



MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2010 –

**« LES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES :
LIBERTE, EGALITE, SOLIDARITE ? »**

– Groupe n° 7 –

- **BRIDANT Anne-Marie (D3S)**
- **CORROY Sandra (IASS)**
- **DURIEZ Guillaume (EDH)**
- **FAUQUEMBERGUE Rémi (D3S)**
- **GIRAUD-ROCHON François (DS)**
- **HAUTE Valérie (D3S)**
- **KULIS Laetitia (IASS)**
- **ORSATELLI Jean-Michel (EDH)**
- **TASSERY Magali (D3S)**

Animateur

GARDIN Guillaume

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| Introduction | 2 |
| 1 Les dépassements d'honoraires : un révélateur de la difficulté à réguler notre système de soins | 5 |
| 1.1 Une pratique née de la volonté de privilégier la liberté et la viabilité du financement | 5 |
| 1.1.1 La construction historique du secteur 2..... | 5 |
| 1.1.2 Un encadrement juridique souple de la pratique des dépassements d'honoraires..... | 7 |
| 1.2 L'évolution des dépassements d'honoraires : une pratique qui porte atteinte à l'égalité d'accès aux soins et à la qualité ? | 9 |
| 1.2.1 De la difficulté à mesurer le phénomène..... | 9 |
| 1.2.2 Les données officielles | 11 |
| 1.2.3 De la difficulté à objectiver le lien entre dépassements d'honoraires et inégalités d'accès aux soins..... | 13 |
| 1.2.4 L'absence de lien entre dépassements d'honoraires et qualité des soins..... | 15 |
| 2 Les mécanismes actuels insatisfaisants qui impliquent une approche globale. | 16 |
| 2.1 Une régulation partielle et insuffisante | 16 |
| 2.1.1 Les causes de l'absence de régulation planifiée | 16 |
| 2.1.2 La régulation actuelle : auto-régulation ou loi du marché ?..... | 19 |
| 2.2 Des solutions nécessairement globales..... | 21 |
| 2.2.1 Le secteur optionnel : un outil de régulation des dépassements d'honoraires ? | 21 |
| 2.2.2 Les autres solutions | 24 |
| Conclusion..... | 29 |
| Bibliographie..... | 31 |
| Liste des annexes | I |

R e m e r c i e m e n t s

Nous tenons à remercier Monsieur Guillaume GARDIN, animateur du Module Interprofessionnel au sein du groupe n° 7 pour son encadrement pédagogique, l'autonomie qu'il nous a accordée et la confiance qu'il nous a témoignée.

Nous remercions l'ensemble des personnes qui ont accepté de nous recevoir dans le cadre d'entretiens.

Liste des sigles utilisés

AMELI : Assurance Maladie En Ligne

ARS : Agence Régionale de Santé

CAPI : Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CISS : Collectif Inter-associatif Sur la Santé

CNAM(TS) : Caisse Nationale d'Assurance Maladie (des Travailleurs Salariés)

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSP : Code de la Santé Publique

CSS : Code de la Sécurité Sociale

DH : Dépassements d'Honoraires

DP : Dépassement Permanent

FHF : Fédération Hospitalière de France

FNMF : Fédération Nationale de la Mutualité Française

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

MEP : Médecins à Exercice Particulier

MIP : Module Inter Professionnel

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

UNOCAM : Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

Introduction

« *L'accès aux soins pour tous, quel que soit son niveau de revenu* » est, aux yeux des Français, la valeur cardinale de notre système de santé¹. Ce principe constitue un des fondements de la Sécurité Sociale et a été à l'origine de profondes réformes : la mise en place de la Couverture Maladie Universelle à partir de 2000 en est un exemple.

Or, ce principe de solidarité régissant l'accès au système de santé tend à être remis en cause. En effet, on constate depuis plusieurs années une croissance des dépenses de santé restant à la charge des patients. On assiste notamment au développement sans précédent des dépassements d'honoraires (DH). Ceux-ci, se définissant comme le montant payé par le patient au-delà du tarif de convention fixé par l'Assurance Maladie servant de base de remboursement, ont vu leur montant doubler au cours des quinze dernières années, représentant 2 milliards d'euros en 2007². Si certains contrats proposés par les complémentaires santé remboursent les dépassements d'honoraires, cette prise en charge n'est que partielle, très rares étant les contrats prévoyant un remboursement des frais réels. Une telle évolution des dépassements d'honoraires médicaux semble donc être un élément allant à l'encontre du principe d'égal accès aux soins. En faisant supporter aux patients une part croissante du financement des soins, cette tendance pourrait être facteur d'inégalité.

On peut donc se demander si l'évolution récente des dépassements d'honoraires par les praticiens de secteur 2 dans le cadre de l'hospitalisation publique et privée est légitime eu égard à l'enjeu de l'égalité d'accès aux soins.

Telle était la question initiale à laquelle nous voulions répondre au cours de notre enquête. Nous avons choisi de nous intéresser à l'hospitalisation parce que, bien que le montant global des dépassements y soit plus faible qu'en médecine ambulatoire (530 millions d'euros sur les 2 milliards d'euros de dépassements recensés en 2007), le montant par épisode de soins y est potentiellement plus lourd. Le choix de restreindre notre étude au secteur 2 s'explique quant à lui par le fait que c'est dans ce secteur qu'on peut véritablement parler d'un droit à dépassement.

¹ C'est ce que révèle un sondage TNS Sofres réalisé pour la FHF, publié le 11 mai 2010

² Rapport de l'IGAS 2007 sur les dépassements d'honoraire

La question de la légitimité des dépassements d'honoraires est le fruit d'une première réflexion au sein de notre groupe (cf. *ANNEXE 1 : Méthodologie*). Elle résulte d'un travail de recherche académique mené durant les premiers jours de notre étude, et de séances de *brainstorming* que nous nous sommes imposées. Cependant, cette réflexion a évolué au cours de notre investigation. Nous avons en effet rencontré de nombreux acteurs du monde de la santé (médecins, directeurs d'hôpital, directeurs de mutuelle, directeurs d'ARS...) qui nous ont apporté un point de vue plus professionnel, nourri des expériences de terrain.

Ces entretiens ont mis en évidence trois données essentielles. Premièrement, pour appréhender au mieux l'enjeu des dépassements d'honoraires, on ne peut se limiter à leur étude sous le prisme de l'hospitalisation sans aboutir à une analyse trop réductrice. Il convient alors de considérer ce phénomène également au sein de la médecine ambulatoire dite « de ville ». Deuxièmement, le lien de causalité entre les dépassements d'honoraires et les inégalités d'accès aux soins n'est pas aussi évident qu'il pourrait, *a priori*, sembler. Aux inégalités financières s'ajoutent souvent des différences sociologiques, territoriales et culturelles qui peuvent elles aussi être facteurs d'inégalités d'accès aux soins : dans ce cas le poids de chaque facteur est difficile à déterminer et à objectiver. Troisièmement, les dépassements d'honoraires ne sauraient être étudiés sans considérer le système dans lequel ils se développent. Ils sont révélateurs du fonctionnement du système de santé, et peuvent être les symptômes d'éventuelles défaillances de sa régulation.

Au vu de ces différents éléments, une analyse plus systémique du lien entre dépassements d'honoraires et inégalités nous a paru nécessaire. En effet, le système de santé français n'a pas pour seul fondement l'égalité d'accès aux soins. Il repose aussi largement sur le principe de liberté, qui se manifeste sous différentes formes : par exemple la liberté d'installation du médecin, le libre choix du praticien par son patient, ou encore la liberté dont jouissent les praticiens dans la fixation des honoraires médicaux. Ces différentes manifestations de la liberté sont toutefois de plus en plus encadrées afin d'être conciliées avec une considération dont l'importance va croissante : la soutenabilité financière du système de santé. En effet, le poids croissant des dépenses de santé dans le PIB (10% en 2010), et les déficits récurrents du régime d'assurance maladie (qui a atteint 10,5 milliards d'euros en 2009) tendent à mettre l'accent sur la nécessité de réguler plus efficacement le système.

La régulation aujourd'hui se complexifie d'autant plus que ses objectifs se diversifient et semblent difficilement conciliables. Récemment, l'exigence de qualité a ainsi été intégrée aux objectifs poursuivis par le système de soins, au travers notamment de la mise en avant de concepts comme

ceux d'évaluation des pratiques professionnelles, de formation médicale continue ou encore de référentiels de bonnes pratiques notamment prescriptives.

Il nous a donc paru intéressant de placer les dépassements d'honoraires, qui constituent un point d'achoppement entre les différents acteurs, au cœur de la quadrature du cercle définie par Bruno Palier : qualité, égalité, soutenabilité financière et liberté, qui sont les quatre objectifs de tout système de régulation de la santé.

En quoi la pratique des dépassements d'honoraires est-elle révélatrice d'un système de soins privilégiant la liberté et la viabilité du financement collectif, au détriment de l'égalité et sans garantie de qualité ?

Force est de constater que les dépassements d'honoraires sont un révélateur de la difficulté à réguler notre système de soins (I). Les mécanismes actuels ne sont pas satisfaisants et impliquent une approche nécessairement globale (II).

1 Les dépassements d'honoraires : un révélateur de la difficulté à réguler notre système de soins .

1.1 Une pratique née de la volonté de privilégier la liberté et la viabilité du financement

1.1.1 La construction historique du secteur 2

Le système de protection sociale mis en place par l'ordonnance du 19 octobre 1945 repose sur un triptyque original d'acteurs : l'Assurance-maladie est un financeur de soins prodigués au patient par un prestataire extérieur, le médecin.

Ce système de financement collectif a toutefois dû se concilier avec le caractère libéral de la médecine en France. La Charte Syndicale de la Médecine Libérale de novembre 1927, à laquelle les médecins restent très attachés, énonce cinq principes fondateurs :

- le libre choix du médecin par le patient
- le paiement de l'acte médical par le patient
- la libre entente du prix entre le médecin et le patient
- le respect absolu du secret médical
- la liberté totale de prescription.

Il y a donc dès l'origine une contradiction entre la liberté accordée aux praticiens et le financement par la solidarité nationale. En effet, celui-ci imposerait un contrôle extérieur des pratiques pour éviter une envolée non maîtrisée des dépenses médicales et assurer l'égalité d'accès aux soins. Il est intéressant de partir de cette contradiction originelle pour analyser la création et le développement des dépassements d'honoraires au travers de l'opposition entre :

- La liberté accordée aux praticiens
- La viabilité financière du système
- La volonté d'assurer l'égalité d'accès aux soins

Dans les années 60, la volonté de réguler le système semble l'emporter. Le décret du 12 mai 1960 fixe ainsi un plafond pour les tarifs médicaux tandis que la loi du 3 février 1971 pose le principe des

conventions médicales nationales³ et des négociations régulières entre les syndicats médicaux représentatifs et les caisses d'assurances maladie.

Toutefois, dès cette époque, la création du tarif opposable était interprétée diversement par les acteurs de la négociation. Pour l'Assurance maladie, le tarif opposable représentait un plafond alors que les médecins, et notamment les généralistes, le considéraient plutôt comme un seuil minimum leur assurant une garantie de revenus.

La création du secteur 2 peut être lue comme l'officialisation de l'interprétation médicale. L'arrêté du 5 juin 1980 qui porte approbation de la convention conclue le 29 mai 1980 instaure deux secteurs conventionnels :

- Le secteur 1 dans lequel les praticiens s'engagent à respecter les tarifs conventionnels.
- Le secteur 2 où les médecins fixent librement leurs honoraires, dans le respect de la notion traditionnelle du « tact et de la mesure ».

Il s'agit aussi à cette date, dans un contexte budgétaire rendu plus difficile par la crise économique, de répondre aux demandes de revalorisation des médecins sans mettre en danger l'équilibre des comptes de la Sécurité sociale.

Face aux risques de dérives qui sont apparus, l'Assurance-maladie a essayé de limiter le droit aux DH en restreignant l'accès au secteur 2 en 1990. Pour la première fois, la notion de qualité est intégrée dans la réflexion, au travers du diplôme demandé au praticien : à partir de 1990, seuls les anciens chefs de clinique des hôpitaux peuvent intégrer le secteur 2.

Dans l'ensemble, malgré les tentatives de régulation, le mouvement de balancier a donc privilégié la liberté des praticiens et l'équilibre du financement collectif. On peut d'ailleurs noter que la liberté des honoraires du secteur 2, loin d'être l'exception, représente plutôt la norme au cours du XX^{ème} siècle. C'est finalement la décennie 1970, avec les tarifs opposables obligatoires pour tous les médecins, qui constitue l'exception.

L'encadrement juridique de la pratique des dépassements d'honoraires (DH) témoigne de la même orientation, relativement peu contraignante vis-à-vis des praticiens.

³ Les conventions médicales nationales sont passées entre les caisses nationales (CNAMTS, CANAM, MSA) et les syndicats définis comme représentatifs des professions concernées. Elles sont renouvelées tous les 4 ans mais font l'objet d'avenants annuels.

1.1.2 Un encadrement juridique souple de la pratique des dépassements d'honoraires

Le droit aux dépassements d'honoraires est théoriquement encadré :

- sur le fond, par le respect du « tact et de la mesure »
- sur la forme, par le devoir d'information

Les praticiens sont tenus de fixer avec « tact et mesure » leurs honoraires et sont contrôlés dans cette appréciation par l'assurance maladie et par le juge.

Si le principe du respect du « tact et de mesure » est confirmé par différents textes réglementaires (art 53 du code de déontologie médicale, codifié à l'article R4127-53 du CSP), il n'existe pourtant pas de définition exacte de cette notion. Le juge doit donc apprécier *in concreto* les honoraires des praticiens en fonction de 5 critères prévus à l'article L 162-1-14 du CSS :

- la situation financière de l'assuré
 - la notoriété du praticien
 - la complexité de l'acte réalisé et le temps consacré
 - le service rendu au patient
- le pourcentage d'actes avec dépassement et le montant moyen de dépassement pratiqué pour une activité comparable par les professionnels de santé exerçant dans le même département.

