux peuvent obtenir toutes informations utiles portant notamment sur les tarifs applicables, les taux de remboursement et les conditions de prise en charge des services et des produits de santé, ainsi que sur le bon usage des soins ou de ces produits. Les caisses peuvent également mettre en œuvre des services de conseils administratifs ou d'orientation. Ces services doivent permettre aux assurés de disposer des informations nécessaires pour accéder à la prévention et aux soins dans les meilleures conditions. Ils peuvent en particulier fournir tous éléments d'information sur les services assurés par les établissements de santé et sur la situation des professionnels de santé au regard des dispositions conventionnelles ou réglementaires les régissant ainsi que sur leur adhésion aux contrats prévus aux articles L. 162-12-18, L. 162-12-20 et L. 183-1-1, et leur participation à la formation continue, à la coordination des soins et à la démarche d'évaluation de la qualité professionnelle prévue à l'article L. 4133-1-1 du code de la santé publique. Ils fournissent également tous éléments d'information sur les tarifs d'honoraires habituellement demandés et toutes informations utiles à la bonne orientation du patient dans le système de soins. Les caisses nationales d'assurance maladie peuvent mettre en place des programmes d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques visant à leur apporter des conseils en termes d'orientation dans le système de soins et d'éducation à la santé ».

dépassements. Lorsque la recherche, A la rubrique option conventionnelle, l'information qui figure renvoie au médecin-référent. Les plateformes info-soins qui étaient en expérimentation jusqu'à la fin 2007 ont été généralisées : outre le fait qu'aucune information générale n'a été donnée aux assurés, hors un communiqué de presse auquel peu de personnes ont eu accès, l'information qui y est délivrée est encore très succincte : « l'assuré saura si le médecin est conventionné en secteur 1 ou bien en secteur 2 à honoraires libres. Pour ces derniers, l'assurance maladie ne peut pas toujours donner un tarif précis car les tarifs, qui doivent être fixés avec tact et mesure, sont modulés en fonction de la situation spécifique des patients ou des actes médicaux pratiqués. »

Pendant longtemps, les syndicats médicaux se sont opposés à ce qu'une information sur le secteur soit donnée à l'assuré ce qui explique vraisemblablement le retard de l'assurance maladie à assurer la nécessaire transparence.

2.2.4.2 Les représentants des praticiens n'ont jamais été très soucieux d'améliorer cette information

- La complexité de la réglementation est réelle

Les difficultés de compréhension des différents statuts¹⁰⁰ des médecins au regard des conventions médicales peuvent être très lourdes pour les assurés : ils ne savent pas toujours la différence entre médecin conventionné secteur 1 médecin conventionné secteur 2 et médecin non conventionné. La complexité de la tarification s'est encore aggravée avec la mise en place du parcours de soins et du médecin traitant.

Un document d'information de la CNAMTS, transmis à l'occasion de remboursement aux assurés soit directement soit par certaines mutuelles, comporte, sans être exhaustif pas moins de 13 tarifs différents correspondant à 13 situations différentes auquel il faut rajouter cinq situations particulières. Lorsque la direction de la sécurité sociale veut faire le point des tarifs existants elle est obligée dans des tableaux certes très détaillés de distinguer les tarifs selon que :

- le médecin consulté est un généraliste désigné comme médecin traitant ou un spécialiste, secteur 1 ou secteur 2,
- le médecin est consulté pour un avis ponctuel comme médecin correspondant, généraliste ou spécialiste secteur 1 ou secteur 2
- la consultation est effectuée pour soins itératifs ou pour une séquence de soins chez le médecin correspondant

Il faut à chaque fois réserver le cas particulier des bénéficiaires de la CMU, de la psychiatrie et distinguer consultations et actes techniques.

- Le conseil national de l'ordre des médecins justifie la mauvaise qualité de l'information par la complexité de la réglementation et prolonge l'hostilité des syndicats de praticiens à l'égard de la transparence sur leurs honoraires

¹⁰⁰ Entre les médecins conventionnés tenus de respecter les tarifs dits « opposables » du secteur 1, les médecins conventionnés autorisés à pratiquer des honoraires libres (dépassements du secteur 2) et les médecins non conventionnés

La mission relève que le conseil national de l'ordre des médecins s'abrite derrière cette complexité pour expliquer les difficultés des ...médecins dans la fixation de leurs honoraires, sans faire référence au fait que les honoraires sont fixés au terme d'une négociation avec les professionnels eux-mêmes. La fiche relative aux honoraires et à leur fixation avec tact et mesure commence par les développements suivants : « 1. La complexité des modes de fixation des honoraires : quelle que soit sa situation au regard de la convention, chaque médecin est tenu au respect du tact et de la mesure des honoraires, inscrit dans le code de déontologie. Mais reconnaissons qu'entre les médecins conventionnés tenus de respecter des tarifs dits « opposables »(secteur 1), les médecins conventionnés autorisés à pratiquer des honoraires différents (secteur 2) et les médecins non conventionnés (secteur 3), la complexité du système ne favorise pas la lisibilité des modes de fixation des honoraires ». Il convient toutefois de remarquer que le rapport sur la base duquel la fiche a été rédigé est beaucoup plus neutre.

C'est la même attitude qui a prévalu au cours des années passées chez les représentants des médecins qui refusaient que paraissent des annuaires faisant état des différents secteurs.

2.2.5 ...en l'absence de toute contrepartie, tout encadrement ou sanctions.

2.2.5.1 Les dépassements ne permettent pas aux assurés d'obtenir des contreparties garanties, ni en termes de temps de consultation, de diplômes, de niveau de compétence. Les dépassements n'ont pas de contrepartie pour les patients en terme de qualité des soins et ne matérialisent ainsi pas une médecine où la qualité serait seulement garantie aux patients les plus aisés financièrement.

Les dépassements ne permettent pas aux assurés d'obtenir des contreparties garanties, en termes de diplômes, de niveau de compétences et peu en termes de temps de consultation.

Une enquête de la DREES réalisée en 2002 auprès des médecins généralistes libéraux montre que l'appartenance au secteur à honoraires libres explique une durée de séance de 4mn supplémentaire¹⁰¹. La même durée supplémentaire s'observe aussi lorsque le médecin est une femme. Aucune enquête du même type n'a encore été réalisée pour les médecins spécialistes.

