

**Les dépassements d'honoraires
médicaux**

Rapport présenté par :

Pierre ABALLEA, Fabienne BARTOLI,

Laurence ESLOUS et Isabelle YENI

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

*Rapport n°RM 2007-054P
AVRIL 2007*

Les dépassements d'honoraires médicaux

Rapport présenté par :

Pierre ABALLEA, Fabienne BARTOLI,

Laurence ESLOUS et Isabelle YENI

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Il est rappelé que les travaux de l'IGAS sont menés en toute indépendance. Le présent rapport n'engage pas les ministres qui l'ont demandé

***Rapport n°RM 2007-054P
AVRIL 2007***

Pour son programme annuel, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a proposé au ministre de la santé, qui l'a accepté, de mieux cerner ce qui pouvait rester à la charge du patient à l'occasion des soins médicaux que son état de santé pouvait justifier à l'hôpital ou en ville. La mission s'est concentrée sur l'étude des dépassements d'honoraires qui représentent près de 2 milliards d'euros (sur 18 milliards d'euros d'honoraires totaux), dont les deux tiers pèsent directement sur les ménages, après intervention des organismes d'assurance complémentaire. Elle a choisi d'éclairer ce sujet à travers l'exemple de quatre épisodes thérapeutiques comportant un acte principal à l'hôpital, précédé ou suivi de consultations ou d'examens en établissement ou en ville. Elle a tenté à cette occasion de faire la synthèse des possibilités d'évolution de cette partie de la rémunération de certains praticiens.

1. Une augmentation importante des dépassements au cours de la dernière décennie

1.1. Les dépassements constituent l'essentiel de ce qui reste à la charge du patient après l'intervention des organismes complémentaires

Les dépassements sont, le plus souvent, une charge plus lourde pour les patients que le ticket modérateur ou le forfait journalier hospitalier. En effet, même si les couvertures maladie complémentaires sont mal connues, on sait, par les quelques études disponibles, que seule une minorité de contrats ne prendrait pas en charge la totalité du ticket modérateur¹. Par ailleurs, un cinquième environ des contrats ne couvrirait pas le forfait journalier hospitalier au-delà de trente jours. Mais, compte tenu de la durée moyenne de séjour en service de médecine, chirurgie ou obstétrique, cette limitation a peu d'impact sur le reste à charge des patients.

En ce qui concerne les dépassements d'honoraires, les niveaux de couverture contractuelle sont extrêmement variables et peuvent être très limités voire nuls. Pour les consultations de médecins de ville, une enquête de la DREES² conclut que pour la moitié des personnes, la couverture médiane est à hauteur de 100% du tarif opposable, soit une absence de prise en charge des dépassements. Elle est de 150% pour un tiers des personnes couvertes. Les contrats couvrant l'intégralité des dépassements sont principalement des contrats collectifs. Ils sont très minoritaires et plutôt renégociés à la baisse par les partenaires sociaux, gestionnaires des institutions de prévoyance. Lorsque les dépassements excèdent de 50% les tarifs opposables, il est probable que la majorité de la population n'est pas couverte. En outre, appréciée globalement, cette prise en charge n'atteint environ qu'un tiers des dépassements facturés.

¹ Il convient toutefois de signaler qu'en cas d'hospitalisation et pour la partie de la population qui ne bénéficie d'aucune couverture complémentaire (soit 8%) et pour la minorité des personnes pour laquelle le ticket modérateur n'est pas couvert en totalité, celui-ci peut atteindre des sommes élevées, plusieurs centaines d'euros par jour.

² DREES étude et résultats, n° 490, mai 2006, « les contrats d'assurance maladie complémentaire une typologie en 2003 »

1.2. Le montant des dépassements dans le secteur à honoraires libres a doublé en moins de quinze ans en valeur réelle

Pour les médecins actifs sur toute l'année, le montant des dépassements est passé de 763 millions d'euros en 1990 à 1,578 milliard d'euros en 2005, en euros constants : contenue pour les omnipraticiens, cette pratique est devenue majoritaire chez les spécialistes. La part des dépassements dans les honoraires des médecins a augmenté deux fois plus chez les spécialistes que pour l'ensemble des médecins. Cette croissance résulte à la fois d'une hausse du taux de dépassement³ des spécialistes à honoraires libres, qui passe de 29% en 1995 à 47% en 2004 mais aussi de l'augmentation de la part des praticiens en secteur à honoraires libres dans certaines spécialités. Enfin, les dépassements pratiqués par les spécialistes ont, depuis dix ans, augmenté trois fois plus vite en valeur réelle que leurs revenus moyens. Entre 1993 et 2004, le pouvoir d'achat de leur revenu moyen a progressé de 23% alors que celui des dépassements progressait de 71%. Au cours de la même période, le taux de charges est globalement resté stable. Les honoraires sans dépassements ont permis un gain de pouvoir d'achat de 17% soit par augmentation de l'activité soit par hausse des tarifs conventionnels, concentré sur la période 1998-2004. Les dépassements, quant à eux, expliquent donc un gain supplémentaire du pouvoir d'achat du revenu des spécialistes estimé à près d'un tiers. Ce gain n'est toutefois pas réparti de manière égale entre toutes les spécialités et ne bénéficient pas aux spécialistes du secteur 1. Ainsi, le taux de dépassement des ophtalmologistes en secteur 2 est de 53% ; pour les chirurgiens, ce taux est de 54% ; il est de 62% pour les gynécologues obstétriciens. C'est grâce à cette liberté tarifaire qu'ils ont creusé l'écart de revenu non seulement avec les généralistes mais également avec les spécialistes du secteur 1.