La lecture de la jurisprudence permet de constater qu'un dépassement d'honoraires est jugé dénué de tact et de mesure quand il dépasse une limite fixée, selon les espèces, entre 2 et 6 fois le tarif opposable.

Si ce pouvoir de contrôle juridictionnel est réel, il s'exerce peu car le juge est rarement saisi, que ce soit par l'Assurance-maladie ou par le patient victime du dépassement. Nous analyserons plus loin les raisons de cette auto-censure.

A côté de ce contrôle juridictionnel, l'Assurance Maladie a le pouvoir d'exercer un contrôle administratif sur les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels. Ce pouvoir a même été renforcé récemment. Plus qu'un dépassement relatif à un acte individualisé, il s'agit dans ce cas de sanctionner des pratiques abusives répétées de la part d'un praticien. Il est difficile de connaître la réalité du contrôle exercé par l'Assurance-maladie. Un de ses représentants nous a assuré que des contrôles étaient régulièrement effectués mais que l'Assurance-maladie ne souhaitait pas communiquer sur ce sujet, afin d'éviter d'informer les fraudeurs. A l'inverse, un ex-directeur adjoint d'une URCAM considère que les dépassements d'honoraires ne sont pas vraiment une problématique pour l'Assurance-maladie. C'est aussi le sentiment partagé par le CISS (Collectif

interassociatif pour la santé), au travers de la participation de ses membres aux instances des CRAM (Caisses Régionale d'Assurance-maladie).

Le deuxième encadrement des dépassements d'honoraires concerne le devoir d'information. Sur ce point, l'arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé impose que celui-ci précise les conditions tarifaires de prise en charge des patients.

Cette exigence de transparence a été étendue par le décret du 10 février 2009 à l'ensemble des professionnels de santé qui doivent dorénavant procéder à l'affichage de leurs tarifs. De plus, les patients ont droit à une information, explicitée par le médecin, portant tant sur les coûts pratiqués que sur les conditions de remboursement par les régimes d'assurance maladie obligatoires.

Comment ce devoir d'information est-il concrètement mis en œuvre ?

A travers les entretiens réalisés, il apparaît que les professionnels de santé pratiquent l'affichage des tarifs et établissent également des devis. Le CISS insiste pourtant sur le fait que les médecins ne respectent pas l'esprit du devoir d'information. Ils se contentent de mettre en œuvre des obligations légales d'affichage et de devis qui ne répondent pas aux besoins des patients recherchant des données claires et compréhensibles. Finalement, le patient connaît des difficultés pour trouver cette information, la demander, la comprendre, l'intégrer... Face à ce problème, l'assurance maladie a mis en ligne les tarifs de la médecine libérale sur AMELI, bien que les médecins aient exprimé leur opposition vis-à-vis de cette initiative.

Les complémentaires santé, quant à elles, soulignent leurs difficultés à apporter à leurs adhérents des éléments sur les DH. Certes, un service téléphonique « priorité santé mutualiste » a récemment été créé. Il aide à l'orientation sur certaines pathologies, il donne une liste d'établissements qui respectent les critères de qualité et apporte une information sur les structures. Cependant, il n'offre pas une lisibilité sur les DH, les complémentaires santé n'ayant pas le droit de communiquer ce type d'information.

La priorité accordée à la liberté des praticiens a donc abouti à un encadrement très souple de la pratique des dépassements d'honoraires, tant sur la forme que sur le fond. Cela ne fait pas pour autant automatiquement des dépassements d'honoraires une cause majeure d'inégalité d'accès aux soins. C'est seulement en l'absence de praticiens en secteur 1 qu'on peut caractériser un lien entre DH et creusement des inégalités d'accès aux soins.

Il nous faut donc évaluer la réalité des dépassements d'honoraires et leur évolution. C'est ce que nous avons essayé de faire au travers des rapports parus sur le sujet et des entretiens que nous avons réalisés.

1.2 L'évolution des dépassements d'honoraires : une pratique qui porte atteinte à l'égalité d'accès aux soins et à la qualité ?

Le sujet des dépassements d'honoraires est sensible et polémique. Favorable ou hostile aux dépassements d'honoraires, chaque acteur a une opinion bien précise, généralement assez tranchée, parfois contradictoire entre le point de vue institutionnel et les convictions personnelles. Il est donc important d'abord de chercher à mesurer le phénomène avant d'examiner le lien entre cette pratique et l'égalité d'accès aux soins.

1.2.1 De la difficulté à mesurer le phénomène

Dans l'ensemble, nos interlocuteurs ont exprimé des difficultés à objectiver les dépassements d'honoraires. Si le montant global (2 milliards d'euros) est connu de tous, en référence aux travaux de l'IGAS⁴ de 2007, en revanche, la part relative à l'hospitalisation publique et privée reste méconnue pour nombre d'entre eux. La connaissance du phénomène varie évidemment selon les acteurs, en fonction des données dont il dispose mais aussi de l'intérêt qu'il porte au sujet.

Pour un représentant de la Mutualité Française, *"les mutuelles n'ont aucune lisibilité sur ces pratiques"*. Seule la part des contrats mutualistes prenant en charge les dépassements d'honoraires est connue. Ainsi, d'après notre interlocuteur au sein d'une mutuelle d'assurance, on peut considérer que seuls 30 % des sociétaires ont souscrit un contrat incluant la prise en charge au moins partielle des DH.

Les associations d'usagers, qui portent un intérêt marqué à la question des DH, sont dans la même position que les mutuelles. Pour les représentants des patients, il est *"très difficile d'obtenir des informations sur le sujet"*⁵. Les rares données proviennent des usagers qui siègent au sein des commissions d'action sanitaire et sociale des CPAM⁶.

⁴ ABALLEA P., BARTOLI P., ESCLOUS L., YENI I., *"Les dépassements d'honoraires médicaux"*

⁵ Lors de sa journée nationale d'action contre les dépassements d'honoraires en 2008, le CISS a cherché, par l'intermédiaire de ses représentants dans les CRAM, à obtenir des informations sur les pratiques territoriales. Sauf exceptions, les informations fournies par les CRAM ont été, dans le meilleur des cas, limitées et partielles.

⁶ Ces commissions peuvent être saisies par les patients qui ne sont pas en mesure de régler leurs dépenses de santé, notamment parce qu'ils subissent des dépassements d'honoraires.

Les représentants de la CNAM et de l'ARS que nous avons interrogés et qui disposent pourtant des données sur la question ne semblent pas prêter une attention majeure à aux DH. Ils ne parviennent pas en effet à estimer l'importance de cette pratique en hospitalisation. Les seules données communiquées précisent que les dépassements d'honoraires concernent particulièrement certains territoires (Ile de France, PACA, Rhône-Alpes), certaines spécialités (chirurgie, anesthésie, ORL) et qu'environ 1 à 2 % des praticiens pratiquent abusivement les DH.

Les personnels de direction des établissements d'hospitalisation possèdent quant à eux des données chiffrées qui leur permettent d'objectiver assez précisément les dépassements d'honoraires pratiqués. Ainsi, pour le directeur d'une clinique privée à but lucratif, les DH représentent moins de 4 % du chiffre d'affaire total des praticiens, avec des disparités au sein d'une même spécialité. Dans un CH public qui reçoit une clientèle majoritairement aisée, 12 % des médecins ont une activité libérale, avec une consultation qui peut aller jusqu'à 80 €. Mais son directeur estime que la demande pour le secteur privé est somme toute assez faible. Enfin, dans le CHU que nous avons visité, sur 600 praticiens hospitaliers, 35 exercent une activité libérale, dont seulement 13 pratiquent des DH (parmi eux : 8 chirurgiens, 2 anesthésistes). Et là encore, avec des dépassements variables d'un praticien à un autre.

Sur 7 praticiens interrogés lors de notre enquête, 5 ne pratiquent pas les DH (secteur 1) ou très peu (1 % des revenus). Un anesthésiste ne répond pas directement à notre question en estimant que 80 % de la profession exerce en secteur 2, et 1 seul annonce majorer ses revenus d'environ 15 % grâce aux DH qu'il pratique. Mais pour tous, il est très difficile d'estimer ce que les DH peuvent représenter pour l'ensemble des praticiens.

Nous avons donc pu constater au cours de notre enquête que les différents acteurs, pourtant concernés par les dépassements d'honoraires, n'apportent pas dans l'ensemble des réponses précises. Comment interpréter ce constat ?

- Soit les acteurs ignorent vraiment l'ampleur du phénomène, parce qu'ils considèrent que ce sujet n'est pas majeur ou qu'il ne relève pas de leur compétence.
- Soit nos interlocuteurs n'ont pas souhaité nous livrer plus de détails, en raison du caractère polémique de la question.

De récents travaux⁷ ont cependant apporté un éclairage fiable sur le sujet. L'intérêt principal de ces rapports portent sur l'évolution de la pratique des DH : ils montrent en effet que les dépassements dans le secteur à honoraires libres ont doublé en moins de quinze ans. Néanmoins, les informations demeurent difficilement exploitables au niveau des territoires car les données concernent essentiellement les DH dans leur globalité et peu en hospitalisation.

1.2.2 Les données officielles

En 2006, les médecins ont perçu 19,3 milliards d'euros d'honoraires au titre de leur activité libérale (7,6 milliards pour les omnipraticiens et 11,7 milliards pour les spécialistes).

Les dépassements représentent 3,1 % de la masse des honoraires des généralistes. Pour rappel, 8,1 % d'entre eux exercent dans le secteur conventionnel qui autorise les dépassements (secteur 2 et 1 DP). Pour les autres spécialistes, qui sont dans 39 % des cas autorisés à dépasser, les dépassements constituent 15 % de leurs honoraires totaux.

Un médecin dit « actif à part entière » a perçu en moyenne 175 000 € d'honoraires en 2006, dont 10 % de dépassements (18 200 €). Les généralistes stricto sensu ont perçu en moyenne 127 700 € d'honoraires, dont 3 500 € de dépassements (3 %), les omnipraticiens à exercice particulier (MEP) 122 700 € d'honoraires, dont 19 700 € de dépassements (16%), et les autres spécialistes 234 800 € dont 34 400 € de dépassements (15 %).

Les dépassements moyens ont augmenté de 3,4 % par an entre 2004 et 2006, pour l'ensemble des médecins. L'évolution est cependant très contrastée puisqu'elle se décompose en une forte baisse des dépassements moyens des omnipraticiens (- 4,6 % en moyenne par an), mais une notable hausse des dépassements des spécialistes (+ 5,2 % en moyenne par an), ce rythme étant cependant ralenti par rapport à celui observé sur les années 2000-2004 (+ 11,5 % par an).

Ces évolutions et ces taux présentent des disparités importantes entre les spécialités et les régions, comme au sein d'une même spécialité.

En 2004, en Ile-de-France, le taux moyen de dépassement des praticiens en secteur 2 est de 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.

⁷

ibid.

CNAM - Décembre 2008. *Point de repères*, n° 23, 12 p.

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE (HCAAM). *"Rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie 2009"*

Au sein d'une même spécialité, les disparités sont également très élevées : 90 % des ophtalmologues pratiquent des taux de dépassement de plus de 27 % alors que 10 % ont un taux de dépassement supérieur à 119 % ; pour la moitié des chirurgiens de secteur 2, le taux de dépassement est au plus de 49 %, mais 10 % d'entre eux ont un taux supérieur à 229 %.

Au total, les dépassements d'honoraires des médecins autorisés à dépasser représentent en moyenne près du tiers du total des honoraires perçus.

Le montant total des dépassements d'honoraires facturés en établissements de santé privés et publics en 2005 est estimé à 530 millions d'euros sur une masse totale de 3 milliards d'euros d'honoraires.

Toutes disciplines médicales confondues, le taux de dépassement des praticiens libéraux intervenant dans les établissements privés est de 19 %. En secteur 2, il est de 42 %. L'Ile-de-France et la région Rhône-Alpes concentrent plus de la moitié des dépassements d'honoraires dont les montants les plus élevés sont le fait des anesthésistes et des chirurgiens.

En ce qui concerne les praticiens hospitaliers publics, 12 % d'entre eux ont une activité libérale et un peu plus d'un tiers de ceux-ci l'exerce en secteur 2. Les taux de dépassement les plus élevés sont concentrés dans les mêmes régions et disciplines que pour les établissements privés mais ils sont en moyenne deux fois plus élevés que dans les établissements privés.

A la lecture de ces chiffres, on peut tirer les conclusions suivantes :

- Les dépassements d'honoraires sont en augmentation constante sur les quinze dernières années, en volume mais aussi en proportion du revenu total des médecins.
- La pratique des DH est difficile à analyser en raison de sa grande disparité : en fonction des régions et des spécialités.
- Les DH s'avèrent inéquitables pour les médecins et contribuent à un sentiment d'injustice des praticiens. Ils introduisent des différences de rémunération qui ne sont pas toujours justifiées par des différences de diplômes et de formation initiale, ou par une participation active des médecins à des objectifs d'amélioration de leur pratique ou de santé publique. Ces différences de rémunération peuvent être seulement liées à des dates différentes d'installation. C'est d'autant moins supportable pour les spécialités pour lesquelles les écarts de revenus entre les secteurs conventionnels se sont le plus creusés.

Une fois mieux cernée la réalité et l'évolution des dépassements d'honoraires, il est nécessaire d'examiner le lien éventuel entre cette pratique et le creusement des inégalités d'accès aux soins.

1.2.3 De la difficulté à objectiver le lien entre dépassements d'honoraires et inégalités d'accès aux soins

Cette question du lien est polémique, la réponse nous a plus souvent semblé dépendre de la position de notre interlocuteur sur la légitimité des DH que d'une analyse objective de la situation sur son territoire. Ainsi, les associations d'usagers considèrent les dépassements d'honoraires comme un facteur important de renonciation aux soins, sans pouvoir véritablement objectiver l'ampleur du problème, et tout en reconnaissant que des alternatives en secteur 1 existent souvent à côté. A l'inverse, les praticiens rejettent l'idée que les DH puissent freiner l'accès aux soins, sans véritablement étayer cette position de principe.