Par ailleurs, l'appartenance au secteur à honoraires libres ne s'est pas fait dans les mêmes conditions à toutes les époques (cf. première partie). Aucune condition particulière n'a été demandée aux praticiens à l'ouverture de ce secteur en 1980, l'accès à ce secteur a ensuite été partiellement fermé en 1990. Cette hétérogénéité de situation donne aux médecins de secteur 2 un statut mal défini pour les patients. Une possibilité leur ait donnée de pratiquer des dépassements d'honoraires sans qu'elle soit fondée sur des raisons objectives. Pour ces raisons, l'existence de ce secteur peut être ressentie comme inéquitable à la fois par les praticiens qui n'en bénéficient pas et pour les patients qui ne comprennent pas la justification de ces honoraires supplémentaires, surtout face à des spécialités où il leur ait plus difficile de trouver praticiens de secteur 1. Ces tarifs supérieurs ne reflètent pas des actes différents objectivement en qualité ce qui ne le rend pas d'une injustice insupportable (à chacun non pas

¹⁰¹ « La durée des séances des médecins généralistes », Pascale Breuil-Genier et Céline Goffette, Etudes et Résultats, n°481, DREES, Avril 2006.

selon ses besoins mais selon ses moyens) mais participe de ce fait à un sentiment de confusion chez les patients.

2.2.5.2 Les assurés paraissent ne pas oser porter plainte

La mission a demandé à la direction du contrôle contentieux et de la répression des fraudes de la CNAMTS de mener une enquête auprès des CPAM sur le nombre de plaintes adressées par les assurés en matière de dépassements et les suites qui avaient pu y être apportées sur la période 2002-2005. Il en ressort que le nombre de plaintes est extrêmement réduit : sur une période de quatre ans, il s'agit au plus de quelques unités par an. Compte tenu des développements de la première partie, il ne peut s'agir d'une maîtrise des dépassements par les praticiens mais plutôt de l'absence de volonté des patients de mettre en cause le médecin pour les seules questions financières.

Ce constat confirme les résultats de l'enquête menée auprès de l'ensemble des ARH ainsi que les informations recueillies par la mission lors de ses entretiens avec les conseils régionaux de l'ordre des médecins et des représentants des consommateurs.

Il ressort de l'enquête déjà citée que les CPAM, pour celles qui ont donné des informations sur les actions qu'elles ont entreprises à l'encontre des praticiens pratiquant des dépassements abusifs, se sont concentrées sur les dépassements des praticiens en secteur 1 (usage systématique du DE). Il convient de signaler que l'enquête couvre la période où les mots d'ordre syndicaux de dépassements se sont multipliés, portant les résultats à des niveaux qu'ils n'auraient pas atteints à d'autres périodes.

2.2.5.3 En conséquence les CPAM comme le conseil de l'ordre des médecins ne prononcent que peu de sanctions.

Les médecins disposant d'une liberté tarifaire doivent néanmoins fixer leurs honoraires avec tact et mesure (article 53 du code de déontologie). Les comportements abusifs des praticiens en la matière peuvent être sanctionnés à titre disciplinaire par la chambre disciplinaire de première instance, au sein du conseil régional de l'ordre ou par la section des assurances sociales du même conseil, avec appel devant le conseil national de l'ordre et cassation devant le conseil d'Etat.

Les sanctions prévues par la convention signées le 12 janvier 2005 sont à l'initiative de l'organisme local d'assurance maladie qui, après avis d'une commission paritaire, peut suspendre le droit de pratiquer des honoraires libres, après décision du conseil de l'ordre ; il peut également suspendre la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel. Outre le fait que les sanctions prononcées à ce titre sont très peu nombreuses, voire dans les documents qui ont été portés à la connaissance de la mission, nulles en ce qui concerne les dépassements pratiqués par des médecins du secteur 2, il apparaît que les caisses primaires d'assurance maladie qui opèrent sur un territoire où l'offre de soins est plus faible qu'ailleurs pourraient renoncer à prendre des sanctions par crainte de diminuer une offre de soins estimée comme insuffisante.

A côté des sanctions que peuvent prononcer les CPAM, des sanctions peuvent être prises par les sections des assurances sociales des conseils départementaux de l'ordre des médecins sur la base de l'article L.145-1 et suivants du code de la sécurité sociale. Mais ces

juridictions¹⁰² sont rarement saisies d'abus en matière de dépassements : selon une étude transmise par la DSS réalisée sur une quarantaine de décisions rendues par les sas sur une période de deux mois, une seule porte sur un abus d'honoraire et a abouti à un blâme.

En outre, la sévérité de la sanction est souvent atténuée par le conseil national de l'ordre en matière disciplinaire. Sur la période 2004-2006, sur 8 décisions rendues en appel par le conseil national de l'ordre des médecins en matière disciplinaire, ont été prononcées cinq diminutions de sanctions et trois confirmations. Il n'y a aucune aggravation de sanction. Cela est moins vrai pour la section des assurances sociales qui sur cinq décisions a prononcé deux baisses de sanction, une confirmation et deux aggravations.

2.2.5.4 Le tact et mesure ne représente pas une base suffisante pour caractériser l'abus dans la fixation des honoraires et contenir les excès

L'article 53 du code de déontologie, auquel renvoie la convention signée en 2005 (paragraphe 4.3 e) énonce que « les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières ». La jurisprudence tirée des décisions des différentes instances appelées à statuer sur ce sujet, n'a jamais donné un montant maximum, appréciant cette notion au cas par cas. Elle a cependant fixé des limites qui permettent de donner des taux de dépassements maximum se situant entre deux et trois fois le tarif opposable de l'assurance maladie. Le manquement au tact et mesure a ainsi été caractérisé¹⁰³ :

- pour des soins facturés, à plusieurs reprises au cours d'une même année à un prix cinq fois supérieur au tarif conventionné (CE, 4 décembre 1985, Daniel)
- pour des honoraires perçus qui représentaient entre trois et quatre fois les honoraires conventionnels alors que les actes effectués ne comportaient « aucune difficulté particulière » (CE, 21 novembre 03)
- pour des honoraires « dépassant le double du tarif conventionnel, à l'occasion d'actes ne comportant pas d'investigations particulières en matière de diagnostic ni d'actes thérapeutiques longs et délicats » (CE 30 juin 1993, Furter).