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

C'est ainsi qu'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.

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%.

1.4. Tous ces constats se retrouvent dans la pratique des dépassements d'honoraires des praticiens exerçant à titre libéral dans les établissements de santé publics et privés

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.

³ Le taux de dépassement est défini comme le rapport entre les dépassements et les honoraires sans dépassement.

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.

1.5. La dernière observation importante effectuée par la mission est relative à la distinction entre consultations et actes techniques

La part des consultations effectuées aux tarifs opposables par les praticiens à honoraires libres est faible, voire très faible, allant de 3% pour les gynécologues obstétriciens et les ophtalmologistes à 19% pour la chirurgie orthopédique et traumatologique. Exception notable, 50% pour les cardiologues qui bénéficient d'un tarif spécifique de consultation plus élevé que la consultation de spécialiste de droit commun. Il convient de noter que dans la plupart des spécialités, entre un quart et la moitié des praticiens n'ont qu'un ou deux tarifs de consultation et que des dépassements d'honoraires sont également demandés aux bénéficiaires de la CMU complémentaire.

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

1.6. Au total, à partir de l'étude menée sur quatre épisodes de soins, la mission a pu établir qu'une majorité de patients est aujourd'hui confrontée à des dépassements d'honoraires dont les montants peuvent être élevés

La mission a mené avec la CNAMTS une étude spécifique sur quatre épisodes de soins : l'accouchement, la chirurgie du cristallin, la prothèse totale de hanche et la coloscopie afin de mesurer les dépassements demandés pour l'acte principal et l'ensemble des actes qui peuvent lui être rattachés.

Cette étude montre que la pratique des dépassements d'honoraires est prédominante pour l'ensemble des patients concernés par l'un des quatre épisodes. Ont ainsi été confrontés à un ou plusieurs dépassements lors de l'épisode de soins :

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

La dispersion des dépassements est variable selon l'épisode et selon le type d'établissement (clinique ou hôpital privé). Elle est :

- pour l'accouchement, de 7 à 167 euros à l'hôpital et de 14 à 377 euros en clinique ;
- pour les opérés du cristallin, de 7 à 189 euros à l'hôpital et de 13 à 465 euros en clinique ;
- pour les patients ayant bénéficié d'une prothèse totale de hanche, de 7 à 567 euros à l'hôpital et de 25 à 964 euros en clinique ;
- pour les patients ayant eu une exploration coloscopique, à l'hôpital de 5 à 110 euros et de 8 à 226 euros en clinique.

De tout ceci il résulte que :

- la probabilité pour un patient de se voir demander un dépassement d'honoraires au cours de l'épisode de soins est supérieure à 50% ;
- c'est tout particulièrement vrai pour certains actes réalisés majoritairement dans le privé et dans certaines régions où le nombre de praticiens en secteur 2 est particulièrement élevé ;
- le cumul de dépassements demandés à un patient conduit à des montants finals qui peuvent être très lourds ;
- la prise en charge à 100% de certains soins tels que l'accouchement ou des actes chirurgicaux lourds n'est plus garantie, alors que la collectivité nationale avait fait le choix de couvrir intégralement ces soins.

2. Les dépassements, du fait de leur ampleur, remettent en cause certains des principes sur lesquels repose le système de soins

2.1. De nombreuses raisons expliquent la dérive des dépassements

Les assurés ont accepté cette charge, avant qu'elle ne se banalise, comme si elle était la garantie d'une qualité supérieure des soins.

La prise en charge de ces sommes par les assureurs complémentaires, poussés par la concurrence, pouvaient contribuer à en alléger le poids pour les assurés alors même qu'elles généraient des coûts par ailleurs.

Pour les régimes obligatoires les dépassements ne pèsent pas sur les dépenses remboursées et sont d'ailleurs peu contrôlés et sanctionnés.

Quant aux pouvoirs publics, ils ont cru pouvoir alléger la pression des revendications en instaurant en 1980 le secteur 2. Cette liberté tarifaire donnée aux praticiens, dans la limite du « tact et mesure », a connu deux limitations qui restent partielles : la première, en 1990, conformément à la convention signée cette année-là, a permis de fermer partiellement l'accès au secteur 2. La seconde en 1999, qui par la loi sur la couverture complémentaire universelle, interdit que des dépassements soient appliqués aux bénéficiaires de la CMU complémentaire.