S'il est difficile de répondre à cette question, c'est parce qu'elle recoupe plusieurs dimensions.

Premièrement, l'aspect financier n'est qu'une explication partielle de l'inégalité d'accès aux soins, les barrières culturelles en sont une autre, comme illustré plus haut au travers de la problématique de l'information des patients. Cette complexité explique pourquoi le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie considère qu'il est difficile d'affirmer que les dépassements d'honoraires aboutissent à un renoncement aux soins. Dans la décision du patient interviennent de nombreux facteurs psychologiques, sociaux et culturels. Mais le Haut Conseil aboutit cependant au constat que l'accès à des soins aux tarifs opposables n'est pas assuré de manière équilibrée sur le territoire.

Cette inégalité géographique est une deuxième explication à la difficulté de répondre à la question du lien DH/inégalité d'accès aux soins. La réponse ne peut être nationale, elle ne peut être que territoriale. Ainsi, l'Ile de France a une proportion de spécialistes de secteur 1 se situant, en fonction des spécialités, entre 28 % et 62 % alors que pour la Bretagne, ces chiffres s'élèvent entre 83 et 96 %.⁸ Ces inégalités territoriales en ce qui concerne les dépassements d'honoraires ont nécessairement des effets négatifs sur l'accessibilité des soins. Ces données viennent en corrélation avec les avis des acteurs interrogés sur la relation de cause à effet entre DH et inégalités d'accès aux soins. Cette relation n'est pas vérifiable dans toutes les régions. En Bretagne, les mutuelles comme les établissements de santé considèrent que les dépassements d'honoraires sont limités et que le patient, à condition d'être informé, a toujours une alternative à tarif opposable.

Pour conclure sur cette question, il faut souligner les éléments suivants :

- Les professionnels interrogés ont mis l'accent sur les interactions complexes entre DH et les autres facteurs d'inégalités. La CNAM insiste ainsi sur les tensions liées à la rareté des professionnels sur certains territoires. Une mutuelle d'assurances souligne plutôt le problème de la permanence de

⁸ BOCOgnano A, décembre 2009, "*Droit à dépassement et impact sur les inégalités d'accès aux soins*"

soins non assurée. L'absence de barrières tarifaires ne garantit donc pas l'égalité des soins en fonction des besoins, en quantité et en qualité. La connaissance des maladies et des filières est aussi un facteur déterminant⁹. Ainsi, même dans les régions bien dotées en spécialistes du secteur 1, l'orientation du patient vers un praticien du secteur 2 peut le contraindre à supporter des dépassements d'honoraires. Il est en effet difficile de sortir de la filière organisée par son médecin traitant.

- Les dépassements d'honoraires s'ajoutent aux autres éléments du reste à charge : forfait journalier (pour les 8% de Français qui ne sont pas couverts par une mutuelle), déremboursement de certains médicaments, prestations hôtelières à l'hôpital...

- Plus que la situation actuelle, c'est l'évolution qui se dessine qui préoccupe les acteurs les plus directement concernés par les DH (complémentaires santé et usagers). Parmi les praticiens qui s'installent, la part du secteur 2 est en augmentation, le montant des dépassements s'accroît, le secteur optionnel, que nous analyserons plus loin entérine potentiellement la généralisation des DH dans certaines spécialités...

- La question des DH demeure avant tout une question de principe pour les acteurs du système de santé. Même si dans certaines régions, comme la Bretagne, les dépassements d'honoraires ne sont pas directement à l'origine d'inégalité de santé, associations d'usagers et mutuelles y sont opposées. Pour eux, cette pratique est en contradiction avec le caractère collectif du financement, elle rend illisible les tarifs et prend l'usager en otage. Le CISS pointe ainsi que « *les DH brouillent la compréhension du système de santé pour le malade* ». Ces derniers ne comprennent plus la signification du tarif opposable, ce qu'est le secteur 1 par rapport au secteur 2... Un praticien hospitalier qualifie les DH de « *véritable usine à gaz illisible* ». Une mutuelle donne, à titre d'exemple de forte opacité, les DH en hospitalisation publique. En effet, le patient ne comprend pas la légitimité de cette pratique dans les structures en charge d'une mission de service public.

S'il est un point sur lequel nos interlocuteurs s'accordent majoritairement, c'est que les DH ne favorisent pas véritablement la qualité des soins.

⁹ LECLERC A., KAMINSKI M., LANG T., 2008, "*Inégaux face à la santé*"

1.2.4 L'absence de lien entre dépassements d'honoraires et qualité des soins

Si, comme nous l'avons vu, les dépassements d'honoraires sont inévitables pour les médecins, ils ne sont pas non plus le garant d'une plus grande qualité des actes médicaux. Il existe des exceptions dans lesquels les DH sont jugés légitimes par les acteurs parce qu'ils favorisent la qualité. Pour les praticiens hospitaliers, c'est le cas lors de l'utilisation de techniques coûteuses. Certaines mutuelles ont une position équivalente en parlant de techniques innovantes et d'utilisation de matériels médicaux onéreux. Dans ces hypothèses cependant, la revalorisation du tarif opposable pour l'accorder à l'évolution des techniques est une solution largement préférable à celle des DH, peu ou pas encadrée

En dehors de ce cas, les médecins justifient les DH essentiellement par le temps consacré au patient dans le soin et l'écoute. Si l'on peut considérer qu'un temps plus long permet une qualité plus importante, on ne peut pas l'ériger en généralité. Surtout, rien ne vient garantir qu'un praticien qui pratique des DH accorde véritablement plus de temps à son patient que le médecin qui respecte le tarif opposable. Un centre hospitalier de Bretagne met en avant que le lien qualité/DH est difficile à objectiver. Le CISS, quant à lui, affirme : « *payer plus n'est pas un gage de qualité.* ». Au plan national, il n'existe aucune étude qui permette d'établir une concordance entre DH et qualité, ceci même pour les médecins spécialistes. En tout état de cause, l'ARS de Bourgogne souligne qu'à partir d'un certain niveau de dépassements d'honoraires, la légitimation du coût par la qualité disparaît complètement.

C'est en réaction à cette absence de lien entre DH et qualité que les financeurs tentent de plus en plus d'intégrer la donnée qualité dans le paiement des soins. L'idée, que nous analyserons plus loin, est la suivante : solvabiliser les dépassements d'honoraires mais en contrepartie d'engagements mesurables en termes de qualité.

Au terme de cette première partie, nous avons donc vu que même s'il est difficile d'objectiver directement le lien entre dépassements d'honoraires et inégalités d'accès aux soins, cette pratique doit être régulée pour les raisons suivantes :

- dans certaines régions, l'accès à des spécialistes pratiquant des tarifs opposables est devenu problématique
- le problème est appelé à s'aggraver si l'évolution actuelle se poursuit : hausse de la part des DH dans les honoraires perçus, augmentation de la proportion de praticiens de secteur 2...
- la pratique met à mal la cohésion de notre système de santé : inégalité entre médecins, privatisation du financement de la santé.

Il faut donc examiner les échecs de la régulation actuelle et les solutions envisageables.

2 Les mécanismes actuels insatisfaisants qui impliquent une approche globale.

Même si le lien entre dépassements d'honoraires et inégalités d'accès aux soins est souvent difficile à objectiver, tous les acteurs rencontrés ont un point de vue sur cette pratique qui cristallise des oppositions fortes :

- entre médecine libérale et médecine salariée ;
- sur la part du financement de la santé qui doit reposer sur la solidarité nationale.

Ces oppositions ont abouti à la situation actuelle et empêché une régulation satisfaisante du phénomène. Les solutions mises en œuvre devront donc nécessairement être globales et prendre en compte la configuration actuelle du système de soins et les logiques parfois divergentes de ses acteurs.

2.1 Une régulation partielle et insuffisante

L'absence de régulation centralisée des dépassements d'honoraires, qui a favorisé la forte croissance de cette pratique dans certains territoires doit être reliée à la configuration du système de santé et de ses acteurs. Il est donc important de s'attarder sur les logiques politiques et corporatistes qui ont freiné la régulation.

En dépit de l'absence de régulation planifiée, les dépassements d'honoraires sont quand même demeurés encadrés dans certaines limites. Quels types de régulations informelles et multiformes ont pu jouer ce rôle d'encadrement ? Peut-on considérer cette régulation comme satisfaisante ?

2.1.1 Les causes de l'absence de régulation planifiée

Deux causes principales sont mises en avant par les interlocuteurs que nous avons rencontrés : l'importance relativement faible accordée à la question par les patients (et donc par les décideurs politiques) et les logiques des acteurs du système de santé.

Si les acteurs en charge de réguler le système de santé ont laissé se développer les dépassements d'honoraires, c'est d'abord parce que les patients ne se sont pas saisis de la question. Ils acceptent cette pratique, qui ne leur semble pas condamnable, du moment que les dépassements sont pris en charge par les complémentaires santé. Comme le souligne le CISS, quand des patients confrontés à

des dépassements d'honoraires les contactent à ce sujet, c'est surtout pour se plaindre de leurs mutuelles qui ne prend pas en charge le dépassement, très rarement pour critiquer le praticien¹⁰. Les patients-clients tendent donc à rejeter la responsabilité d'un reste à charge sur l'assurance maladie et leurs mutuelles. On peut se demander pourquoi les dépassements d'honoraires sont relativement bien acceptés par les patients même lorsqu'ils ne sont pas remboursés par leurs complémentaires santé (les médecins rencontrés nous ont confirmé que rares sont les patients qui tentent de négocier le dépassement) ?

- La relation médecin-patient est une relation particulière, fondée sur la confiance, malgré le développement du consumérisme. Remettre en cause cette relation à cause de pratiques tarifaires reste un phénomène rare et assez culpabilisant pour le patient.

- L'opacité du système de santé est devenue telle - c'est un point souligné par tous nos interlocuteurs, qu'ils soient médecins, financeurs ou patients - qu'il est difficile pour les patients d'identifier le dépassement d'honoraires proprement dit au sein du reste à charge.

- Enfin, pour certains patients aisés, le dépassement d'honoraires est un symbole de qualité puisqu'il est censé se traduire par un temps plus important accordé à chaque patient et qu'il témoigne aussi de la renommée du praticien et de son attractivité. C'est en tout cas la vision de l'équipe de direction d'un centre hospitalier d'une ville aisée de la région parisienne.

La deuxième raison qui peut expliquer l'absence de régulation véritable de cette pratique peut être recherchée dans la configuration des acteurs, leurs rôles et leurs pouvoirs respectifs.

Certains acteurs qui auraient la possibilité d'encadrer les dépassements d'honoraires ne le font pas parce qu'ils n'y ont pas intérêt ou qu'ils considèrent que ce n'est pas leur mission.

C'est avant tout le cas de l'Assurance-maladie. C'est sans conteste l'acteur le mieux placé pour réguler les dépassements d'honoraires, en raison à la fois de sa position centrale et des informations qu'elle reçoit et qui lui permettraient d'exercer son pouvoir de contrôle. Toutefois, à de rares exceptions près et sauf pour les abus caractérisés, l'Assurance-maladie n'exerce pas ce pouvoir de contrôle, pour deux raisons principales : d'abord et avant tout parce qu'elle n'y a pas intérêt. La lutte contre les dépassements d'honoraires passe en effet nécessairement par la revalorisation des tarifs opposables (sinon, il est utopique d'espérer l'adhésion des médecins), ce que ne souhaite pas

¹⁰ Le CISS accorde quant à lui une grande importance à la question des dépassements d'honoraires (au point d'en avoir fait le thème de sa 1^{ère} journée nationale d'action en 2008) mais c'est parce que les associations membres de ce collectif regroupent essentiellement des patients atteints de maladies chroniques, sensibilisés aux dépassements d'honoraires qu'ils subissent très régulièrement.

l'Assurance-maladie pour des raisons de soutenabilité financière mais aussi de complexité de la négociation avec les syndicats médicaux. En conséquence, et comme l'admet un expert auprès de la CNAM(TS), l'Assurance-maladie abandonne aux organismes complémentaires ce rôle de régulateur. L'autre explication à ce silence de l'Assurance-maladie, peut-être plus intéressante sociologiquement, c'est le manque de légitimité pour effectuer ce contrôle. C'est un ancien directeur adjoint au sein d'une URCAM qui a soulevé ce point : comment effectuer un véritable contrôle qualitatif et pas uniquement administratif ? Quelle légitimité pour décider que le « tact et la mesure » ont été dépassés ?

A défaut de l'Assurance-maladie, la profession médicale pourrait jouer un rôle dans l'encadrement de cette pratique, qui est à l'origine d'inégalités fortes entre médecins pas toujours justifiées¹¹. Malgré cela, les syndicats de médecins continuent à défendre le droit de pratiquer des dépassements d'honoraires parce qu'ils savent que cela représente un espace de liberté auquel les praticiens sont très attachés¹². Il est d'ailleurs intéressant de noter que la question de la revalorisation de la consultation pour les spécialistes est un sujet bien moins polémique que celle des médecins généralistes, compte tenu de la latitude offerte par les dépassements. Les syndicats de médecins sont conscients qu'une revalorisation importante des tarifs opposable poserait rapidement la question de la légitimité du maintien du secteur 2.

Les Agences régionales de santé en cours de mise en place sont le dernier acteur potentiel de la régulation vers lequel les financeurs (Assurance-maladie et mutuelles) nous ont orientés. Il semble toutefois, d'après notre entretien avec un directeur adjoint d'ARS, que cet acteur ne soit pas prêt à intégrer l'accessibilité financière des soins dans son champ d'action. En effet, les ARS considèrent que leur mission de régulation de la médecine libérale se limite, au moins pour l'instant, à l'accessibilité territoriale.