Enfin, le conseil d'Etat a pu jugé que le « mode d'exercice de la profession médicale et sa notoriété ne justifiait pas l'importance et le caractère systématique des dépassements d'honoraires » pratiqués par le médecin, ce qui constituait également un manquement au tact et à la mesure (CE 9 décembre 1994, CPAM du loiret)

Le rapport de l'ordre national des médecins adopté en décembre 2005 estime que les « critères directeurs » du tact et mesure tiennent à la prestation effectuée, au temps qui y a été consacré et au service rendu au patient. Il y a rajouté des critères seconds qui tiennent à la personne du praticien (notoriété) et du patient (situation de fortune). Il faut signaler à cet égard une évolution de la position du conseil national de l'ordre qui dans un précédent rapport adopté en 1998 faisait des possibilités financières du patient « la pierre angulaire » de la notion de tact et mesure tout en soulignant les difficultés de cette appréciation. Enfin, le seul fait qu'un patient bénéficie d'une mutuelle qui couvrirait entièrement les honoraires demandés

¹⁰² ces juridictions peuvent prononcer un avertissement, un blâme, une interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de donner des soins aux assurés ou dans le cas d'abus d'honoraires, le remboursement à l'assuré du trop perçu ou le reversement aux organismes de sécurité sociale du trop remboursé.

¹⁰³ Note sur les dépassements d'honoraires dans les établissements privés à but lucratif présentée par Mmes Jeannet, Laconde, M. Ollivier, Mme le dr Roquel et M. le dr Picard.

ne saurait justifier à lui seul leur montant. Le conseil d'Etat a d'ailleurs récemment rendu une décision dans le même sens (CE, Mme DC, 30 septembre 2005).

Dans les quelques décisions du CNOM qui conclut à une méconnaissance de l'obligation du tact et mesure, les niveaux d'honoraires pratiqués sont généralement trois à quatre fois supérieurs aux tarifs opposables. Pourtant le conseil national de l'ordre précise qu'il faut écarter toute référence au tarif opposable qui « ne saurait constituer le juste prix » de l'acte médical (rapport précité).

Au total, la notion de tact et mesure est une notion subjective, laissée à l'appréciation du seul médecin, sous réserve des rares contentieux engagés et qui s'impose au patient sans que ce dernier puisse juger du niveau adéquat du dépassement. L'absence de possibilité tant pratique que morale pour le médecin d'apprécier de la situation socio-économique du patient disqualifie cette notion comme fondement à une égalité d'accès aux soins.

3 les propositions

3.1 mieux informer, mieux évaluer, mieux contrôler s'imposent quelle que soit la réforme engagée

3.1.1 Améliorer l'information des assurés

L'augmentation continue des dépassements et la méconnaissance de leur montant pour chaque praticien ne peut qu'être un frein à l'accès aux soins. A tout le moins, le patient doit-il disposer de l'information nécessaire au moment où il prend rendez-vous avec le praticien. Il n'ose pas toujours se renseigner d'autant que certains textes précisent que c'est à sa demande que l'information doit lui être délivrée.

3.1.1.1 Les informations délivrées par l'assurance maladie

L'assurance maladie pourrait améliorer considérablement l'information transmise aux assurés en leur transmettant les informations relatives à :

- la liste des médecins par commune, par spécialité, par secteur : l'analyse du site AMELI a montré les insuffisances de l'information actuellement disponible sur le site national. A contrario, la lecture du journal de l'assurance maladie de Gironde¹⁰⁴ communiqué par la direction de la communication de la CNAMTS, montre qu'une information exhaustive et attrayante peut être diffusée par les organismes malade des trois régimes (général, agricole, professions indépendantes).
- Les tarifs d'honoraires en complément des tarifs pratiqués sur les actes les plus fréquents que chaque médecin doit afficher dans son cabinet : une simple fourchette ne suffit pas surtout lorsqu'elle est large, car le patient ne peut alors savoir dans quel cas de figure il peut se retrouver ;

¹⁰⁴ sud-ouest : supplément au journal du 6 octobre 2005

- La participation des médecins à la formation professionnelle même si elle est obligatoire;
- Des statistiques sur la fréquence des actes techniques réalisés par le praticien afin que l'assuré puisse mieux apprécier l'expérience technique du médecin qu'il entend consulter.

Toutes ces données doivent pouvoir être fournies non seulement pour les praticiens libéraux mais également pour les praticiens hospitaliers exerçant leur droit à une activité libérale dans le cadre de leur hôpital. Elles devraient concerner tous les médecins conventionnés, secteur 1 ou 2.

Ceci suppose que les plates-formes info-soins que l'assurance maladie doit développer soient généralisées à l'ensemble du territoire notamment aux régions où le nombre de praticiens en secteur 2 est le plus élevé telles que la région PACA et l'île de France. Aujourd'hui certaines caisses primaires retardent la mise en œuvre de ces plateformes : c'est le cas de la CPAM d'Ile de France qui ne trouve pas satisfaisant de demander, à travers la mise à disposition de l'information, de demander à la population de faire la police avant toute action de l'assurance maladie elle-même. Outre la généralisation très tardive de ces plateformes la mission relève que les informations transmises ne concernent que le secteur 2.

3.1.1.2 Les informations à la charge des praticiens

- Les informations préalables à des interventions chirurgicales ou à certains actes techniques particulièrement coûteux

En matière de chirurgie esthétique, les interventions doivent être précédées de la communication d'un « devis ». Hors cas d'urgence, une même obligation pourrait être mise à la charge des chirurgiens, des gynécologues obstétriciens ou de tous les médecins pratiquant des actes techniques ou des actes programmables en y incluant les produits nécessaires aux soins.

- Revoir les informations sur les plaques extérieures des cabinets

Aujourd'hui les dispositions relatives aux informations devant obligatoirement figurer sur les plaques extérieures aux cabinets libéraux ne concernent pas les médecins anciennement installés et prévoient la mention du secteur conventionnel d'appartenance (secteur 1 ou secteur 2) dont une grande partie des patients ignore la signification. Ces observations doivent conduire à revoir le décret pour en étendre les dispositions à tous les praticiens et indiquer, à la place du secteur d'appartenance, la mention honoraires libres ou tarifs de la sécurité sociale. Cet élément de base de l'information dispensée aux assurés doit être régulièrement contrôlé : l'homogénéisation de la réglementation doit en permettre l'organisation.

- Informations relatives à l'existence de dépassements et fourchette
- Enregistrement du niveau des dépassements sur le répondeur du praticien lorsqu'il existe
- Affichage du niveau des dépassements dans les cliniques (aux inscriptions) et sur les sites internet lorsqu'ils existent. La mention de la possibilité de dépassements et de leur niveau devrait figurer dans les livrets d'accueil remis aux patients et d'une manière générale sur tous les supports d'information administratifs édités par les établissements de soins pour leurs patients.