2.2. Pourtant nombreux sont les arguments qui pourraient conduire à les réformer

Les dépassements d'honoraires constituent un recul de la solidarité nationale mise en œuvre par l'assurance maladie obligatoire : du fait de leur montant croissant, ceux-ci génèrent des inégalités d'accès aux soins, voire des renoncements, y compris chez les bénéficiaires de la CMU complémentaire, qui, malgré les dispositions législatives, peuvent avoir à y faire face.

La prise en charge des dépassements par les couvertures complémentaires augmente les inégalités. Le statut des assurés par rapport à l'emploi est discriminant : chômeurs, retraités et salariés précaires n'ont accès qu'à des couvertures individuelles en général plus coûteuses et moins protectrices que les contrats collectifs, qui bénéficient majoritairement aux catégories de salariés ayant les plus hauts niveaux de revenus.

Ce dispositif est également inéquitable pour les médecins et contribue à un sentiment d'injustice des praticiens : il introduit en effet 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 mais 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.

En outre, les dépassements d'honoraires ont contribué à freiner une répartition plus équilibrée des médecins sur le territoire français métropolitain. Le paiement à l'acte, entre autres caractéristiques, est une incitation à l'installation des médecins là où les besoins de soins sont les plus importants. Or, l'existence d'un droit à dépassement a permis, notamment à des spécialistes, une installation dans des zones déjà très médicalisées et riches. Même s'ils réalisent moins d'actes, la possibilité de pratiquer des dépassements leur permet d'adapter leur revenu dans la zone géographique de leur choix.

Ce phénomène peut paradoxalement renforcer les difficultés financières d'accès aux soins pour les assurés résidant dans ces régions pourtant à forte densité médicale.

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

La qualité très insuffisante des informations dispensées aux assurés ne permet pas de corriger l'asymétrie des relations entre les praticiens et eux : non seulement les textes sur l'affichage sont très mal appliqués dans les cabinets, mais les informations délivrées par l'assurance maladie sont extrêmement pauvres contrairement aux possibilités techniques actuelles.

Au reste, les représentants des praticiens comme les autorités ordinales n'ont jamais été très soucieux de s'impliquer dans la diffusion de telles informations.

Enfin, face à des patients qui n'osent pas porter plainte et du fait que la notion de « tact et mesure » ne constitue pas une base suffisante pour caractériser l'abus dans la fixation des honoraires et en contenir les excès, les contrôles et les sanctions sont rares.

3. Les propositions

Devant une situation d'une telle complexité et dont les enjeux peuvent être contradictoires, la mission a préféré procéder par scénarios, qui sont au nombre de quatre. C'est à la lumière de l'état des lieux que l'UNCAM et les praticiens pourraient, en concertation, étudier ces scénarios.

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

L'amélioration de l'information relève tant de l'UNCAM que des praticiens. C'est ainsi qu'il revient à l'UNCAM de développer les plates-formes infosoins qui, pour le moment, restent confidentielles et donnent peu satisfaction. Il convient d'inscrire au nombre des responsabilités des praticiens, de communiquer, en préalable à tous actes programmables, toutes les informations nécessaires au calcul des sommes qui resteront à la charge du patient à la suite des soins envisagés, et d'inscrire les informations relatives aux dépassements sur les plaques extérieures aux cabinets et sur tous supports utiles, en dehors de l'obligation qui leur est faite de veiller à l'affichage à l'intérieur du cabinet. Ces informations doivent être tout particulièrement développées à l'intention des personnes en situation de précarité.

Une telle liberté ne peut être accordée sans que les contrôles sur les montants réellement payés par l'assuré soient renforcés et organisés dans un plan de contrôle national. Des possibilités de sanctions financières doivent être données aux CPAM, distinctes des pouvoirs de sanction du conseil de l'ordre et de ceux de la DGCCRF. De même, le pouvoir de sanction qui est celui des directeurs d'ARH doit être réellement exercé.

Enfin, la connaissance des revenus professionnels des praticiens doit être assurée dans toute son exhaustivité comme celle des couvertures maladie complémentaires pour permettre aux autorités compétentes de disposer des éléments de décisions indispensables à l'exercice de leur mission.

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

Différentes modalités d'encadrement des dépassements par catégorie de professionnels de santé pourraient permettre d'ajuster l'existence d'une liberté tarifaire à la réalité de l'offre locale à tarif opposable : rendre non automatique le droit à dépassement afin de limiter le nombre de bénéficiaires et sa durée ou organiser un processus de conventionnement positif. Le pouvoir de négocier la limitation des droits à dépassement ou de définir les conditions de l'un ou l'autre de ces dispositifs pourraient être attribué localement aux agences régionales de santé (ARH/URCAM) ou aux conseils des CPAM, ou à défaut à la conférence régionale de santé ou au groupement régional de santé publique.