Si certains acteurs évitent de se pencher sur la question des dépassements d'honoraires par manque d'intérêt, d'autres ne le font pas par manque de moyens. C'est évidemment le cas pour les associations d'usagers qui ne sont pas associées aux négociations tripartites des conventions médicales et qui parviennent difficilement à sensibiliser l'Assurance-maladie à cette question.

¹¹ Les médecins eux-mêmes sont conscients de l'absence de justification des écarts de rémunération. Ainsi, un médecin anesthésiste de secteur 1 a relevé que la spécificité de certaines spécialités en termes de permanence des soins, de stress ou de risque ne suffit pas à légitimer une échelle des revenus qui va de 1 à 4.

¹² C'est d'ailleurs le même médecin anesthésiste de secteur 1 qui, bien qu'il trouve choquante la disparité des revenus, justifie le maintien du secteur 2 parce qu'il représente « un espace de liberté ».

Les organismes complémentaires sont eux aussi concernés en premier lieu par les dépassements d'honoraires puisqu'ils sont amenés à les prendre en charge. Pour l'instant, faute d'informations sur les actes réellement pratiqués par les médecins, leur rôle se limite à celui de « payeur aveugle » (c'est l'expression employée par la plupart de nos interlocuteurs au sein des mutuelles). Comme nous le verrons, les complémentaires santé sont en pointe dans les tentatives de régulation qui sont en cours d'élaboration mais leur volonté se heurte pour l'instant à la difficulté d'identifier les interlocuteurs avec lesquels négocier : doit-il s'agir des établissements ? des praticiens ?

Alors même qu'aucun acteur ne semble prêt à prendre à bras-le-corps la problématique des dépassements d'honoraires et de leur envolée au cours des dernières années, la pratique n'est pas encore à l'origine d'inégalités majeures en termes d'accès aux soins : les dépassements restent cantonnés à certaines régions, à certaines spécialités et, même dans ces hypothèses, il reste souvent possible de trouver des spécialistes en secteur 1, au moins en ce qui concerne l'hospitalisation. Quels sont donc les mécanismes de régulation à l'œuvre ? Peut-on les considérer comme satisfaisants ?

2.1.2 La régulation actuelle : auto-régulation ou loi du marché ?

Il est intéressant pour commencer de souligner que si la plupart des acteurs (à l'exception des associations d'usagers) s'accordent à reconnaître que les dépassements d'honoraires ne constituent pas encore un facteur majeur d'inégalité d'accès aux soins, les interprétations divergent en ce qui concerne les fondements de la régulation actuelle.

Ainsi, pour les médecins, c'est essentiellement leur auto-régulation qui empêche les dépassements d'honoraires de mettre à mal l'égalité d'accès aux soins. Plusieurs médecins considèrent que cette régulation par la profession a lieu à la fois au niveau individuel (modulation des dépassements d'honoraires en fonction de la complexité de l'acte et de la situation individuelle des patients) et au niveau collectif, par l'intermédiaire du Conseil de l'ordre. Les médecins rencontrés estiment d'ailleurs que le renforcement de cette auto-régulation peut suffire à prévenir la plupart des risques engendrés par le développement des dépassements d'honoraires, compte tenu de la rareté des abus¹³. C'est ainsi qu'un PUPH stomatologue suggère de confier la régulation des pratiques de

¹³ Les médecins rencontrés relient en effet rarement spontanément dépassement d'honoraires et accessibilité des soins. Pour eux, si les abus individuels et manifestes de certains praticiens sont supprimés, alors la pratique des dépassements d'honoraires ne pose pas de problèmes en tant que telle. Ils posent donc clairement la question en termes éthiques (supprimer les pratiques choquantes) plutôt que de santé publique (le reste à charge lié aux dépassements d'honoraires risque-t-il d'entraîner un défaut de soins ?)

dépassements d'honoraires à un Conseil des sages composés de médecins d'horizons divers (hospitaliers et libéraux)

Toutefois, quand on interroge les médecins sur les raisons les incitant à modérer leurs propres dépassements d'honoraires, les explications ne pointent pas uniquement vers la déontologie et l'auto-régulation mais aussi vers des logiques de marché : absence de dépassements d'honoraires compte tenu de la situation socio-économique de la population sur le territoire, alignement des tarifs sur ceux des autres médecins...

Ces logiques de marché (modulation des dépassements d'honoraires et de la taille du secteur 2 en fonction de l'offre et de la demande de soins) ont été mises en avant par la plupart des interlocuteurs rencontrés. Cela permet de comprendre la variation des dépassements d'honoraires en fonction des territoires. Les dépassements d'honoraires tendent à être maîtrisés dans les régions où :

- les patients n'ont pas les moyens de supporter les dépassements d'honoraires (demande non solvable, du moins dans l'esprit des médecins) ;
- quand les soins prodigués à tarif opposable constituent une réelle alternative : hôpital public, cliniques à but non lucratif, établissements tenus par les complémentaires santé (concurrence qui oblige à la modération).

Il faut noter que si les logiques de marché contiennent les dépassements d'honoraires, cette pratique encourage aussi les logiques concurrentielles. Ainsi, si les dépassements d'honoraires existent dans le secteur libéral à l'hôpital public, c'est parce que les directeurs d'établissements ont la conviction qu'en interdisant cette pratique, ils risqueraient de voir partir leurs meilleurs praticiens dans le secteur privé. Les dépassements d'honoraires favorisent aussi la concurrence entre complémentaires santé car leur prise en charge constitue un point fort de différenciation. Même les mutuelles qui y étaient fortement réticentes pour des questions de principe (comme les mutuelles de fonctionnaires) ont dû se résoudre à rembourser en partie les dépassements pour rester attractives vis-à-vis de leurs adhérents.

La régulation actuelle, essentiellement fondée sur une logique d'offre et de demande, peut-elle être considérée comme satisfaisante ? Après tout, avec le développement du consumérisme médical, on pourrait considérer le dépassement d'honoraires comme un marqueur de qualité (c'est d'ailleurs ce que font déjà certains patients aisés). Si le dépassement d'honoraires n'a pas de contrepartie en matière de qualité, alors c'est au patient de sanctionner cette pratique abusive en se détournant du praticien.

En réalité, une telle régulation par le marché n'est ni praticable ni souhaitable, pour des raisons à la fois théoriques et éthiques.

D'abord, comme nous l'a rappelé un économiste aujourd'hui directeur adjoint d'une ARS, dans le domaine de la santé, du fait de l'asymétrie d'information entre offreur et demandeur, le prix ne peut pas jouer son rôle de signal de qualité. C'est d'autant plus vrai, souligne-t-il, quand le prix est découvert au dernier moment, après la réalisation de la prestation. La santé n'est pas un marché sur lequel il est facile d'objectiver la prestation fournie, c'est un marché qui repose essentiellement sur le jugement et la bouche à oreille. Il ne peut donc être régulé par le prix mais doit l'être par des règles.

Non seulement le prix ne peut pas jouer son rôle de régulation en matière de dépassement d'honoraires mais il n'est pas souhaitable qu'il le fasse. En effet, le système de santé poursuit aussi des objectifs en matière d'égalité d'accès aux soins, qui sont clairement en contradiction avec la logique du marché.

Etant donné que la régulation actuelle des dépassements d'honoraires ne peut pas être considérée comme satisfaisante, il est important d'imaginer des solutions. Celles-ci devront nécessairement être globales et être évalués au regard de leur capacité à concilier les objectifs principaux du système de soins : égalité, viabilité financière, qualité et liberté.

2.2 Des solutions nécessairement globales

2.2.1 Le secteur optionnel : un outil de régulation des dépassements d'honoraires ?

L'explosion des dépassements d'honoraires de ces dernières années a amené les pouvoirs publics à envisager de créer le secteur optionnel afin de les réguler. L'idée est de maintenir une certaine liberté de rémunération des médecins - puisque les DH restent autorisés- tout en encadrant cette pratique pour limiter les risques d'inégalité d'accès aux soins.

Le dispositif envisagé dans le protocole d'accord du 15 octobre 2009 entre l'assurance maladie, l'UNOCAM et les syndicats de médecins est le suivant : les médecins qui adhéreront au secteur optionnel s'engagent à pratiquer 30 % de leurs actes au tarif opposable et pour les 70% restants, les dépassements ne doivent pas être supérieurs à 50 % du tarif opposable. Au moins dans un premier temps, seules trois spécialités, dites de plateau technique lourd sont concernées : la chirurgie, l'anesthésie et la gynécologie-obstétrique. Ces spécialités ont été choisies parce que les

dépassements d'honoraires en secteur 2 y sont si fréquents qu'ils font peser un risque important sur l'égalité d'accès aux soins.

Dans ces spécialités, le secteur optionnel est ouvert aux praticiens ayant une activité technique prépondérante et répondant aux critères d'anciens chefs de clinique assistants en secteur 1 ou disposant d'un droit à dépassement permanent ainsi qu'aux spécialistes du secteur 2. Le passage au secteur optionnel se fait sur un mode de volontariat, par contractualisation entre l'assurance maladie et le médecin pour une durée de trois ans avec la possibilité d'y mettre fin avec la réintégration du médecin dans son secteur d'origine.

Enfin, le praticien devra s'engager dans une démarche d'accréditation, respecter les obligations de formation continue et réaliser un volume d'actes suffisant pour "*assurer un niveau raisonnable de sécurité des soins*".

En contrepartie de l'encadrement des dépassements d'honoraires, les praticiens bénéficieront de la prise en charge, par l'assurance maladie, d'une partie de leurs cotisations sociales. Le secteur optionnel ne pourra être effectif que sous certaines conditions et notamment l'implication d'un certain nombre de médecins du secteur 2.

Que penser de ce dispositif ?

L'idée est séduisante au premier abord et semble en cohérence avec les objectifs principaux de notre système de soins :

- améliorer l'égalité d'accès aux soins en encadrant les dépassements d'honoraires. La prise en charge par les complémentaires santé serait aussi facilitée puisque le risque à assurer serait maîtrisé (pas plus de 50% du tarif opposable).
- garantir la viabilité financière de l'Assurance-maladie puisque la réforme ne suppose pas d'augmentation du tarif opposable
- préserver un espace de liberté pour les médecins, indispensable pour espérer obtenir leur adhésion
- introduire la logique de la qualité

Pourtant, presque aucun des acteurs rencontrés, qu'il s'agisse des syndicats de médecins, des financeurs ou des associations de patients, n'est convaincu de l'intérêt du secteur optionnel.

Comment l'expliquer ?

Tout d'abord, dès sa conception, des divergences fondamentales entre les acteurs existent sur la finalité du secteur optionnel : l'Assurance-maladie souhaiterait faire disparaître le secteur 2 grâce au secteur optionnel alors que les médecins voient ce nouveau système comme un substitut au secteur 1.

Le secteur optionnel remet aussi en cause la philosophie solidaire à la base de notre système d'assurance-maladie. Comme l'ont souligné les responsables de mutuelles rencontrés, la mise en œuvre de ce secteur organise un transfert de charge de l'Assurance-maladie vers les complémentaires santé. En effet, il est prévu que, pour être reconnu comme responsable¹⁴, un contrat devra prendre en charge les dépassements d'honoraires du secteur optionnel. Il s'agit donc de solvabiliser de manière automatique les dépassements d'honoraires, de créer, selon les mots d'un responsable mutualiste « *des dépassements vertueux* ».

Si le secteur optionnel n'emporte pas l'adhésion des acteurs, c'est surtout parce qu'il comporte des risques difficiles à maîtriser :

- Dans les régions où les dépassements d'honoraires sont faibles pour le moment, l'introduction du secteur optionnel pourrait créer un effet d'aubaine pour les praticiens. Ainsi, la FNMF a montré qu'en Bretagne, pour six actes jugés sensibles, 94,5% des praticiens avaient des tarifs inférieurs à 150% du tarif opposable¹⁵. Ouvrir le secteur optionnel en Bretagne risque donc, contrairement à son objectif, de réduire l'accès aux soins pour des raisons financières.

- La question du contrôle des nouvelles règles va se poser. Comment vérifier que les dépassements sont limités à 50% du tarif opposable et ne concernent que 70% des actes ? Peut-on vraiment penser que ce rôle sera rempli par l'Assurance-maladie alors qu'elle a déjà des difficultés à faire respecter le cadre du secteur 2 ?

- Enfin, mutuelles, médecins et patients se rejoignent sur un point : le secteur optionnel risque de rendre encore plus opaque la lecture tarifaire du système de santé. Un membre de l'équipe de direction d'un centre hospitalier de région parisienne craint la création « *d'une usine à gaz, complexifiant encore plus le système pour les patients* ».

Pour conclure, un point de convergence se dégage de nos entretiens qui explique l'échec annoncé du secteur optionnel : les dépassements d'honoraires ne peuvent devenir un système de revalorisation des revenus des médecins considérés comme insuffisants. En conséquence, la

¹⁴ Les contrats responsables des complémentaires santé sont des contrats qui remplissent certaines conditions en terme de prise en charge (ex : au moins 30% de la base de remboursement Sécurité sociale des consultations chez le médecin traitant) ou d'exclusion de prise en charge (ex : pas de remboursement des dépassements d'honoraires hors parcours de soins). Un contrat reconnu responsable bénéficie d'avantages fiscaux.

¹⁵ Voir l'annexe 5 pour une présentation de cette étude

régulation des DH passe sans doute par une révision en profondeur des modes de rémunération des médecins libéraux.

2.2.2 Les autres solutions

Face à l'envolée des dépassements d'honoraires, trois solutions nous ont été suggérées au cours de nos entretiens :

- Revaloriser le tarif opposable
- Confier la régulation de cette pratique aux complémentaires santé
- Diversifier les modes de rémunération et sortir du modèle actuel fondé uniquement sur le paiement à l'acte.