3.1.1.3 L'information des personnes en situation de précarité

La mission insiste sur le fait que l'information doit être tout particulièrement développée à l'intention des personnes en situation de précarité, qui connaissent souvent très mal la réglementation dans toute sa complexité, notamment celle relative au parcours de soins. Comment s'étonner que certains bénéficiaires de la CMU ignorent certains aspects de cette réglementation, quand les représentants des praticiens eux-mêmes avouent avoir du mal à s'y retrouver. L'insuffisante qualité de cette information ôte toute légitimité aux pénalités financières supportées par les patients, lorsqu'ils ne respectent pas le parcours de soins.

3.1.2 Délivrer une autorisation temporaire d'exercer et évaluer périodiquement les résultats

Le droit à dépassement ne peut être que temporaire et doit être lié à l'évaluation périodique d'un certain nombre de critères ou de résultats. En ce sens, une démarche de bonnes pratiques, proche de celle qui a été proposée pour les laboratoires de biologie médicale, pourrait être adaptée à la situation des cabinets de médecine libérale et faciliterait l'évaluation de la profession et sa certification par la Haute Autorité de santé ou des structures européennes, privées ou pas.

3.1.3 Renforcer les contrôles sur les montants réellement payés par l'assuré et donner une réalité concrète aux sanctions

3.1.3.1 établir un plan de contrôle France entière

L'ambition d'un tel plan avait été rappelée dans la convention d'objectif et de gestion et inspiré des caisses ayant les meilleures pratiques en la matière. Le respect de ce plan de contrôle devrait être validé par un rapport annuel de l'UNCAM sur le sujet afin que nul n'en ignore. Ceci suppose que la CNAMTS suive de manière automatique les 5 ou 10% des médecins ayant le taux de dépassement le plus élevé afin que puisse être appréciée, le cas échéant, l'application du tact et mesure par les structures compétentes. Une surveillance des pratiques tarifaires concernant les bénéficiaires de la CMU doit enfin être réalisée spécifiquement.

Par ailleurs, la mission a constaté de grandes différences entre les plans de contrôle des DE des médecins de secteur 1 qu'il conviendrait d'harmoniser afin d'éviter que cette possibilité de dépassement ne soit dévoyée.

3.1.3.2 donner aux CPAM un pouvoir de sanction financière en matière de dépassement

Les sanctions à l'encontre des praticiens qui sont dans l'abus existent déjà mais à mélanger les sanctions disciplinaires pour manquement à la déontologie et les sanctions prononcées dans le champ financier ou économique on empêche ceux qui sont dotés de ce pouvoir de sanction de l'utiliser, surtout lorsque la même structure – l'ordre professionnel – en a la compétence : en effet, que ce soit les sanctions disciplinaires prises sur le fondement du code de la santé publique, en cas de violation du code de déontologie, ou les sanctions prononcées sur le fondement du code de la sécurité sociale, en cas de faute, fraude, abus et

tous faits intéressant l'exercice de la profession c'est toujours l'ordre des médecins qui se trouve saisi même si c'est à travers deux sections différentes (la chambre disciplinaire ou la section des assurance sociales). Aussi, conviendrait-il de distinguer clairement les titulaires de cette compétence des autorités ordinaires : cette proposition retrouve en cela la proposition du rapport présenté par Jean-François Chadelat de « prévoir un mécanisme de sanctions financières prononcées par les caisses [d'assurance maladie] après avis des commissions de pénalités dont le rôle fixé par l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale serait complété »¹⁰⁵. Ces commissions doivent pouvoir être également saisies par les patients ou leurs représentants associatifs : cette proposition repose toutefois sur le pari que les patients qui aujourd'hui présentent rarement des plaintes aux autorités compétentes oseront le faire dans un nouveau système.

Cette réforme laisserait entière le pouvoir de sanction de la direction de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes sur le défaut d'information des patients par les professionnels de santé. Les plans de contrôle ou les contrôles eux-mêmes des directions départementales de la concurrence de la consommation et de la répression des fraudes devraient être coordonnés avec ceux des CPAM sur les compétences conjointes en matière d'information.

De même pour le pouvoir de sanction des ARH sur avis des commissions d'activité libérale et dont on a vu qu'il devrait être réellement mis en œuvre. Par ailleurs, la présidence voire la composition de ces commissions d'activité libérale devrait être revue(cf 3.2.3).

3.1.4 Améliorer la connaissance de l'exhaustivité des revenus des praticiens

L'assurance maladie et l'Etat ne peuvent prendre les décisions, tarifaires ou autres, adéquates s'ils ne disposent pas d'une connaissance exhaustive de l'activité et des revenus des praticiens.

Or, cette connaissance est partielle. A titre d'exemple, la DREES connaît les taux de charges moyens dans chaque spécialité mais pas le secteur de conventionnement des praticiens ni leurs revenus salariaux.

Du côté de l'assurance maladie, les honoraires perçus par les praticiens libéraux ou hospitaliers ayant une activité libérale sont bien connus avec toutefois deux exceptions qui méritent d'être mentionnées :

- la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a prévu que lorsque les médecins réalisent des actes non remboursables, ils n'établissent pas de feuilles de soins ; le principe de ce texte a été repris dans la convention médicale du 12 janvier 2005 et conduit à ce que les caisses n'aient plus connaissance de la totalité des honoraires perçus ;
- dans certains établissements de santé privés participant au service public hospitalier interviennent « à titre exceptionnel¹⁰⁶ » des praticiens libéraux ; dans le Bas-Rhin¹⁰⁷, cette exception est de principe : les praticiens libéraux facturent à l'établissement PSPH le tarif de l'acte selon la CCAM et les dépassements d'honoraires directement aux patients ;

¹⁰⁵ Proposition n°4 du rapport de J.F. Chadelat sur les refus de soins aux bénéficiaires de la sécurité sociale

¹⁰⁶ Cf. article R 6161-5 du code de la santé publique.

¹⁰⁷ De façon moins généralisée, de telles exceptions existeraient également à Marseille et dans le bassin d'Arcachon.

l'assurance maladie n'a en conséquence aucune connaissance des dépassements facturés¹⁰⁸ dans ce cadre.

Enfin, pour mémoire, les données de l'assurance maladie n'incluent évidemment pas d'éventuels « dessous de table ». Or de telles pratiques frauduleuses existeraient. Selon l'enquête IPSOS publiée par le CISS en février 2007, 8% des Français déclarent qu'un « dessous de table » leur a déjà été demandé par un médecin.

Afin de pouvoir mener une politique de revenus pour les médecins et de remboursement pour les assurés, la CNAMTS doit disposer de toutes les informations nécessaires. Aussi, est-il essentiel que la totalité des honoraires et actes facturés aux patients, même non pris en charge par la sécurité sociale, soit déclarée aux caisses d'assurance maladie de même que les autres éléments du revenu professionnel tels que les revenus salariés des médecins libéraux.