3.3 plafonner les dépassements

Le secteur optionnel, figurant dans les projets de l'assurance maladie, offrirait la possibilité pour les praticiens de secteur 1 de pratiquer des dépassements, certes limités à une partie des actes et plafonnés dans le cadre de la négociation. Mais il présente un risque très important pour les assurés comme pour l'équilibre financier de l'assurance maladie. En effet, il pourrait conduire à diminuer, encore plus qu'aujourd'hui, l'offre de soins à tarif opposable

bien qu'il soit prévu qu'une partie de l'activité doive obligatoirement être exercée à ce tarif. Par ailleurs, pour être attractif, ce secteur devra consentir des avantages tarifaires et sociaux conséquents. La seule voie pour lever ces hypothèques réside dans la fermeture du secteur 2 ou la mise en œuvre obligatoire des principes de l'option de coordination.

L'option de coordination, d'ores et déjà inscrite dans la convention de 2005, mériterait en effet dans ce cadre d'être réformée et mieux mise en valeur. Le principe général de cette option qui s'adresse aux praticiens disposant de la possibilité de dépasser, est le respect des tarifs opposables pour les actes cliniques quand le patient consulte dans le cadre du parcours de soins et un droit à dépassement limité à 15% des tarifs opposables par acte facturé, pour les actes techniques. En contrepartie, les praticiens bénéficient d'une prise en charge partielle des cotisations sociales. Pour que cette disposition puisse respecter tant les intérêts de l'assuré que ceux de l'assurance maladie, il conviendrait qu'elle soit obligatoirement étendue à l'ensemble des praticiens à honoraires libres. Si elle était étendue aux praticiens exerçant aujourd'hui en secteur 1, cette proposition ouvrirait la voie à l'instauration d'un secteur unique avec, pour les patients, une franchise égale au plus à 15% des actes techniques, soit, pour eux, une baisse de trois quarts des dépassements qui leur sont facturés.

3.4 supprimer en totalité ou partiellement la possibilité de pratiquer des dépassements est le quatrième scénario alternatif.

Cette réforme radicale qui conduit à supprimer les dépassements et à les intégrer dans les honoraires remboursés par la sécurité sociale et qui, par certains aspects, prolonge les principes de l'option de coordination permet de rétablir l'égalité d'accès aux soins pour l'ensemble des assurés, d'opérer la réduction des inégalités de revenus entre praticiens et des inégalités de tarifs entre actes cliniques et techniques. Si on voulait donner des contreparties relevant des objectifs de santé publique à l'évolution des honoraires des praticiens, cette disposition pourrait être associée à la mise en place de compléments de revenus. Il s'agit de la rémunération à la performance telle qu'expérimentée aujourd'hui par la Grande Bretagne ou du réseau référent organisé autour d'un groupe de médecins qui bénéficierait d'une contribution publique à son fonctionnement administratif. Le coût de ce scénario devrait être limité à deux milliards d'euros.

Cette synthèse des différentes possibilités d'évolution du système autour de la notion de dépassement se présente ainsi sous la forme de quatre scénarios qui ne sont pas nécessairement alternatifs. Le quatrième d'entre eux est porteur de plus grands bouleversements par rapport à l'histoire des relations entre les médecins et l'assurance maladie au cours des vingt-cinq dernières années.