Ces pistes de réflexion doivent être examinées au regard des inconvénients inhérents à la pratique actuelle des dépassements d'honoraires : atteinte à la solidarité nationale, risque pour l'égalité d'accès aux soins, absence de lien entre rémunération et qualité

La première solution, évidente, consisterait à augmenter sensiblement le tarif opposable. A l'occasion des différents entretiens réalisés lors de nos travaux, un consensus est apparu concernant la rémunération des professionnels de santé. Quel que soit leur horizon professionnel, les personnes interrogées admettent qu'il existe aujourd'hui un réel écart entre le coût de la pratique et sa valorisation financière, source d'inégalités entre médecins.

La hausse du tarif conventionnel présenterait l'avantage de préserver le caractère solidaire du financement mais apparaît cependant peu praticable compte tenu du contexte budgétaire très contraint de l'Assurance-maladie. En outre, cette mesure supposerait aussi de remettre à plat la grille de la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux), avec nécessairement des perdants et des gagnants parmi les médecins et donc des difficultés prévisibles dans la négociation. Enfin, une hausse des tarifs ne permettrait pas d'obtenir des contreparties en termes de qualité.

A défaut de régulation par les conventions médicales, certains organismes complémentaires mutualistes voient une solution possible dans la contractualisation entre complémentaires et médecins. C'est d'ailleurs aussi une piste envisagée par les responsables de l'Assurance-maladie.

A titre d'exemple, des expérimentations mettant en place des consultations de prévention prises en charge pour les enfants de deux ans se sont développées dans le champ dentaire. Un référentiel créé par la mutuelle retrace les actes à réaliser au cours de ces consultations ainsi que les conseils à

prodiguer. Les dentistes ainsi concernés s'engagent à respecter les critères de qualité et le prix fixé par la mutuelle.

Cette solution est intéressante mais elle concerne uniquement aujourd'hui les secteurs de l'optique et des soins dentaires. Pour les médecins et les établissements de santé, ce type de convention n'est pas encore à l'ordre du jour. Avec les établissements de santé, les mutuelles se contentent de négocier le tiers-payant et le montant du supplément chambre individuelle.

En ce qui concerne l'hospitalisation, une initiative intéressante est en train d'être mise en place par la FNMF (Fédération Nationale de la Mutualité Française). Il s'agirait, pour conventionner les établissements privés à but lucratif, d'inclure non seulement des critères de qualité - certification par la HAS, score ICALIN - mais aussi le montant moyen des dépassements d'honoraires des praticiens de la structure¹⁶. Si le montant moyen des dépassements était jugé trop élevé, aucune convention ne serait signée entre la FNMF et la clinique. Il ne s'agit donc pas de diminuer directement le montant des dépassements d'honoraires mais d'inciter les patients à se diriger vers d'autres établissements dans lesquels ils bénéficieront du tiers-payant, de la prise en charge de la chambre individuelle...

Il est difficile pour le moment d'aller au-delà et de conclure des conventions régulant le montant du DH lui-même, en fonction de l'acte pratiqué. En effet, cela suppose que la mutuelle dispose des informations détaillées sur les actes pratiqués. Or, les mutuelles n'ont pas actuellement accès aux codifications du fait du secret médical.

Pour avoir une chance d'aboutir, les négociations doivent être menées au niveau national et regrouper un nombre minimum de complémentaires santé. C'est une véritable difficulté étant donné la concurrence entre complémentaires et leurs logiques différentes (mutuelles, assurances privées, institutions de prévoyance).

En tout état de cause, confier le rôle de régulateur des dépassements d'honoraires aux complémentaires santé représente un changement profond dans la logique du système de protection sociale et met à mal la notion de solidarité. Cela explique la réticence des organismes mutualistes à s'engager dans cette direction. Ils étudient la faisabilité du conventionnement pour améliorer le service rendu à leurs adhérents, mais ne se considèrent pas comme l'acteur le mieux placé pour remplir ce rôle.

Qu'il s'agisse de la revalorisation du tarif opposable ou du développement du conventionnement, ces solutions restent dans le cadre de la rémunération à l'acte. Or, d'après la plupart de nos

¹⁶ Voir l'annexe 6 qui présente une étude de la FNMF sur la faisabilité du conventionnement en Bretagne

interlocuteurs, ce mode de rémunération en lui-même pose problème et induit une logique perverse en incitant les praticiens à multiplier les actes. Il constitue aussi un frein à l'évaluation de la qualité des pratiques.

La remise en question du paiement à l'acte est certes un sujet difficile à aborder mais qui apparaît pour autant comme la pièce maîtresse de la rénovation du système de rémunération. Tous les acteurs rencontrés sont d'accord sur ce point, même les associations d'usagers : l'objectif n'est pas de réduire les revenus globaux des médecins mais de permettre un exercice plus apaisé de la médecine, de réduire les inégalités entre médecins, d'assurer une plus grande égalité entre territoires, de promouvoir la qualité.

Des initiatives dans ce sens commencent à être mises en œuvre : la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010¹⁷ institue le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) destiné aux médecins généralistes. Il s'agit d'un outil dont l'adhésion est volontaire. Il permet aux médecins qui le souhaitent de s'engager dans une démarche individuelle en cohérence avec les objectifs fixés par la loi de santé publique, conformément aux avis et référentiels émis par la Haute Autorité de Santé. L'assurance maladie verse au médecin une contrepartie financière, tenant compte de la progression et de l'atteinte des objectifs du contrat. En neuf mois, 14 000 médecins libéraux ont signé un CAPI ce qui témoigne d'un certain succès et laisse entrevoir la possibilité d'étendre ce système aux spécialistes. Il faut quand même souligner que le CAPI ne représente pas une véritable révolution pour les médecins, puisque les engagements en termes de qualité sont relativement faciles à remplir et qu'il s'agit uniquement d'un complément de rémunération.

Les exemples étrangers, qui accordent une place aux forfaits et à la capitation, doivent eux aussi être envisagés. Ces modes de rémunération respectent en effet les éléments fondateurs de notre système de régulation :

- Garantir la liberté des praticiens car ces mécanismes offriraient à chaque médecin un éventail de choix et de parcours professionnels : privilégier les consultations et l'activité clinique, s'impliquer dans la prévention, se former...
- Promouvoir la qualité et la prévention au travers des engagements demandés aux médecins.
- Améliorer l'égalité d'accès aux soins en associant le changement de mode de rémunération avec d'autres formes de régulation : primes pour ceux qui s'installent dans des déserts médicaux, forfaits permanence des soins...

Pour conclure, trois points importants doivent être soulignés :

¹⁷ Loi n°2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010

- Les réformes devront nécessairement tenir compte des réalités locales : les priorités de santé sont évidemment différentes d'une région à l'autre. Par exemple, un représentant de l'Assurance-maladie a suggéré la possibilité de régionaliser le montant des honoraires pour tenir compte de la différence des charges, tout en reconnaissant que cela remettrait en cause les principes fondamentaux de notre système de sécurité sociale.

- Compte tenu de cette nécessaire prise en compte des réalités locales, l'ARS apparaît pour nos interlocuteurs l'acteur le plus apte à pratiquer cette régulation. Nous avons cependant vu que l'ARS ne partage pas cette interprétation, considérant que son rôle se limite à la régulation territoriale. La question de l'accessibilité tarifaire ne sera donc vraisemblablement pas intégrée dans les SROS 4 qui, pour la première fois, concerneront aussi la médecine ambulatoire.

- Pour juger de la faisabilité d'une réforme des rémunérations, une question importante doit enfin être posée : les médecins sont-ils vraiment prêts à renoncer à la rémunération à l'acte, qui fait partie des principes fondamentaux de la médecine libérale depuis la charte de 1927 ? Au vu des entretiens réalisés avec les praticiens libéraux, ils demeurent très attachés à ce principe, régulièrement rappelé par l'Ordre des médecins. D'ailleurs, il faut noter que le rapport portant sur les rémunérations des chirurgiens rédigé en mars 2008 par Guy Vallancien, François Aubart et Philippe Cuq¹⁸ ne propose pas de revenir sur la rémunération à l'acte, même s'il contient la proposition innovante d'un contrat d'exercice global, identique pour les chirurgiens du privé et du public.

Si le paiement à l'acte est si fondamental, c'est non seulement en raison du lien qu'il crée entre le patient et son médecin¹⁹ mais surtout parce que c'est la notion d'acte individualisé qui justifie les demandes de revalorisation des revenus. Plusieurs médecins rencontrés ont ainsi souligné le fossé entre le tarif opposable et la valeur de la prestation réalisée (mesurée par le temps passé, la compétence et la technicité). Si on passait à d'autres modes de rémunération, plus globaux, ce type de comparaison ne se justifierait plus. Il s'agirait désormais de comparer les rémunérations totales des médecins avec celles des autres professions. Les médecins sont pour la plupart opposés à ce type de comparaisons.

D'autres interlocuteurs, s'ils ne méconnaissent pas les difficultés prévisibles, sont plus optimistes sur cette question de la réforme des rémunérations. Ainsi, le responsable d'une mutuelle estime que

¹⁸ Rapport à la demande de Monsieur Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités et remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports. « *Quels modes de rémunération pour les chirurgiens ?* »

¹⁹ Si c'était vraiment le lien entre patient et praticien qui justifiait le paiement à l'acte, une rémunération fondée sur la capitation pourrait tout aussi bien, voire même mieux, créer ce lien personnel.

les jeunes générations de médecins y sont plus prêtes que leurs aînés parce que la sociologie de la profession évolue rapidement (féminisation, désir de préserver du temps libre pour sa vie personnelle). Pour renforcer l'égalité d'accès aux soins, il lui semble en tout cas plus facile de faire accepter une évolution des modes de rémunérations que de toucher à la liberté d'installation des médecins.

Conclusion

Cette enquête nous a confirmé le caractère polémique de la pratique des dépassements d'honoraires. La position de chaque acteur sur ce sujet est fortement marquée par son positionnement institutionnel mais aussi par ses convictions personnelles et l'importance relative qu'il accorde aux valeurs souvent contradictoires que sont la liberté, la solidarité et l'égalité.

La question nécessite une réflexion en profondeur sur les modes de rémunération des médecins mais ne peut s'y limiter. Le problème ne pourra en effet être résolu qu'en s'attaquant à d'autres sujets tout aussi complexes et sensibles : la liberté d'installation sur le territoire, l'évaluation des pratiques médicales... Les solutions sont donc nécessairement complexes et difficiles à mettre en œuvre.

Il nous a semblé intéressant de conclure ce mémoire sur deux questions souvent soulevées par nos interlocuteurs et révélatrices du caractère hautement symbolique des dépassements d'honoraires :

- La pratique des dépassements d'honoraires et son évolution inquiétante dans les quinze dernières années sont intrinsèquement liées à la place des médecins dans la société et à la valorisation symbolique de cette profession. Comme un praticien nous l'a lui-même affirmé, si une partie du corps médical s'est ainsi lancée dans la course aux dépassements d'honoraires, c'est parce qu'elle a le sentiment de ne plus être reconnue. Elle cherche donc cette reconnaissance dans une valeur largement reconnue dans notre société contemporaine : l'argent. Cette logique est évidemment perverse parce qu'elle s'exerce au détriment des patients mais aussi des médecins eux-mêmes, qui se plaignent de plus en plus de phénomènes de « burn-out ». Il n'est pas non plus sain que la valeur d'un praticien ne dépende pas de sa compétence, évaluée par ses pairs, mais repose sur la place qu'il occupe dans la hiérarchie des salaires par rapport à ses confrères. La médecine reste un métier à part. Contrairement à d'autres professions, la productivité d'un médecin ne peut pas fonder sa compétence.

L'évolution des modes de rémunération permettrait peut-être de sortir de la logique actuelle. Elle ouvrirait en effet la possibilité d'un exercice plus apaisé de la médecine. Elle redonnerait aussi une place plus satisfaisante aux médecins, en leur confiant, notamment par des activités de prévention ou de formation, un rôle d'acteurs de santé publique.

- Les dépassements d'honoraires constituent une part croissante du reste à charge des ménages. Ils interrogent donc le mode de financement des dépenses de santé : doit-il être collectif et solidaire ? Pris en charge par des complémentaires santé, sur des modalités assurancielles ? Reposer pour une plus grande part sur le patient bénéficiaire des soins ?

Il est possible que la faiblesse de la croissance économique, conjuguée au poids croissants des dépenses de soins, conduise à accroître le reste à charge des patients. Il s'agirait cependant dans ce cas d'une inflexion majeure dans la logique du système de protection sociale, qui nécessite préalablement un véritable débat politique. C'est en cela que la solution du secteur optionnel ne peut pas être considérée comme satisfaisante : elle organise en effet un transfert de charges vers les complémentaires santé ou le patient, sans qu'une véritable réflexion sur les enjeux ait été menée en amont – cette absence de débat est d'ailleurs une des raisons expliquant le rejet du secteur optionnel par les complémentaires et les associations d'usagers. Avant de chercher à réguler les dépassements d'honoraires, il nous faut d'abord répondre collectivement à la question suivante : quel système de santé voulons-nous ?

Bibliographie

Ouvrages

BLOY G., SCHWEYER F-X., 2010, *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*. Presses de l'EHESP, Rennes, 424 p.

DE KERVASDOUE J., 2009, "*Carnet de santé de la France 2009*". Dunod, Paris, 250 p.

LECLERC A., KAMINSKI M., LANG T., 2008, *Inégaux face à la santé*, la Découverte, Paris, 298 pages

Périodiques

BOCOGNANO A, décembre 2009, "*Droit à dépassement et impact sur les inégalités d'accès aux soins*", ADSP, n°69, page 8 à 12

BRAS P-L., 2008, "*Organisation des soins et régulation des dépenses ambulatoires : le rôle des syndicats médicaux*". SEVE. Les tribunes de la santé, n°18, pp. 47-56

CNAM - Décembre 2008. *Point de repères*, n° 23, 12 p.