3.1.5 Améliorer la connaissance des couvertures maladie complémentaires

De la même façon, les organismes complémentaires et leurs fédérations devraient être incités à suivre systématiquement la prise en charge des dépassements et à en communiquer les principales données à l'UNOCAM.

Toutefois tant que ces informations ne seront pas fournies par les organismes complémentaires, il semble nécessaire de poursuivre les travaux et enquêtes menées par le DREES et l'IRDES.

3.2 Moduler les possibilités de dépassements en fonction de la réalité de l'offre

Différentes modalités d'encadrement des dépassements par catégorie de professionnels de santé pourraient permettre d'ajuster l'existence d'une liberté tarifaire à la réalité de l'offre à tarif opposable :

- Rendre non automatique la liberté tarifaire : encadrer le droit à dépassement en fonction de la réalité de l'offre appréciée localement de telle sorte que le nombre de médecins pouvant en bénéficier soit d'autant plus limité que l'offre en secteur 1 est faible et que l'autorisation soit accordée pour une période limitée. L'inconvénient d'un tel système réside dans la difficulté à déterminer qui pourrait être le « juge » de ce droit et avec quelle légitimité (les pairs ? L'assurance maladie ? Des médecins d'autres pays européens ? Une instance d'évaluation publique ou privée ?)
- Proposer aux praticiens un processus de conventionnement positif ou sélectif : ce conventionnement, dont le mécanisme est contraire à celui qui s'exerce aujourd'hui, permet de passer un contrat spécifique avec chacun des médecins et de l'adapter à sa situation précise : ainsi la limitation des dépassements pourrait-elle être une des données spécifiques du texte contractuel. Le risque ici est très grand que les médecins refusent en

¹⁰⁸ Ainsi, selon les données de la CNAMTS, aucun acte technique supérieur à 100 € n'aurait été facturé par un praticien libéral dans le Bas-Rhin en gynécologie, à tort puisque des accouchements ont lieu dans les établissements PSPH strasbourgeois. De même, en ophtalmologie, les données sont incomplètes. Or les témoignages recueillis par la mission incitent à penser que les dépassements sont uniformément de 600 € pour une opération courante telle que la cataracte dans les PSPH strasbourgeois.

majorité un tel contrat et constituent, avec des assureurs complémentaires plus complaisants, un système de soins en marge de la sécurité sociale.

- Lier l'autorisation d'exercer des établissements publics et privés accordée par les ARH à la maîtrise des dépassements par les praticiens ou inclure le sujet dans la négociation des CPOM¹⁰⁹ (cf la charte présentée par la FHP et l'exemple du contrat du groupe medipartenaires au paragraphe 2.1.4.1). Cette disposition pourrait être étendue aux autorisations d'exercer une activité libérale à l'hôpital et pourrait conduire à donner aux pouvoirs publics et plus précisément aux ARH le pouvoir d'autoriser ou non l'exercice libéral dans les différents établissements publics de la région et de déterminer le secteur d'exercice en fonction des données locales. Dans le même objectif, ce sont les ARH qui devraient présider les commissions d'activité libérale, présidées aujourd'hui par des praticiens exerçant une activité libérale, elles manquent de l'objectivité nécessaire à l'exercice de leur mission.

Ces différentes dispositions qui sont, pour certaines alternatives, permettraient de moduler les dépassements dans les zones où l'activité concernée est exercée en situation de monopole ou de quasi monopole. Le pouvoir de négocier la limitation des dépassements ou de définir les conditions des différents dispositifs, au-delà du pouvoir des agences régionales (ou à leur place) pourrait être attribué au conseil des CPAM ou au groupement régional de santé publique pour l'application du plan régional de santé publique (cf article L. 1411-14) ou bien encore, à défaut, à la conférence régionale de santé.

3.3 Plafonner les dépassements en volume et/ou en valeur

3.3.1 La logique du secteur optionnel ne peut être conduite à son terme que grâce à la suppression du secteur 2

L'accord du 24 août 2004 signé entre l'UNCAM et les syndicats des chirurgiens prévoit « la création d'un secteur optionnel en honoraires opposables et dont le plafond des dépassements est négocié ».

A ce sujet, il est rappelé dans le point III de l'ordre du jour de la réunion du 4 octobre 2006 du conseil de l'union nationale des caisses nationales d'assurance maladie, que le « conseil de l'UNCAM, saisi le 16 juin 2005, s'est prononcé contre la réouverture du secteur 2 dans le souci de garantir l'accès aux soins pour tous les assurés. Dans ce contexte (...), l'application du point 9 de l'accord du 24 août 2004 ne peut être mise en œuvre qu'à travers la mise en œuvre d'un secteur spécifique dit secteur optionnel qui ouvrirait ainsi la possibilité d'un choix de secteur d'exercice aux praticiens de secteur 1, sans ouverture corrélative du secteur 2, au-delà des possibilités ouvertes aujourd'hui. » L'UNCAM, dans sa présentation du secteur optionnel poursuit : « le secteur optionnel doit être susceptible d'attirer non seulement les spécialistes titrés du secteur 1 mais aussi des spécialistes de secteur 2. Il doit constituer une alternative à l'expansion progressive du secteur 2 constatée depuis sa création ». Les caractéristiques envisagées à l'époque de la rédaction du document permettaient à ceux qui choisiraient ce secteur de conserver les avantages de prise en charge des cotisations sociales et de « coter le modificateur K en chirurgie » pour les actes réalisés à tarif opposable et de

¹⁰⁹ le lien pourrait être fait par des négociations tripartites entre praticiens, directions des établissements et ARH

demander un complément de rémunération pour les autres actes. Enfin « un minimum d'activité à tarif opposable en secteur 1 devra être fixée ainsi qu'un encadrement effectif du complément de rémunération ». ce secteur optionnel ne devait être ouvert qu'aux praticiens « ayant acquis une expérience professionnelle particulière validée par un titre » et limiter son bénéfice aux chirurgiens.

La loi n°2007-127 du 30 janvier 2007 ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique¹¹⁰ est intervenue tout à la fois pour autoriser les dérogations aux tarifs opposables et l'intervention du gouvernement dans le champ de la négociation conventionnelle. Ce texte prévoit que « à défaut de conclusion un mois après l'entrée en vigueur de la présente loi d'un avenant conventionnel, (...) autorisant des médecins relevant de certaines spécialités, sous certaines conditions¹¹¹ (...), à pratiquer de manière encadrée des dépassements d'honoraires pour une partie de leur activité, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale disposent, pendant un délai de quatre mois, de la faculté de modifier par arrêté, à cet effet, la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes conclue le 12 janvier 2005 ».