Sommaire

INTRODUCTION.....	3
1 UNE AUGMENTATION IMPORTANTE DES DÉPASSEMENTS AU COURS DE LA DERNIÈRE DÉCENNIE	6
1.1 APRÈS PRISE EN COMPTE DES COUVERTURES COMPLÉMENTAIRES, LE RESTE À CHARGE DES PATIENTS EST CONSTITUÉ POUR L'ESSENTIEL DE DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES	6
1.1.1 <i>Les couvertures maladie complémentaires sont très largement diffusées dans la population mais le niveau réel des garanties reste mal connu.....</i>	6
1.1.2 <i>En cas d'hospitalisation, les couvertures maladie complémentaires prennent généralement en charge le ticket modérateur ainsi que le forfait journalier hospitalier</i>	7
1.1.2.1 Le ticket modérateur	7
1.1.2.2 Le forfait journalier hospitalier	8
1.1.3 <i>Pour les honoraires des médecins eux-mêmes, les niveaux de prise en charge des dépassements par les contrats d'assurance maladie complémentaire sont très variables.....</i>	8
1.1.3.1 Le ticket modérateur sur les honoraires est généralement pris en charge	8
1.1.3.2 Les dépassements sont très inégalement couverts.....	8
1.2 L'AUGMENTATION ET LA BANALISATION DES DÉPASSEMENTS DES MÉDECINS SPÉCIALISTES S'ACCOMPAGNENT D'UNE CONCENTRATION SUR CERTAINES RÉGIONS ET CERTAINES DISCIPLINES	9
1.2.1 <i>Certains spécialistes du secteur à honoraires libres ont pu, à travers les dépassements, adapter leur niveau de revenu</i>	9
1.2.1.1 La part des dépassements dans les honoraires a augmenté deux fois plus pour les spécialistes tous secteurs confondus que pour l'ensemble des médecins.	9
1.2.1.2 Dans le secteur à honoraires libres, le montant des dépassements a doublé en quinze ans en valeur réelle ; contenue pour les omnipraticiens, cette pratique est devenue majoritaire chez les spécialistes.....	11
1.2.1.3 Dans certaines disciplines, la part croissante des médecins installés en secteur à honoraires libres contribue à l'importance des dépassements	13
1.2.1.4 Depuis un peu plus de dix ans, les dépassements ont augmenté trois fois plus vite en valeur réelle que les revenus moyens des spécialistes.	13
1.2.2 <i>Les taux moyens de dépassements présentent des disparités importantes entre spécialités, entre les régions et au sein d'une même spécialité.....</i>	17
1.3 CES CONSTATS SE RETROUVENT DANS LA PRATIQUE DES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES DES PRATICIENS EXERÇANT DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PUBLICS ET PRIVÉS	19
1.3.1 <i>Dans les établissements de santé privés, les dépassements sont principalement le fait des anesthésistes et chirurgiens exerçant en secteur 2 en Ile - de - France, Rhône-Alpes, Alsace, PACA et Nord - Pas de Calais</i>	19
1.3.1.1 Les dépassements d'honoraires se concentrent sur un petit nombre de régions et sur certaines activités.	19
1.3.1.2 Dans quelques départements, les dépassements d'honoraires constituent, pour certains praticiens spécialistes de secteur 2, la part principale des revenus, devant celle liée aux honoraires à tarif opposable	20
1.3.2 <i>L'activité libérale des praticiens hospitaliers publics en secteur 2, faible en volume, suit une dynamique semblable à celle observée dans les établissements privés</i>	21
1.3.2.1 Peu de praticiens hospitaliers publics ont une activité libérale et ils l'exercent majoritairement en secteur 1	21
1.3.2.2 Mais lorsqu'elle est exercée en secteur 2, l'activité libérale suit en l'amplifiant la même dynamique que celle observée dans les établissements privés	21
1.3.2.3 Sur certaines zones et dans certaines disciplines, la pratique des dépassements dans le secteur hospitalier public pourrait venir renforcer les tensions observées dans le seul secteur libéral.	23
1.4 LA PART DES CONSULTATIONS EFFECTUÉES AUX TARIFS OPPOSABLES PAR LES PRATICIENS DU SECTEUR 2 EST FAIBLE CONTRAIREMENT AUX ACTES TECHNIQUES ; LES TARIFS DES CONSULTATIONS SONT PEU MODULÉS.....	23
1.4.1 <i>Dans certains départements et certaines spécialités, la proportion de spécialistes exerçant en secteur 1 est inférieure à 50%</i>	24
1.4.2 <i>Pour l'ensemble des spécialités, la part des consultations effectuées aux tarifs opposables par les praticiens à honoraires libres est inférieure à 20%</i>	24
1.4.3 <i>Pour les actes techniques, les praticiens de secteur 2 recourent davantage aux tarifs opposables, en particulier dans les spécialités où les actes techniques sont les plus nombreux.....</i>	25
1.4.4 <i>Dans la plupart des spécialités, les tarifs de consultation sont peu modulés.....</i>	27
1.4.5 <i>Les dépassements d'honoraires sur les consultations concernent également les bénéficiaires de la CMU complémentaire</i>	28
1.4.5.1 Les dépassements d'honoraires sont en principe interdits	28
1.4.5.2 Mais la loi est largement méconnue dans certaines spécialités et zones géographiques	28