PEJOUT I., LHERITIER M., juin 2004, "*La revendication du secteur à honoraires différents par les médecins spécialistes*", in *Droit Social, Actualité jurisprudentielle*, n°6, p. 656-9

Rapports

ABALLEA P., BARTOLI P., ESCLOUS L., YENI I., "*Les dépassements d'honoraires médicaux*". Rapport n° RM 2007-054P, avril 2007, 163 p.

BERNIER Marc, "*Mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire*". Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales, Rapport d'information, Assemblée Nationale, 30 septembre 2008, 203 p.

http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1132.asp#P2108_515684

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE (HCAAM).

"*Les conditions d'exercice et de revenus des médecins libéraux*". Avis du 24 mai 2007

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hcaam/avis_240507.pdf

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE (HCAAM)

"*Rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie 2009*"

http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/rapport2009/hcaam_rapport2009.pdf

2009/09, 163 p., tabl, ann.

CASES C, LUCAS-GABRIELLI V, PERRONIN M, TO M, mars 2008, "*Comment expliquer les fortes disparités de la clientèle CMUC des praticiens libéraux ?*", Questions d'économie et de santé, IRDES, 6 pages.

MERCAT F.-X., "*Le tact et la mesure dans la fixation des honoraires*". Rapport adopté lors de la session du Conseil National de l'Ordre des Médecins de mai 1998

VALLENCIEN G., AUBART F., CUQ P., Rapport à la demande de Monsieur Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités et remis à madame Roselyne Bachelot-Narquin Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative « *Quels modes de rémunération pour les chirurgiens ?* " *Situation actuelle et perspectives* » - 25 Mars 2008

Législation, réglementation

« Article L1111-3 du Code de la Santé Publique »

« Code de déontologie des médecins intégré au Code de la Santé Publique - art R4127-1 à 112 CSP »

Arrêté du 11 juin 1996 relatif à l'information sur les tarifs d'honoraires pratiqués par les médecins libéraux. Version consolidée au 9 avril 2009

Circulaire CNAMTS/DDRI, n°46/2000 du 24 mars 2000 sur l'utilisation du dépassement d'honoraires

Arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé. NOR: SJSH0809643A. JORF n°0112 du 15 mai 2008 page 7917, texte n° 17

Arrêté du 2 octobre 2008 fixant le seuil prévu à l'article L1111-3 CSP. JORF, n°238, 11 octobre 2008, texte n° 22

Décret n° 2008- 1527 du 30 décembre 2008 relatif aux pénalités financières prévues à l'art. L162-1-14 du Code de la Sécurité Sociale. JORF, n° 304, 31 décembre 2008, texte n° 155

Décret n° 2009-152 du 10 février 2009 relatif à l'information sur les tarifs d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé. JORF, n°36, 12 février 2009, p. 2506, texte n° 20

Décision du 9 mars 2009 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la création d'un contrat type d'amélioration des pratiques à destination des médecins libéraux conventionnés. JORF n°0093 du 21 avril 2009 page 6839, texte n° 34

Loi n°2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010, codifiée dans l'article L162-12-21 du CSS. JORF n°0300 du 27 décembre 2009 page 22392

Liste des annexes

Annexes méthodologiques

Annexe n° 1 : méthodologie

Annexe n° 2 : liste des personnes interviewées

Annexe n° 3 : guide d'entretien

Annexe n° 4 : grille de lecture

Autres annexes

Annexe 5 : étude prospective sur l'impact potentiel du secteur optionnel

Annexe 6 : étude sur la faisabilité du conventionnement

ANNEXE 1 : METHODOLOGIE

Le groupe est constitué de neuf élèves : deux élèves directeur d'hôpital ; quatre élèves directeur d'établissement sanitaire, social, et médico-social ; deux élèves inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, un directeur de soins stagiaire. La méthodologie adoptée pour mener notre étude se déroule en trois étapes majeures.

1) Recherches et séances de *brainstorming*

Durant la première semaine de travail, nous avons tenu quotidiennement des séances de *brainstorming* réunissant la totalité des membres du bureau. L'objectif était, en fonction des expériences et du ressenti de chacun, de faire émerger des idées sur la thématique des dépassements d'honoraires. Ces réunions étaient complétées par des recherches académiques et bibliographiques, synthétisées par chaque membre du groupe et transmises à tous. Ce travail a permis de tirer profit des richesses de l'inter-filiarité, et d'aboutir à une première problématique.

2) préparation et réalisation de vingt-deux entretiens

Après un travail académique, nous sommes passés à une deuxième phase, qui est celle de « professionnaliser » la démarche, en rencontrant des acteurs de terrain, capables de nous apporter un éclairage plus pragmatique et moins scolaire sur le sujet. Nous avons rédigé en commun une grille d'entretien. Chaque membre du groupe a participé à la prise de rendez-vous. Puis nous avons constitué des binômes afin de réaliser, pendant dix jours, vingt-deux entretiens. Pendant cette période, les membres du groupe qui n'étaient pas en déplacement approfondissaient les recherches bibliographiques. Les synthèses et comptes-rendus des entretiens étaient centralisés par deux membres du groupe, et l'information était restituée quotidiennement à tous les membres du groupe.

3) analyse des entretiens, refonte de la problématique et rédaction

Lors de la troisième et dernière semaine de travail, le groupe s'est réuni afin d'échanger ses impressions suites aux entretiens. Une analyse de chaque compte rendu a été faite en séance plénière. La richesse des entretiens réalisés a permis de faire évoluer la problématique initialement rédigée, afin d'élargir les enjeux du sujet. Puis nous avons constitué des sous-groupes afin de nous répartir la rédaction du présent rapport. Une relecture a ensuite été faite en commun, ainsi qu'une validation par tous les membres du groupe.

ANNEXE n° 2 : liste des personnes interviewées

ENTRETIENS INDIVIDUELS

ENTRETIEN 1 : Responsable conventionnement d'une mutuelle interprofessionnelle

ENTRETIEN 2 : Directeur Général d'un établissement hospitalier privé à but lucratif de 250 lits
situé en Bretagne

ENTRETIEN 3 : Chargée de Mission Assurance Maladie au sein d'une association nationale
d'usagers

ENTRETIEN 4 : Secrétaire général d'une mutuelle interprofessionnelle

ENTRETIEN 5 : Stomatologue de secteur 1 exerçant dans un centre hospitalier de 470 lits situé en
Charente-Maritime

ENTRETIEN 6 : Directrice des Affaires Médicales, Directeur des Affaires Médicales et de la
Facturation et Attachée d'Administration Hospitalière chargée du bureau des
entrées dans un CHU de l'Ouest de la France

ENTRETIEN 7 : Directrice d'un Centre Hospitalier de plus de 500 lits situé en Normandie

ENTRETIEN 8 : Président d'une Union Régionale des Médecins Libéraux de l'Ouest de la France

ENTRETIEN 9 : Responsable de la politique conventionnelle et relation réseaux de santé d'une
mutuelle interprofessionnelle de l'Ouest de la France

ENTRETIEN 10 : Président d'une Union Régionale des Médecins Libéraux du Centre de la France

ENTRETIEN 11 : Spécialiste en Médecine Physique et de Réadaptation en secteur 2, exerçant dans
une clinique des Bouches-du-Rhône

ENTRETIEN 12 : Médecin anesthésiste en secteur 2, exerçant dans une clinique des Bouches-du-
Rhône

ENTRETIEN 13 : Professeur des Universités – Praticien Hospitalier à l’Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille, spécialiste en odontologie

ENTRETIEN 14 : Médecine interne, secteur 1, clinique du Nord Pas de Calais.

ENTRETIEN 15 : Chargé de mission CNAM et enseignant.

ENTRETIEN 16 : Directeur général adjoint d’une mutuelle de l’Ouest de la France.

ENTRETIEN 17 : Conseiller technique auprès du Président de la Mutualité Française.

ENTRETIEN 18 : Président de la section régionale d’une association d’usagers.

ENTRETIEN 19 : Cabinet du Directeur général de la CNAMTS, chargé des relations avec les syndicats de professionnels.

ENTRETIENS TELEPHONIQUES

ENTRETIEN 20 : Président d’une section départementale d’une mutuelle de la fonction publique.

ENTRETIEN 21 : Responsable des services clientèle et facturation, adjoint au Directeur des Affaires Financières d’un centre hospitalier d’une capacité de 740 lits environs situé en Ile-de-France.

ENTRETIEN 22 : Directeur du pilotage d’une ARS.



EHESP

ANNEXE n° 3

GRILLE D'ENTRETIEN

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) de Rennes , dans le cadre de la session de missions interprofessionnelles, nous propose de travailler en inter filiarité sur une problématique de santé publique.

Notre groupe est constitué de 9 élèves : Deux Inspecteurs des Affaires Sanitaires et Sociales (IASS), un Directeur des Soins (DS), deux Directeurs d'Hôpital (DH), et 4 Directeurs d'Etablissements Sanitaires, Sociaux et Médico-Sociaux (D3S)

Le sujet sur lequel nous portons notre intérêt est « Le développement des dépassements d'honoraires d'hospitalisation privée et publique à la charge des patients comme facteur d'inégalité d'accès aux soins ». De ce sujet nous dégagons la problématique suivante :

En quoi la pratique des dépassements d'honoraires est-elle révélatrice d'un système de soins privilégiant la liberté et la viabilité du financement collectif, au détriment de l'égalité et sans garantie de qualité ?

Nous avons pris comme base de travail la définition consensuelle des dépassements d'honoraires relevée dans la littérature professionnelle, c'est à dire : « *Ce qui est payé par le patient au delà du tarif de convention fixé par l'Assurance Maladie servant de base de remboursement* ».

Nous avons construit notre entretien en trois catégories d'analyse:

- Les dépassements d'honoraires,
- Le lien entre dépassements d'honoraires et inégalités,
- Les pistes de réforme envisageables.

Cette mission n'a aucun lien avec une publication professionnelle. Nous pourrions vous transmettre les résultats de cette mission interprofessionnelle après sa soutenance fin juin. Par ailleurs, si vous le souhaitez nous nous engageons à assurer votre anonymat.

Dans un premier temps, auriez vous l'amabilité de présenter votre parcours professionnel, vos fonctions actuelles ainsi que vos liens avec les différents acteurs concernés par notre problématique ?

I – LES DEPASSEMENTS

Quelle est votre sensibilisation aux dépassements d'honoraires ?

(A adapter aux personnes interrogées)

- Quel est votre vécu des dépassements d'honoraires ?
 - est ce que vous les pratiquez ? Pourquoi ?
 - est ce que vous les subissez ? Pourquoi ?
- Dans quel cadre avez-vous réfléchi sur la question ?

Selon vous, qu'est ce qui légitime le recours aux mécanismes des dépassements d'honoraires ?

Quelle est votre perception des dépassements d'honoraires dans votre localité

- Commune, département, région ?
- Est ce que certaines spécialités sont plus concernées que d'autres ?
- Quel secteur est concerné (public/privé/non ou lucratif / ambulatoire/hospitalier)
- Connaissez vous les chiffres ?

Cela crée-t-il, selon vous, une médecine à double vitesse ?

Qu'est ce qu'un dépassement légitime pour vous ?

- Quels critères retenez vous ?

Faut il réglementer les dépassements d'honoraires ? Les limiter / les encadrer ? Les supprimer ?

Pour les médecins :

- Quelle part des dépassements d'honoraires dans vos revenus ?

- 3 Avez-vous augmenté ces dix dernières années la part des revenus issus des dépassements d'honoraires dans votre revenu global ? pourquoi ?
- 4 Avez-vous une grille de dépassement d'honoraires ? quels critères pour la bâtir ?
- 5 Régulez vous vos dépassements d'honoraires ? sur quels critères ?
- 6 Pensez vous que pratiquer des dépassements d'honoraires vous prive d'une partie des patients ? quel impact ?
- 7 Dans votre structure, vos confrères s'alignent-ils sur des dépassements identiques ?
- 8 Existe-t-il des parcours de soins spécifiques dépassements d'honoraires / sans dépassements d'honoraires pour les patients ? (filière et délais d'attente, plages d'horaire réservées)
- 9 Comment informez vous les patients ? est ce systématique ? les patients négocient-ils ?
- 10 Pensez vous que l'augmentation des tarifs opposables permettrait de limiter les dépassements voire de les supprimer ? quelle augmentation préconisez vous ?

Pour les organismes d'assurance maladie

- 11 Quelle sensibilisation des acteurs concernés ? (Plan de communication auprès des médecins)
- 12 Quel contrôle des dépassements d'honoraires ?
 - 12.1 avez-vous déjà saisi la justice face à des dépassements sans tact et mesure ?
 - 12.2 quel contrôle des dépassements d'honoraires en secteur 1 ?
- 13 Rembourser les dépassements d'honoraires conforte-il le système ?
- 14 Selon vous, le respect systématique du tact et mesure dans la fixation des dépassements d'honoraires permettrait-il au système d'être viable et d'assurer l'accessibilité de tous aux soins ?
- 15 Le site Améli ne devrait il pas référencer le secteur libéral hospitalier ?

Pour les mutuelles :

- 16 Êtes vous favorables aux dépassements d'honoraires ?
- 17 Quelle politique de remboursement des dépassements d'honoraires ?
- 18 Informez-vous vos adhérents sur les honoraires moyens par région / département afin de limiter l'asymétrie de l'information ?
- 19 Avez-vous déjà saisi la justice face à des dépassements d'honoraires pratiqués à votre sens sans tact et mesure ?

Pour les directeurs d'établissements :

Établissements publics

- Quel système de récolement des redevances en vigueur ?
- Quelle culture : quelle part laissée à la pratique libérale ? En secteur 1 ? En secteur 2 ?
- Quel volume de dépassements ?
- Qui contrôle le respect par les praticiens du volume maximum d'activité libérale ?

Quel intérêt à ce contrôle ?