Ce dispositif comporte de nombreux inconvénients au regard de l'accès aux soins, de l'équité à observer entre les praticiens, ou du pilotage du système de santé.

Sur le premier point, un rapport de l'IGAS¹¹² dès septembre 2006 avait noté que le risque d'une telle proposition était « celui d'un moindre accès à des soins à tarif opposable » avec un coût élevé pour l'assurance maladie : en effet, pour attirer suffisamment de chirurgiens du secteur 2 en secteur optionnel, en l'absence de volonté de fermer le secteur 2, l'assurance maladie devra leur consentir des avantages tarifaires et sociaux. Même si comme le notait les rapporteurs, cette mesure pouvait encourager à terme la convergence du secteur 1 et du secteur 2, le perdant de ce projet de réforme est l'assuré auquel seront vraisemblablement de moins en moins proposés d'actes au tarif opposable.

Cette analyse que reprend à son compte la présente mission est confirmée par Pierre Louis Bras, ancien directeur de la sécurité sociale, dans un article en cours de publication : « actuellement 80% des chirurgiens libéraux exerçant en secteur 2, la réouverture du secteur 2 entraînerait ipso facto la disparition de toute chirurgie à tarif opposable. L'idée d'un secteur optionnel semble aussi conduire à une dégradation des conditions de l'accès aux soins. Même si les dépassements sont encadrés et limités, le secteur optionnel réduit les garanties offertes aux assurés ».

Sur l'équité entre médecins, le secteur optionnel ne permet pas de réduire les inégalités des revenus puisqu'il plafonne les revenus des uns tout en maintenant une large liberté tarifaire pour les autres.

¹¹⁰ résultant de la décision du Conseil constitutionnel n° 2007-546 DC du 25 janvier 2007 qui a sanctionné l'article 47 de la loi de financement pour 2007, en tant qu'il n'avait pas été soumis au préalable à l'assemblée nationale

¹¹¹ Les conditions auxquelles les médecins devraient répondre, pour bénéficier de la mesure, tiennent à leur formation, à leur expérience professionnelle, à la qualité de leur pratique et à l'information des patients sur leurs honoraires.

¹¹² Rapport n° RM2006-145A présenté par Christine d'Autume avec la collaboration du Pr Guidicelli « Application du protocole d'accord du 24 août 2004 sur la chirurgie française »

Au regard du pilotage du système de santé, le secteur optionnel laisse entier le problème de la répartition des médecins sur le territoire. L'assuré, qui est d'ores et déjà confronté dans certaines régions (Ile de France, Alsace, Rhône Alpes) et pour certaines spécialités (chirurgie) à une offre de soins à tarif opposable très restreinte, ne peut être protégé contre les effets négatifs à cet égard du secteur optionnel que par la suppression du secteur 2.

En outre, le plafonnement des dépassements pour une partie seulement de l'activité des praticiens ne semble pas opportun à la mission. De manière générale, la possibilité d'exercer un droit à dépassement pour une partie seulement des actes peut revêtir plusieurs formules : soit en proportion de la totalité des actes, soit pour une partie de la population (cf CMU) soit en distinguant actes techniques et consultations. Limiter le plafonnement à une partie de l'activité comporte de nombreux inconvénients : le patient ne pourra connaître à l'avance si des dépassements lui seront appliqués et pour quels montants, selon qu'il est dans le quota d'activité soumise à tarif opposable ou pas. Le contrôle de ce type de plafonnement est par ailleurs extrêmement complexe à organiser et risque donc de rester lettre morte.

Toutefois, s'il devait y avoir plafonnement sur une partie seulement de l'activité, il conviendrait d'exclure de l'application d'honoraires libres (outre les bénéficiaires de la CMU, comme la loi le prévoit déjà), les consultations ou les actes réalisés en urgence¹¹³, de réserver aux consultations la possibilité de dépasser. Conformément aux constats de la première partie de ce rapport, cette solution présente l'avantage de ne pas cumuler la réforme de la CCAM, censée fixer à terme la vraie valeur relative de l'acte, et les dépassements d'honoraires sur les mêmes actes.

Cependant dans le cadre d'une réforme visant à plafonner les dépassements, la mission considère que valoriser l'option de coordination est sans aucun doute plus opportun, à condition d'en revoir certaines dispositions.

3.3.2 l'option de coordination mériterait d'être corrigée et mieux valorisée

Une option dite de coordination, figurant au paragraphe 1.2.3. de la convention conclue le 12 janvier 2005 entre l'UNCAM et le SML, la CSMF, et Alliance¹¹⁴, est proposée aux médecins généralistes et spécialistes de secteur 2 ou de secteur 1 avec un droit permanent à dépassement. Le principe général de l'option est le respect des tarifs opposables pour les actes cliniques quand le patient consulte dans le cadre du parcours de soins, ou dans les situations d'urgence médicalement justifiées ou enfin pour les patients de moins de 16 ans. En ce qui concerne les actes techniques, le praticien adhérent à l'option de coordination « s'engage à pratiquer avec tact et mesure des dépassements maîtrisés, pour le patient qui entre dans le parcours de soins coordonnés, applicables par acte facturé et plafonnés à 15% des tarifs opposables. Ce plafond sera, le cas échéant, déclinable par spécialité et par région, dans le respect de l'encadrement national ».

Outre l'engagement de tarifs maîtrisés par acte facturé, le praticien s'engage à respecter, sur l'ensemble de son activité mais en distinguant consultations et actes techniques, un ratio honoraires sans dépassements sur honoraires totaux qui devra être égal ou supérieur à 30%.

¹¹³ Pour le moment, cette exclusion de l'urgence n'est inscrite nulle part dans le texte conventionnel, sauf au titre de l'option de coordination (cf 3.2.2.)

¹¹⁴ Cette convention a été approuvée par un arrêté du 3 février 2005

En contrepartie de ces engagements, les praticiens bénéficient d'une prise en charge partielle des cotisations sociales.

Les médecins qui ont le plus intérêt à adhérer à cette option de coordination sont les spécialistes ayant, dans le cadre du parcours de soins, le statut de médecin correspondant¹¹⁵ et qui pratiquaient, avant leur adhésion à l'option de coordination, des dépassements s'élevant au maximum à 20 ou 25% environ des tarifs opposables. En effet, du fait de la réforme du parcours de soins et de l'option de coordination, les praticiens bénéficient d'un certain nombre de majorations (de l'ordre de 5 euros, par l'addition de la majoration de coordination des soins et la majoration provisoire clinique), de la prise en charge d'une partie de leurs cotisations sociales et de la possibilité de dépasser plafonnée à 15% pour les actes techniques.