1.5	L'ÉTUDE MENÉE SUR QUATRE ÉPISODES DE SOINS ÉTABLIT QU'UNE MAJORITÉ DE PATIENTS EST AUJOURD'HUI CONFRONTÉE À DES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES DONT LES MONTANTS PEUVENT ÊTRE ÉLEVÉS	29
1.5.1	<i>Au cours des épisodes de soins sélectionnés, des dépassements d'honoraires ont été facturés à la majorité des patients, pour des montants moyens pouvant être élevés.....</i>	29
1.5.2	<i>La dispersion des dépassements d'honoraires est large</i>	31
1.5.2.1	Selon l'épisode de soins, la dispersion des dépassements d'honoraires varie de quelques euros à plusieurs centaines d'euros	31
1.5.2.2	Même centrée sur l'acte principal, l'étude de la dispersion des dépassements d'honoraires montre que celle-ci peut être très importante.....	32
2	L'EXTENSION DE LA PRATIQUE DES DÉPASSEMENTS EST DE NATURE À REMETTRE EN CAUSE CERTAINS DES PRINCIPES SUR LESQUELS REPOSE LE SYSTÈME DE SOINS	36
2.1	DE NOMBREUSES RAISONS EXPLIQUENT LA DÉRIVE DES DÉPASSEMENTS.....	36
2.1.1	<i>Les assurés ont accepté cette charge, avant qu'elle ne se banalise, comme si elle était une garantie de qualité sans en être pour autant plus onéreuse pour eux</i>	36
2.1.1.1	le dépassement peut être considéré, par les patients, comme une garantie de qualité des soins prodigués.....	36
2.1.1.2	Le coût des soins peut être considéré, par les patients, comme gratuit du fait de l'intervention des complémentaires alors qu'ils génèrent des effets inflationnistes	37
2.1.2	<i>Les dépassements ont constitué un marché pour les organismes complémentaires qui ont été conduits à les prendre en charge pour faire face à la concurrence</i>	37
2.1.3	<i>Les établissements n'ont pas eu jusque là un intérêt financier évident à maîtriser le niveau des dépassements</i>	38
2.1.3.1	le lien juridique entre le praticien et la clinique désintéresse l'établissement du coût du dépassement	38
2.1.3.2	Toutefois la possibilité offerte aux médecins de pratiquer une activité libérale a permis aux établissements publics de les retenir ou de les recruter après l'instauration du temps plein à partir de 1959.	39
2.1.4	<i>Les dépassements d'honoraires ne pèsent pas sur les dépenses remboursées par les régimes obligatoires et sont peu contrôlés.....</i>	40
2.1.5	<i>Les pouvoirs publics n'ont pu agir, quand ils l'ont fait, que marginalement sur l'écart croissant entre les honoraires libéraux totaux et les honoraires remboursés.....</i>	41
2.2	LES ARGUMENTS QUI POURRAIENT CONDUIRE À LES RÉFORMER	41
2.2.1	<i>Pour les assurés, les dépassements constituent un recul de la solidarité et non une garantie de qualité</i>	41
2.2.1.1	L'obstacle financier que représentent les dépassements n'est compensé ni par les couvertures maladies complémentaires ni par l'action sociale des caisses	41
2.2.1.2	Il est d'autant plus difficile aux assurés d'éviter des dépassements que l'information, partielle et tardive, qui leur est délivrée ne permet pas de corriger l'asymétrie des relations entre les praticiens et eux.....	43
2.2.1.3	Il n'y a pas de lien objectif entre dépassements et qualité des soins	47
2.2.2	<i>Pour les médecins, le système est inéquitable</i>	48
2.2.2.1	Les inégalités sont très importantes en ce qui concerne les honoraires totaux	48
2.2.2.2	En outre, la réforme de 1990 a contribué à renforcer ces inégalités entre générations selon la date d'installation des praticiens	48
2.2.3	<i>Du point de vue des pouvoirs publics et des régimes obligatoires d'assurance maladie, le système, à bout de souffle, nuit à l'efficacité de leur action</i>	49
2.2.3.1	Le système est inflationniste.....	49
2.2.3.2	Les dépassements ont pu contrarier une répartition géographique plus harmonieuse de l'offre de soins .	49
2.2.3.3	Les outils conventionnels perdent de leur efficacité	52
2.2.3.4	La notion de "tact et mesure" et les sanctions ne suffisent pas à maîtriser le système.....	53
3	LES PROPOSITIONS	56
3.1	AMÉNAGER LE DISPOSITIF EXISTANT : MIEUX INFORMER, MIEUX ÉVALUER, MIEUX CONTRÔLER S'IMPOSENT QUELLE QUE SOIT LA RÉFORME ENGAGÉE.....	56
3.1.1	<i>Améliorer l'information des assurés</i>	56
3.1.1.1	Les informations délivrées par l'assurance maladie	56
3.1.1.2	Les informations à la charge des praticiens	57
3.1.1.3	L'information destinée aux personnes en situation de précarité	57
3.1.2	<i>Renforcer les contrôles sur les montants réellement payés par l'assuré et clarifier les mécanismes de sanction des pratiques abusives.....</i>	58
3.1.2.1	Etablir un plan de contrôle France entière	58
3.1.2.2	Clarifier les mécanismes de sanction des pratiques abusives.....	58
3.1.3	<i>Améliorer la connaissance des revenus des praticiens</i>	59
3.1.4	<i>Améliorer la connaissance des couvertures maladie complémentaires</i>	60

3.2	MODULER LES POSSIBILITÉS DE DÉPASSEMENTS EN FONCTION DE LA RÉALITÉ DE L'OFFRE LOCALE	60
3.3	PLAFONNER LES DÉPASSEMENTS EN VOLUME ET/OU EN VALEUR.....	61
3.3.1	<i>La logique du secteur optionnel ne peut être conduite à son terme que grâce à la suppression du secteur 2</i>	61
3.3.2	<i>L'option de coordination mériterait d'être réformée et mieux valorisée</i>	63
3.4	SUPPRIMER EN TOTALITÉ OU PARTIELLEMENT LA POSSIBILITÉ DES DÉPASSEMENTS OU AMÉNAGER DES CONTREPARTIES RÉELLES EN TERMES DE SANTÉ PUBLIQUE.....	65
3.4.1	<i>Supprimer les dépassements et les intégrer dans les honoraires remboursés par la sécurité sociale</i>	65
3.4.2	<i>Mettre en place des compléments de revenus qui seraient des contreparties pour la santé publique et le patient aux compléments de rémunération</i>	66
3.4.2.1	La rémunération à la performance	66
3.4.2.2	Le « réseau référent »	67
3.4.2.3	Régulation des revenus/honoraires des professionnels de santé en fonction des besoins de santé et des réalités économiques.	67

Introduction

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

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

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

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

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

¹ Cf. liste des personnes rencontrées en annexe 1.