- La suppression du secteur libéral à l'hôpital aurait-elle un impact sur l'attractivité de l'établissement ?
- Savez vous si des plages horaires sont réservées au secteur libéral (plateau technique, plages horaires ...) et nuisent à la prise en charge des patients sans dépassements ? (durée d'attente plus longue si parcours sans dépassement ...)
- Dans votre structure, les praticiens s'alignent-ils sur des dépassements identiques ?

Établissements privés

- Quel système de récolement des redevances en vigueur ?
- Quelle culture : quelle part en libéral ? En secteur 1 ? En secteur 2 ?
- Quel volume de dépassement ?
- Qui contrôle en interne le principe de tact et mesure
- Leurs dépassements ont-ils le même ordre de grandeur ? (Biais de concurrence)
- Quelle régulation ?

Pour les usagers :

- 20 Quelle est votre perception de la pratique des dépassements d'honoraires ?
- 21 Considérez vous que c'est un signe de notoriété du praticien ?
- 22 Avez-vous le sentiment d'être captif ? dans quelle mesure ?
- 23 Discutez vous les dépassements d'honoraires ? avez-vous été confronté à l'impossibilité de payer ? après en avoir informé le médecin, comment a-t-il réagi ?
- 24 La montée en charge des associations d'usagers a-t-elle pour vous un impact ?
- 25 Avez-vous déjà consulté le site Ameli ?
- 26 Selon vous, le respect systématique du tact et mesure dans la fixation des dépassements d'honoraires permettrait-il au système d'être viable et d'assurer l'accessibilité de tous aux soins ?

27 Pour vous le prix est il un indice de qualité. Sinon, comment choisissez vous votre praticien (surtout le spécialiste) ?

II – LES INEGALITES

Quelle définition donnez vous :

- de l'égalité d'accès aux soins ?
- de l'inégalité ?

Quelle est votre perception des inégalités de santé dans votre localité

- commune, département, région ?
- est ce que certaines spécialités sont plus concernées de d'autres ?
- qui est concerné (public/privé/non ou lucratif ?)
- avez-vous des chiffres précis ?

Que pensez vous du secteur optionnel ?

- Définition : *dépassement autorisé pour 70% des actes maximum*
Plafond de 50% au de là du tarif de sécu
Prise en charge par les complémentaires
Réservé aux anesthésiste, chirurgiens et obstétriciens

28 Médecins => Comptez vous l'adopter ? pourquoi ?

29 Organismes de Sécurité sociale => quel impact sur la régulation des dépenses ?

30 Mutuelle => quel impact sur les remboursements et vos dépenses (soutenabilité de la réforme)

31 Directeur d'établissement

31.1.1 Action sur la réduction des inégalités ?

31.1.2 Pensez vous encourager les médecins à adopter le secteur optionnel ?

32 **Pour tous** => Quel impact envisagé ?

- Ethiquement les dépassements se justifient ils si l'on postule qu'ils pourraient nuire à l'accessibilité aux soins ?

- Pensez vous qu'il est facile de trouver un médecin qui ne pratique pas de dépassements d'honoraires ?

- **Pensez vous qu'un usager acceptera de payer plus** (dont une partie qui vous reste à charge) **pour avoir une prise en charge de meilleure qualité?**

- **Pensez vous qu'il existe des mécanismes susceptibles de corriger ce facteur d'inégalités en santé ?**

- **Est ce que vous avez des documents susceptibles de nous aider dans notre démarche ?**

ANNEXE N°4 - GRILLE DE LECTURE

| | DEPASSEMENTS D'HONORAIRES | | INEGALITES | | PISTES DE REFORME | |
|---------|--|--|---|--|---|--|
| | POINT DE VUE INSTITUTIONNEL | POINT DE VUE PERSONNEL | OBJECTIONNATION DH | LIEN ENTRE D.H ET INEGALITES | SECTEUR OPTIONNEL | AUTRES |
| MPF | Pas de paiement, car ARS n'est pas compétente (AM) suractivité | Casus DH: qualité prestataire, adhésion au paiement d'actes de soins, rentabilité subvention. L'usage n'est pas accepté de payer plus pour un acte en charge de recevoir qualité car la rémunération est un signal | DH concernant les spécialités chirurgicales, anesthésie, CRF | Inégalité d'accès géographique et médicale Le lien DH-inegalité n'est pas clair difficile d'établir les causes des inégalités | Relative de spécialisation mais certain d'impact clinique | particulièrement avec les médecins GPH... BROG 4 ne changera pas grand-chose étant donné que celui-ci travaille en première intention sur l'accès géographique |
| ABO | | Les médecins mal rémunérés, mais n'acceptent pas des conditions comme l'indication de leurs pratiques. Quand médecins ne pratiquent pas les DH, les indicateurs remplissant leurs obligations il est nécessaire de partager ces coûts des risques avec les mutualités agricoles nationales (niveau des | 100% des professions exercent avec des pratiques abusives | | Fait partie de partage du marché de la santé avec des complémentaires Mutualité des mutualités de leur co-assurance à des critères de qualité Quelque soit le médecin à 2 situations, le fait de laisser à part de recevoir que les Pas d'impact sur les autres systèmes car les risques ne se transfèrent pas des départements et cela de la répartition des médecins | Les GPH sont une bonne solution pour répondre aux déséquilibres Il faut travailler sur des référentiels nationaux à la qualité La liberté d'installation des médecins doit être maintenue car elle Une réglementation des tarifs peut être mise en place Le réajustement sur AMO et les PH est en cours... Il faut donner des moyens de négociation aux mutualités pour qu'elles ne soient pas des victimes involontaires |
| ABC - 1 | Généralisme excessif Pas de tarification individualisée dans prise en charge des DH SIFU : séjours hospitaliers (ou privés) de 5% si complémentaire. Refus not pour le remboursement des DH sur activité | Pas de tarification des médecins de soins Logiques de fait car il y a | Aucune inégalité -> Infradi-facteur Le découpage pas trop touché par le principe de solidarité AMO Préjet de création d'une plate forme d'information pour les médecins | Les DH ne sont pas d'inegalités | Favorable | Mais faire réajuster entre secteur 1 et 2 Il faut revoir les politiques de santé en général Rationalisation des actes |
| ABC - 2 | C'est une pratique qui intervient C'est la prise en charge par les mutualités des DH | Pas de tarification des médecins de soins Pas de coût de l'acte sur le patient | Pas de données A. Mutuelles DH: accordé avec impact négatif Généralisme excessif: développement de l'acte mutualiste | Pasquet 2 % de la paye risqué pas sûr L'inegalité se situe plutôt entre les patients dont les moyens financiers leur permettent d'obtenir le service et ceux pour lesquels ce n'est pas possible Pas de communication espère des indicateurs sur le lien des DH L'AMO avec une aide dédiée "sauf" le fait de payer | Favorable à condition de fermer le secteur 2 | Contraintes fortes avec les PS BROG: mutualité comporte le risque d'impact sur le patient Mutuelle nationale mais pas payer usage Pas de fait de santé |

EHESP
2010
MIP Groupe N°7

ANNEXE N°4 - GRILLE DE LECTURE

| | DEPASSEMENTS D'HONORAIRES | | INEGALITES | | PISTES DE REFORME | |
|---------------------------------|---|---|---|---|--|---|
| | POINT DE VUE INSTITUTIONNEL | POINT DE VUE PERSONNEL | OBJECTIONNATION DH | LIEN ENTRE D.H ET INEGALITES | SECTEUR OPTIONNEL | AUTRES |
| ABC - 3 | Pas d'acte | pas d'acte | En dérogation les DH ne sont pas un problème. En fait, le problème, c'est le fait d'être responsable toujours accessible | Pas évoqué | Impact pour la région Bretagne par les règles d'application publiques car il existe un réel risque de déséquilibre des DH dans ce qui sera considéré. En conséquence, le secteur optionnel devrait être étudié avec attention Par le transfert de charge opéré sur les ABC, la liberté d'installation des DH est limitée | permettre de travailler avec les PS des règles des DH. Il est bon de les lier à des objectifs de qualité de services rendus |
| ABC - 4 | Pas en charge une partie des DH (sauf les soins de suite et de rééducation, possibilité de passer des soins de suite) | | Pas de paiement des médecins ambulatoires qui exercent les patients en secteur 2 Généralisme excessif: environ 200 % | Les DH représentent une inégalité d'accès aux soins, surtout, les se reporter à un décret de refus de charge des patients | DH dans ce cadre: démantèlement des DH + maintien de l'AMO Le lien DH-inegalité n'est pas sûr car cela implique un réajustement des tarifs de soins pour les médecins | |
| ABC - 5 | C'est la solidarité nationale de la région. Généralement, le problème est certes avec les autres collectivités en partie | Contracter certains des médecins de soins | Pas de tarification des DH: 2.000 % de déduction sur des contrats qui ne prennent pas en compte les DH | C'est de l'inegalité d'accès aux soins car cela favorise le report de l'AMO | Cela concerne avant tout le secteur 1 AMO: Objectif de tarification des médecins à 100% Il existe un risque non négligeable de généralisation de la tarification des soins médicaux ambulatoires De ce fait, il serait bon de réfléchir à la manière et au moment de la liberté d'installation des médecins. Toutefois, il semble que les jeunes médecins ne renonceraient pas à la liberté d'installation mais seraient prêts à faire des concessions sur les tarifs. Le secteur optionnel n'est en fait qu'un transfert de charge sur les mutualités. Ce qui implique un réajustement de la part des mutualités de santé | Il faut revoir la façon de donner des médecins, surtout d'offrir un service de soins. Les difficultés ne sont pas tant les DH mais plutôt l'organisation des soins |
| ABC - 6 | C'est la pratique des DH sur le fait d'être assés dans le fait de l'organisation des DH (sauf les soins de suite et de rééducation, possibilité de passer des soins de suite) | Maint | Aucune inégalité pour les soins de suite et de rééducation dans les établissements de soins par le fait de l'AMO (sauf les soins de suite et de rééducation) de 2000%. Ce dispositif s'applique dans le système de soins. Chaque fois qu'il y a un acte, une fois d'être qui respectent les critères de qualité, il est à disposition également des professionnels de santé sur les ESE | Il existe un lien entre les DH et l'AMO, un certain lien. Plusieurs fois, quand on a un décret de refus de charge des patients, les patients ont une victime, un médecin qui refuse. Les inégalités d'accès aux soins sont énormes. Les DH en public: formes de coopération médicales. De manière générale, le fait d'être dans le secteur 1 | Même si on ne travaille pas avec les PS, il y a un lien entre les DH et l'AMO Le lien DH-inegalité n'est pas sûr car cela implique un réajustement des tarifs de soins pour les médecins Il faut réfléchir à la manière de donner des médecins, surtout d'offrir un service de soins. Les difficultés ne sont pas tant les DH mais plutôt l'organisation des soins | tarif de plus, des professionnels de soins de suite et de rééducation dans les ESE de soins de suite et de rééducation Il faudrait en outre à cela: - Une garantie de qualité (certification pour les ESE) - Un réajustement tarifaire national - L'ajustement des critères de qualité Il faudrait que les mutualités puissent avoir les DH sur ce secteur grâce à ce que les ESE Il serait intéressant de revoir la part de la mutualité La mutualisation des médecins doit être encouragée, et le paiement de l'acte doit être lié à la performance des professionnels de santé L'indication des soins de suite et de rééducation est un enjeu majeur de la santé |
| Depassements des honoraires - 1 | Les DH au cœur de nos réflexions. C'est une véritable question de santé publique. Les DH imposent une réflexion sur le système public de santé. C'est une véritable question de santé publique. Les DH imposent une réflexion sur le système public de santé. | C'est un scandale | Même reconnaître des difficultés pour obtenir des formations sur le sujet | Méthode finale dans un contexte de crise. La population s'oppose. Les professionnels de santé sont en colère, parce qu'ils ont conscience de ne pas avoir une action sur la santé de la population. De manière générale, le fait d'être dans le secteur 1 | Il y a un lien entre les DH et l'AMO Le lien DH-inegalité n'est pas sûr car cela implique un réajustement des tarifs de soins pour les médecins Il faut réfléchir à la manière de donner des médecins, surtout d'offrir un service de soins. Les difficultés ne sont pas tant les DH mais plutôt l'organisation des soins | Parfois à plus, mais pas une garantie de qualité Il faut réfléchir à la manière de donner des médecins, surtout d'offrir un service de soins. Les difficultés ne sont pas tant les DH mais plutôt l'organisation des soins C'est une véritable question de santé publique. Les DH imposent une réflexion sur le système public de santé. C'est une véritable question de santé publique. Les DH imposent une réflexion sur le système public de santé. |