Cette option de coordination est mal connue, la caisse nationale l'ayant peu fait connaître. Elle repose pourtant sur des principes qui apparaissent légitime à la mission :

- le plafonnement permet de limiter les restes à charge pour l'assuré ;
- ce sont les médecins du secteur 2 et ceux du secteur 1 avec droit à dépassement qui sont concernés ;

Toutefois, pour garantir à l'assuré le maintien d'une offre de soins à tarif opposable, l'option de coordination suppose de conserver le secteur 1.

En outre, les critiques rappelées par la mission dans le cadre d'un secteur optionnel pourraient être reprises ici. Elles devraient être nuancées dans le cadre de l'option de coordination du fait que, si on suppose que la quasi-totalité des patients se situe dans le cadre du parcours de soins, seuls l'absence de dépassement pour les consultations et le plafonnement par acte technique jouent et ce, dans un sens positif pour les assurés.

En revanche, pour ceux qui par exception ne se trouveraient pas dans le cadre du parcours de soins, le plafonnement prévu par l'option de coordination autorise des dépassements très conséquents : la limitation globale des dépassements sur l'ensemble de l'activité, à savoir 30% des honoraires totaux, conduit en fait à une absence concrète de plafonnement puisque le taux de dépassement ne peut excéder 233 %¹¹⁶ !

Compte tenu de ce qui précède, la mission considère que, dans le cadre d'une réforme visant à instaurer un plafonnement des dépassements, l'option de coordination est une bonne voie à condition que :

- la disposition soit rendue obligatoire pour l'ensemble des praticiens à honoraires libres ;
- le plafonnement se fasse acte par acte, pour l'ensemble des patients, sans laisser une partie de l'activité à l'écart du plafonnement ;
- les exceptions au droit au dépassement maîtrisé (CMU, urgences, patients de moins de 16 ans) soient confirmées.

¹¹⁵ Le médecin correspondant selon la définition qu'en donne la convention, intervient en coordination avec le médecin traitant et garantit le second recours au système de soins notamment l'accès aux soins les plus spécialisés.

¹¹⁶ Honoraires sans dépassements (HSD) rapportés aux HSD+dépassements(D) doivent être supérieurs ou égaux à 30% c'est à dire que 70% des honoraires sans dépassements doivent être égaux ou supérieurs à 30% ce qui revient à dire que les dépassements doivent être inférieurs ou égaux à 2,33 fois les honoraires sans dépassements

3.4 Supprimer en totalité ou partiellement la possibilité des dépassements ou aménager des contreparties réelles en termes de santé publique

On sait que les mesures visant à établir un lien entre majorations d'honoraires et qualité des soins n'ont pas produit les effets escomptés : cf. le succès mitigé des dispositifs associant qualité des soins et supplément de rémunération (AcBus, Contrats de santé publique, contrats de bonne pratique). Les derniers suppléments de rémunération ont d'ailleurs porté sur des procédures (coordination) ou l'absence du respect des procédures par le patient (parcours de soin) plutôt que sur des améliorations qualitatives directes des soins. Face à ce constat, il faut reconnaître que le dépassement est strictement un élément de politique des revenus à réintégrer dans les tarifs opposables ou chercher, le cas échéant, de nouvelles façons de lier dépassements et contreparties pour la santé publique et le patient (performance, qualité des soins ?).

3.4.1 intégrer les dépassements dans les honoraires remboursés par la sécurité sociale

Cette réforme radicale a pour avantage d'être juste à l'égard des assurés et neutre en ce qui concerne leur accès aux différents professionnels de santé quelle que soit la notoriété de ceux-ci et leur niveau de rémunération : elle permet ainsi de supprimer cette notion non maîtrisée qu'est le « tact et mesure » qui n'a plus de déontologique que son nom.

Grâce à cette réforme, pourrait être traité le problème de la hiérarchie des revenus et le problème de leur excessive dispersion entre les différentes spécialités (y compris les généralistes) et à l'intérieur d'une même spécialité (y compris, les généralistes) entre les différents professionnels. Comme le rappelle le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie en 2004, « alors que la solvabilisation de la demande de soins est essentiellement assurée par de l'argent public, il existe des différences importantes de rémunération nette entre les différentes professions médicales, que ne justifient pas toujours le niveau d'étude et de formation, ou les difficultés et risques de l'exercice professionnel... de même à l'intérieur d'une même profession des inégalités injustifiées peuvent exister ». Ainsi les écarts de revenus entre les spécialistes et les généralistes ont cru de 12% entre 1994 et 2006 (cf. paragraphe 2.1).

Pour l'assurance maladie, l'intérêt d'une telle réforme est de retrouver la logique d'une défense des intérêts des assurés, le sens même d'une politique conventionnelle que les dépassements, par leur ampleur, tendent à vider de son sens¹¹⁷. Ce sera la garantie que l'assurance maladie ne pourra plus se désintéresser de l'évolution des revenus. Elle pourrait à cette occasion restaurer la confiance des praticiens dans l'assurance maladie, sous réserve qu'ils aient le sentiment d'une évolution équitable et transparente de leurs rémunérations.

Cette réforme a pour inconvénient de renforcer la pression à la hausse des rémunérations vis à vis des pouvoirs publics et de la CNAMTS qu'on a cherché à lever par l'instauration de la possibilité de dépasser. Elle aurait surtout pour inconvénient d'avoir un coût pour l'assurance maladie qui ne pourrait être réglé que par une réduction drastique des inégalités entre professionnels de santé (cf supra) : cette réduction doit être opérée au bénéfice des praticiens du secteur 1 (généralistes et spécialistes) dont les revenus sont, pour prendre

¹¹⁷ L'accord sur la chirurgie a conduit à une revalorisation des honoraires remboursables de 25% pour le secteur 1 et de 13,7% pour le secteur 2. L'assurance maladie n'a aucune garantie que les dépassements du secteur 2 aient diminué d'autant, alors même que l'accord était destiné à revoir les rémunérations du secteur 1.

une référence, inférieurs à ceux de leurs homologues à l'étranger et en tout cas ont été moins valorisés que ceux de leurs collègues spécialistes en France (cf I).