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

Centrée initialement sur les dépassements dans les établissements de santé, la mission considère que les constats et les propositions qui en découlent ne peuvent être développés que dans un périmètre plus large, touchant l'ensemble de l'offre de soins à l'hôpital et en ville à l'exclusion toutefois des soins dentaires et d'optique. Dans ce cadre, les dépassements d'honoraires représentent près de 2 milliards d'euros sur 18 milliards d'euros d'honoraires totaux dont les deux tiers pèsent directement sur les ménages, après intervention des organismes d'assurance complémentaire.

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

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

1 Une augmentation importante des dépassements au cours de la dernière décennie

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

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

1.1.1 Les couvertures maladie complémentaires sont très largement diffusées dans la population mais le niveau réel des garanties reste mal connu

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1.2.1 Le ticket modérateur

Pour les frais d'hospitalisation, en clinique ou à l'hôpital, une minorité de contrats dénommés « gros risques » ou « hospitalisation » ne couvrirait pas en totalité le ticket modérateur. Selon le CTIP, ils concerneraient plus particulièrement des non-cadres de PME, des salariés d'artisans et de commerçants, ainsi que des étudiants⁹.

Pour la minorité d'assurés qui ne dispose que d'un contrat complémentaire de ce type et surtout pour les 8% de la population n'ayant pas de couverture complémentaire, en l'absence d'exonération du ticket modérateur (cas par exemple d'un séjour en médecine de 29 jours sans que le patient ne soit reconnu atteint d'une affection de longue durée), le montant du ticket modérateur peut atteindre des sommes conséquentes¹⁰ : il est en effet égal à 20% du tarif journalier de prestation ou du tarif du GHS pour les cliniques. Ces tarifs peuvent atteindre un millier d'euros. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie l'a déjà noté¹¹.

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

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

⁹ Cf. l'analyse du CTIP sur les contrats « incomplets » annexée au rapport 2006 du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

¹⁰ Dans l'hypothèse d'une réforme faisant porter le ticket modérateur sur le tarif du GHS, les montants du ticket modérateur seraient également élevés.

¹¹ Cf. avis du Haut Conseil du 27 octobre 2005 : « Même si le dispositif K50 exonère du ticket modérateur une partie massive de la dépense hospitalière, il reste toutefois 2,3 millions d'assurés (pour 3 millions de séjours) qui ne sont pas exonérés et peuvent supporter de gros reste à charge (en moyenne 500€). En effet : - en cas d'hospitalisation dans un service de médecine (qui ne donne pas lieu à un acte technique en K), le droit commun de la prise en charge est appliqué aux assurés tant que la durée d'hospitalisation est inférieure à 30 jours. - pour des séjours hospitaliers excédant 30 jours, l'assuré ne bénéficie d'une exonération du ticket modérateur qu'à partir du 31^{ème} jour, le ticket modérateur des 30 premiers jours étant à sa charge. Ces règles sont génératrices de fortes inégalités entre les assurés hospitalisés. Sans doute, les couvertures complémentaires viennent-elles prendre le relais et supportent l'essentiel de ces gros reste à charge. Mais ce constat ne dispense pas d'étudier une réforme qui donnerait plus de cohérence à notre système. »

1.1.2.2 Le forfait journalier hospitalier

L'enquête menée par la DREES pour l'année 2003 sur les contrats « modaux »¹² montre que pour un cinquième des contrats étudiés, le forfait journalier hospitalier¹³ n'est pas pris en charge au-delà de trente jours¹⁴. Toutefois, il est probable que ces limitations contractuelles de la prise en charge aient peu d'impact sur le reste à charge des patients vue la durée moyenne de séjour en médecine, chirurgie et obstétrique¹⁵ qui n'est que de quelques jours. En outre, en l'absence d'exonération du ticket modérateur, le forfait ne vient pas alourdir le reste à charge du patient puisque son montant s'impute sur le montant du ticket modérateur.

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

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

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

1.1.3.2 Les dépassements sont très inégalement couverts

Globalement, pour l'ensemble de la population, les dépassements d'honoraires sont estimés pris en charge par les contrats d'assurance maladie complémentaire à hauteur d'environ un tiers¹⁶. Mais, contrat par contrat, les niveaux de garantie sont très dispersés : ils vont d'une absence totale de prise en charge à une prise en charge complète quel que soit le montant du dépassement dans les contrats « frais réels ».

Pour les consultations de médecins en ville, l'enquête de la DREES sur les contrats modaux souscrits en 2003 conclut que pour la moitié des personnes, la couverture médiane est

¹² Dans chaque organisme, par définition, le contrat modal est celui qui couvre le plus grand nombre de personnes.