EHESP
2010
MIP Groupe N°7

ANNEXE N°4 - GRILLE DE LECTURE

| DEPASSEMENTS D HONORAIRES | | INEGALITES | | PISTES DE REFORME | |
|--|---|---|---|---|--|
| POINT DE VUE INSTITUTIONNEL | POINT DE VUE PERSONNEL | OBJECTIONNATION DH | LIEN ENTRE D.H ET INEGALITES | SECTEUR OPTIONNEL | AUTRES |
| <p>Représentants des Médecins - 2</p> <p>C'est toujours une mauvaise affaire ! Les soins à recueillir continuent pour pas les DH Crainte d'une médecine à succès vitreuse Indicateurs de la pratique gratuite. Les DH rendent la spécialité des soins libérale pour les usagers</p> | | <p>Info-pédia sans usagers qui obligent au suivi des consultations d'urgence gratuites et accèdent au soin des CPME</p> | | <p>Plages d'implémentation des soins pour les patients. Qui concernent des activités de respect des règles ?</p> | <p>Implémentation des DH en volume et en montant à par praticien du volume 2 (il y a des modes de rémunération) et en volume. Réévaluation des tarifs opposables. Les financements régionaux de santé n'ont pas un rôle prépondérant. Favoriser une augmentation des professionnels sociaux pour en assurer le financement.</p> |
| <p>Ets de santé privé</p> <p>Les DH à moment ont tous les praticiens les soins assurés n'interdisent pas. Les DH ne démontrent pas des différences par secteur. Les autres établissements. Pratiques réalisées qui incitent les praticiens à rester en secteur. Causes DH: elles ne sont pas liées à la longueur des soins ou à la complexité</p> | | <p>moins de 4% du chiffre d'affaires tot des praticiens différences entre praticiens, y compris au sein d'une spécialité critères d'application des DH: longueur d'intervention</p> | <p>pas d'équivalence sur le territoire de la région une équivalence est possible avec praticiens secteur / critiques rester différenciant de garantir des soins accessibles à tous la question ne peut pas être posée, il y a des soins libéraux vers les DH et sans être équivalentaire</p> | <p>projet intéressant permettant d'encadrer les DH dans le territoire en DH car les arguments permettent d'expliquer avec les DH les AMC permettent au compte DH, cela peut être un point et être possible un facteur de leurs ressources financières mais d'augmenter pas le haut</p> | <p>Les praticiens fournissent un droit supplémentaire aux patients Il existe un échec opérationnel dans certains de la pratique Plus un secteur de la clinique qui doit rester dans les soins des praticiens</p> |
| <p>Ets de santé public - 1</p> <p>Causes DH: elles ne sont pas liées à la longueur des soins ou à la complexité, car demande de soins est forte. Demande de soins libérale n'a pas d'impact sur l'activité de CH, car forte demande de soins</p> | | <p>12% des médecins ont une activité libérale. Pas d'alignement. Pour une activité à 20%, en demande jusqu'à 10. Demande pour secteur privé assez faible</p> | <p>DH ne réussit pas à l'accès aux soins car offre secteur public importante mais offre libérale en secteur public</p> | <p>soins à par qui complètent la pratique</p> | |
| <p>Ets de santé public - 2</p> <p>Pas de praticiens car très faible la capacité de DH ou CH. Charte de soins et qualité de soins à par recueillir certains PH qui pratiquent des soins mais ne peuvent pas intervenir grâce à l'absence de soins offerts dans l'ensemble. Les 2 modes de perception des honoraires sont conjugués. Un contrat d'activité libérale est signé entre CH et PH signifiant les plages d'activité libérale. Pas de plateau technique élevé. Triple contrôle: ARS + AM + CH</p> | | <p>sur 100 PH il y a environ une activité libérale, soit 13 praticiens des DH si cela 2 années, 7 médecins, 1 année, 7 médecins. Ce n'est pas dans la culture normale de pratiquer des DH indépendamment des autres PH</p> | <p>difficile d'aligner cette relation</p> | <p>Cette nouvelle réforme pourrait avoir un effet d'entraînement plus ou moins direct</p> | <p>Réguler les tarifs opposables Plus de services à par recueillir en quantité. Coopération pour les soins libéraux</p> |
| ANNEXE N°4 - GRILLE DE LECTURE | | | | | |
| <p>Ets de santé public - 3</p> <p>Les médecins qui ne travaillent pas de secteur libéral ont une prime de 150 euros/mois. Tarifs affichés car pas de DH</p> | <p>Contre les DH Les DH peuvent être légitimes pour une consultation relativement longue, et cela peut être dans la réglementation</p> | <p>Pas de dépassement d'honoraires dans l'ensemble. Tous les médecins sont en secteur 1. Seuls 3 médecins ont une activité libérale</p> | <p>La population relativement pauvre ne pourrait pas accéder aux soins PH y a DH</p> | <p>Ce n'est pas le secteur: les PH doivent appliquer le tarif conventionnel</p> | <p>Il faudrait une réflexion à par le système avec l'augmentation des soins</p> |

| DEPASSEMENTS D HONORAIRES | | INEGALITES | | PISTES DE REFORME | |
|---|---|--|---|--|--|
| POINT DE VUE INSTITUTIONNEL | POINT DE VUE PERSONNEL | OBJECTIONNATION DH | LIEN ENTRE D.H ET INEGALITES | SECTEUR OPTIONNEL | AUTRES |
| <p>Professionnels médicaux - 1</p> <p>Info aux patients: droits + obligations car celle d'attente</p> | <p>2 raisons des DH: 1) absence de soins libéraux à la pratique de la médecine. 2) absence de soins libéraux. DH sont la mesure, mais ce sont les soins, les consultations en DH et libérales et les soins de soins sont supérieurs au tarif opposable. DH gère de qualité de soins et accèdent aux soins libéraux indépendamment technique ou finance</p> | <p>Est un secteur 1, et un secteur libéral pour certains</p> | <p>Pas de lien entre DH et inégalité de problèmes de financement médicale car la principale cause d'inégalité. Praticiens publient de manière de systèmes de soins sont factuels d'inégalité de fait (longueur par ex)</p> | | <p>Il faut remettre à par le secteur de financement des médecins. La rémunération des médecins est conjuguée par les soins pour certains d'aligner pratiques. Mettre à par aligner au tarif... mais quelle par par</p> |
| <p>Professionnels médicaux - 2</p> <p>pour une médecine centrée sur le patient pour assurer l'accessibilité de la médecine de soins. Médecins des DH: charges importantes. Les DH: elles ne sont pas liées à la longueur des soins ou à la complexité. Difficile de trouver un PH qui ne pratique pas de DH dans le secteur. Un dépassement légitime: les DH sont libérales et les soins libéraux sont supérieurs au tarif opposable. Les DH sont libérales et les soins libéraux sont supérieurs au tarif opposable.</p> | | <p>pas de dépassement de DH. pas de praticiens en libéral dans une spécialité, car l'alignement gère pas de DH car secteur dans lequel libéraux. DH travaillent 1% de ses dépenses</p> | <p>plusieurs inégalités d'accès aux soins: libéraux, secteur, inégalité de soins dans des territoires pas d'équivalence dans un territoire pas de pratiques à distance vitreuse car il y a toujours les usagers et leur accès de qualité</p> | <p>C'est un établissement impossible à maintenir. Pour cela un dépassement d'honoraires, il existe des soins libéraux car ceux-ci sont plus élevés. Mais car des médecins sont payés depuis trop longtemps à un montant trop bas</p> | <p>Il faut augmenter les tarifs opposables. Il ne faut pas être content de par les médecins car à l'alignement dans le secteur. C'est à par qu'il y a des soins</p> |

ANNEXE N°4 - GRILLE DE LECTURE

| | DEPASSEMENTS D HONORAIRES | | INEGALITES | | PISTES DE REFORME | |
|-------------------------------|-----------------------------|--|---|---|--|--|
| | POINT DE VUE INSTITUTIONNEL | POINT DE VUE PERSONNEL | OBJECTIONNATION DH | LIEN ENTRE D.H ET INEGALITES | SECTEUR OPTIONNEL | AUTRES |
| Professionnels infirmiers - 3 | | autres elle est payé par rapport aux autres ex il avait DH infirmiers = 1/3 d'infirmiers infirmiers complémentaires DH infirmiers fonction de l'acte et de la spécialité de patient combien aligner avec DH il faudrait donner le tarif conventionnel | concurrence des DH DH=10% de non-remunerés pas l'acte stable | | | réviser rémunérations |
| Professionnels infirmiers - 4 | | DH pratiqués par les chirurgiens recours aux DH : appât du gain, maladroite pas assez payés DH infirmiers moins conventionnels il faudrait être alignés pas assez rémunérés maladroite malade cher après décembre 1 il faut limiter DH au budget mensuel, et cela sur les autres pour le patient, DH à quel point combien va dégrader pas assez pas de restriction de côté des DH, permettant d'être pris en charge sans restriction | ne pratique pas les DH en contrepartie d'une autre de 50% du salaire 225 10 % de non-remunerés quand il était en libéral particularité DH le parole avec l'absence de 50% de non-remunerés infirmiers à la retraite | avec plus d'argent on est obligé plus vite risque d'une réduction au black | journal, travail, mais pas dépend des charges à côté | il faudrait changer les tarifs de convention si on réajuste charges au point de la régulation des DH ça aligner; problème pour ce qu'il ne pratiquent pas DH |
| | | | | | | |
| Représentants syndicaux - 7 | | comme DH : pour rémunérer dans infirmiers (au gré des besoins des associations) à l'hôpital, la justification des DH aux infirmiers passe par l'acte leur accablent le phénomène la santé est un sujet de communication comme en autre | secteur 1 | | sans opinion | |

EHESP
2010
MIF Groupe N°7

ANNEXE N°4 - GRILLE DE LECTURE

| | DEPASSEMENTS D HONORAIRES | | INEGALITES | | PISTES DE REFORME | |
|-----------------------------|--|--|--|---|---|--|
| | POINT DE VUE INSTITUTIONNEL | POINT DE VUE PERSONNEL | OBJECTIONNATION DH | LIEN ENTRE D.H ET INEGALITES | SECTEUR OPTIONNEL | AUTRES |
| Représentants syndicaux - 2 | infirmier avec patients souffrants car alignés | DH sont un seul élément sur lequel on aligne particularité différentiel les plus gros actes conventionnel travail moins de 100 pas d'exception PV de l'acte les dégraderont quelques particularités alignées, pas besoins de secteur 2 Les dégraderont mal alignés et alignés plus en charge, alignés particuliers alignés en fonction de la convention l'acte de malade les DH sont les signes de liberté de praticien aligner avec DH en fonction de la situation primo du patient comme DH : les moments que passent les malades le voir avec pas être rémunéré | 50% de la profession au secteur 2 quand on est dans secteur 2 on peut être classé 1, pas l'inverse | facteurs étiologiques est le 1e facteur DH n'est donc pas facteur inégalités | est aligné de la qualité du patient avec DH ne doit pas amplifier la spécialisation de secteur 1 | la qualité de DH infirmiers bien mieux et y a des alignés il ne faut donc pas tout remettre à plat |
| | | | | | | |
| Report | les DH ne sont pas la préoccupation de la CMNF | alignement préférence de système de celui qui aligne les patients dans les associations infirmiers comme DH : dévaloriser certains des malades, alignés pas assez payés les DH à l'hôpital public sont inégalitaires, car si on les aligne on pourrait 100 des chirurgiens dans DH sont des éléments particuliers | particularité les 6 centres hospitaliers (COF) particularité est une des autres particularités de non-alignement à la fin de carrière | | MIF peut contribuer mais comme elle a beaucoup d'activités par ailleurs difficile | proposer la formalisation, l'harmonisation des patients aligner rémunérer les malades (premier alignement après l'alignement) la formalisation permet la contractualisation avec les malades Avec possibilité des différences de traitement entre libéraux, voire même en place des alignés tout. |

Annexe N°5

Etude de la FMMF sur l'impact potentiel du secteur optionnel selon les régions

Il s'agit de comparer la situation actuelle avec les règles envisagées pour le futur secteur optionnel.

| | Praticiens du secteur privé lucratif avec dépassements (tous secteurs d'activité confondus) (%) | Dépassement le plus souvent rencontré (%) | Plafond de dépassement prévu dans le cadre du secteur optionnel (%) | Praticiens du secteur privé lucratif exerçant à tarifs opposables ou inférieurs au plafond de 150 % (%) |
|--------------------|---|---|---|---|
| BRETAGNE | 26 | 140 | 180 | 94,6 |
| LANGUEDOC | 58 | 180 | 150 | 68,5 |
| RHONE ALPES | 79 | 300 | 150 | 34,5 |

Conclusion : dans une région peu impactée par les dépassements d'honoraires, comme la Bretagne, la mise en place du secteur optionnel a toutes les chances d'augmenter le montant des DH puisque, pour le moment, 94,6% des praticiens du secteur privé lucratif exercent à des tarifs inférieurs à 150% du tarif opposable. Dans les autres régions, le secteur optionnel pourrait avoir un impact positif sur les DH, à condition que les praticiens du secteur 2 soient intéressés, ce que rien ne garantit.

EHESP 2010
Groupe MIP n° 7

ANNEXE n° 8

Etude de la FMMF sur la faisabilité d'une politique de conventionnement basée à la fois sur la qualité et les dépassements d'honoraires

Il s'agit de conventionner les établissements qui répondent à la fois à des critères de qualité et dont les praticiens pratiquent pas de dépassements supérieurs à 150 %. Le but de l'étude est d'examiner quelle part de l'offre totale de soins serait ainsi potentiellement couverte par les conventions entre établissements et mutualités. L'étude porte sur 6 actes interventionnels fréquemment réalisés dans le secteur privé lucratif et pour lesquels les DH sont courants : cataracte, coléscopie du tube digestif, prothèse totale du genou, prothèse totale de hanche, canal carpien, hypertrophie de la prostate.

Couverture de l'offre totale de soins (pour les 6 actes étudiés)

| | Offre publique répondant aux critères de qualité/offre totale (%) | Offre privée répondant aux critères de qualité ET de limitation des dépassements d'honoraires / offre totale (%) | Offre non couverte (ne répond pas aux critères de qualité ou de limitation des dépassements d'honoraires) / offre totale (%) | Patients qui choisissent de se faire opérer dans une autre région (%) |
|-------------|---|--|--|---|
| BRETAGNE | 64,5 | 24,4 | 7,7 | 3,4 |
| LANGUEDOC | 28,9 | 35,2 | 28,3 | 7,8 |
| RHONE ALPES | 55,2 | 34,9 | 5,4 | 3,5 |

Conclusion : cette étude montre le potentiel prometteur du conventionnement. En Bretagne, seule 7,7% de l'offre de soins ne pourrait pas être conventionnée faute de répondre aux critères de qualité ou de limitation des dépassements d'honoraires. En Languedoc-Roussillon, la part de l'offre non couverte est plus importante (28,3%) mais le conventionnement pourrait dans ce cas être un levier incitant les établissements à maîtriser les DH pratiqués par leurs médecins.

EHESP 2010
 GROUPE MIP N°7