Cette suppression des dépassements, qui retrouve par certains aspects les propositions de la mission relatives à l'option de coordination, pourrait être réservée aux assurés respectant le parcours de soins de telle sorte qu'il n'existe plus de secteur 1 et de secteur 2 mais les patients se situant dans le parcours de soins et les autres.

En tout état de cause c'est sur la convention, c'est à dire sur la négociation, que devrait reposer principalement les évolutions rappelées ci-dessus, tant en matière de plafonnement que de suppression des dépassements (cf 3.2 et 3.3). La réduction des inégalités de revenus, qui permettrait de financer une plus juste rémunération des praticiens de secteur 1, devrait engager ces derniers à soutenir la réforme. Dans le cas contraire, une réforme législative s'imposerait.

Le plafonnement par la loi serait toutefois un pis aller entre l'échec de la négociation et l'incertitude d'une régulation par le marché. Son principal inconvénient, outre le fait que le maximum du dépassement autorisé deviendrait la norme générale, serait de revenir sur la répartition des compétences entre l'UNCAM et le gouvernement, en pleine contradiction, deux ans et demi après le vote de la loi d'août 2004, avec les objectifs du parlement. C'est en tout cas non pas vers le plafonnement que la loi précitée de janvier 2007 s'est orientée puisqu'elle a au contraire autorisé la dérogation aux tarifs opposables.

Le plafonnement du dépassement pourrait également être obtenu en favorisant la concurrence entre les professionnels de santé : ceci pourrait être obtenu en desserrant le numerus clausus : le risque est ici que la multiplication des actes et/ou des dépassements permette aux médecins de maintenir leur niveau de revenu face à la concurrence¹¹⁸. L'effet de cette mesure sur les dépassements, toutefois, ne pourra pas se faire sentir avant une dizaine voire une quinzaine d'années compte tenu de la durée des études de médecine mais pourrait rencontrer l'aspiration des nouvelles générations de médecins à une meilleure qualité de vie.

3.4.2 *Mettre en place des compléments de revenus qui seraient des contreparties pour la santé publique et le patient aux compléments de rémunération*

3.4.2.1 *La rémunération à la performance*

L'intégration des dépassements dans les honoraires remboursés par la sécurité sociale empêche toute modulation du revenu autre que par l'activité. Une alternative pourrait être la rémunération à la performance¹¹⁹. L'avantage d'un tel système est qu'il permet d'attribuer au médecin une rémunération supplémentaire, fonction des moyens employés et des résultats

¹¹⁸ cf a contrario, étude de Brigitte Dormont et Eric Delattre qui tend à montrer qu'il n'y aura pas d'induction de la demande par l'offre, en secteur II.

¹¹⁹ Selon une note communiquée par la mission sur la rémunération à la performance et rédigée par le conseiller social à Londres, une réforme profonde de la médecine libérale en Grande Bretagne a permis, depuis 2004, d'instaurer « des incitations financières à l'amélioration de la qualité des soins et de la prévention dispensées par les cabinets des généralistes » ce système a été instauré par une convention passée avec les professionnels. Cette convention introduit un système de mesure des résultats (quality outcomes frame work, QOF) atteints par les professionnels grâce au suivi des meilleures pratiques et des sanctions financières en cas d'échec dans l'atteinte des objectifs. Il s'agit d'un système par point fondé sur la fixation d'objectifs de résultats par le cabinet lui-même.

obtenus par patient. Les effets de ce système qui connaît un début d'application en Grande Bretagne sont mal connus mais il semble qu'il soit inflationniste. En tout état de cause, pour que cette pratique en France ne lie pas qualité des soins et prix supérieur directement payé par le patient, elle doit remplir deux conditions :

- Elle doit être prise en charge totalement par l'assurance maladie
- Elle doit être accessible à tous les médecins qui voudraient s'engager dans cette démarche

3.4.2.2 le « réseau référent »

Un tel réseau revient à organiser autour d'un médecin coordonnateur (traitant/référent...) un réseau de correspondants qui s'engagerait au titre de l'adhésion à ce réseau à ne pas pratiquer de dépassement : en contrepartie, le réseau pourrait bénéficier d'une contribution forfaitaire de l'assurance maladie au fonctionnement administratif du réseau (secrétariat, informatique...). Ce réseau devrait permettre une organisation conjointe de la prise en charge des patients avec l'hôpital. Cette organisation devrait garantir au patient un accès dans les meilleurs délais à des soins à tarifs opposables et au praticien des facilités d'exercice, en termes de clientèle et de fonctionnement. Le réseau serait soumis à certification régulièrement. Pour éviter une concurrence entre les réseaux qui pourrait déboucher sur une neutralisation du système, le fonctionnement devrait se faire dans le cadre d'une Agence Régionale de Santé, qui remplirait pleinement sa mission de répartition de l'offre sur le « territoire de santé »

3.4.2.3 Régulation des revenus/honoraires des professionnels de santé en fonction des besoins de santé et des réalités économiques.

➤ Modulation du taux de prise en charge des actes

Différentes idées ont été émises pour réguler les honoraires des praticiens en lien avec les besoins de santé publique telles que la modulation du taux de prise en charge des actes en fonction de la région et des réalités démographiques, économiques, besoin de santé de la population (âge moyen de la population par exemple...) et de l'état de l'offre (secteur 1 et secteur 2).

Les avantages résident dans la possibilité d'orienter les médecins vers les vrais besoins mais difficile à moduler dans le temps et entre les différentes générations de praticiens installés dans les différentes zones géographiques. De la même façon lier les dépassements, à la formation médicale postuniversitaire prolonge simplement le système actuel, comme les projets d'EPP de la HAS qui aujourd'hui se résument au mieux à de l'autoévaluation dont on connaît les limites.

➤ Multiplier les forfaits au titre de la rémunération des praticiens

Comme le prévoit la convention d'objectifs et de gestion pour la **période 2006-2009**, des formes différentes de rémunération peuvent être instaurées en introduisant des éléments de capitation ou de forfait pour certaines fonctions (prévention ou suivi), certains patients (ALD et maladies chroniques, femmes enceintes, personnes âgées et enfants). Pour les patients en ALD et maladies chroniques des dispositifs de type « disease management » pourraient être adaptés. Une certaine stabilité des revenus en serait la conséquence ; il n'est pas sûr néanmoins qu'on puisse en obtenir une limitation des dépassements sur ce qui subsisterait d'une rémunération à l'acte. Par ailleurs, le risque est grand d'un coût élevé pour

l'assurance maladie du fait des défauts inhérents aux forfaits et de la difficulté de les calculer de façon juste.

Pierre ABALLEA

Fabienne BARTOLI

Laurence ESLOUS

Isabelle YENI