¹³ Le montant du forfait journalier est de 16 € au 1^{er} janvier 2007 et sera de 17 € au 1^{er} janvier 2008

¹⁴ DREES, Etudes et Résultats, n°490, mai 2006, « Les contrats d'assurance maladie complémentaire, une typologie en 2003 ». La DREES y souligne qu'une étude sur les seuls contrats modaux peut conduire à surreprésenter les niveaux de garantie intermédiaires.

¹⁵ L'analyse serait différente en psychiatrie. Pour ces séjours, certains contrats prévoient des limitations de prise en charge plus importantes que pour le forfait journalier hospitalier en MCO.

¹⁶ Ce montant résulte d'estimations globalement convergentes, mais non publiées, de la CNAMTS, du HCAAM et de l'UNOCAM.

à hauteur de 100% du tarif opposable (absence de prise en charge des dépassements). Elle est de 150 % du tarif opposable pour un tiers des personnes couvertes.

Pour les honoraires versés lors d'une hospitalisation, peu d'éléments sont disponibles.

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

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

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

1.2 L'augmentation et la banalisation des dépassements des médecins spécialistes s'accompagnent d'une concentration sur certaines régions et certaines disciplines¹⁷

Les dépassements, quel que soit le secteur de conventionnement des médecins, ont augmenté de plus de 40% en dix ans en valeur réelle.

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

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

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

¹⁷ Cette partie fait l'objet de compléments statistiques développés à l'annexe 3.

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

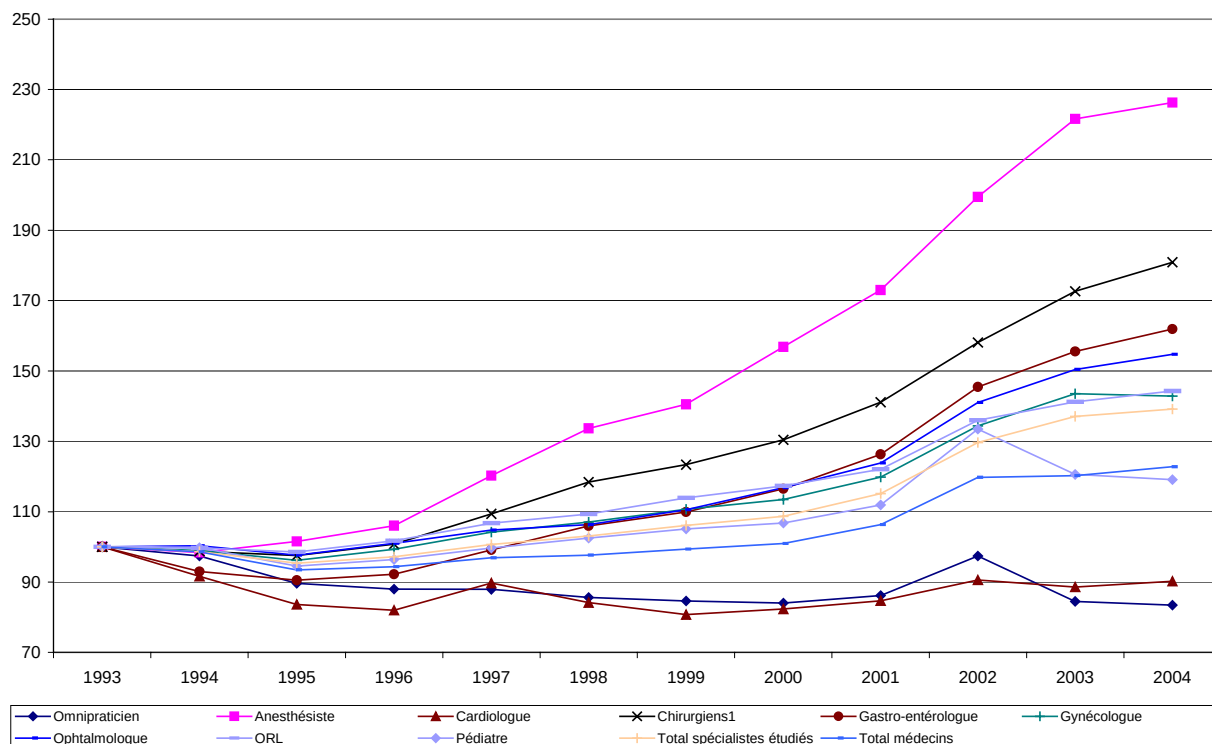


Tableau 1 : Part des dépassements dans les honoraires totaux, tous secteurs d'exercice

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

Source : CNAMTS/SNIR, traitement DREES et IGAS

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

Entre 1990 et 2004, en valeur réelle, le montant des dépassements pour les médecins spécialistes conventionnés en secteur 2 a doublé, passant de 763M€ à 1,578Md€¹⁸. Cette augmentation résulte à la fois d'une augmentation du taux de dépassement¹⁹ de chaque praticien mais aussi de l'augmentation de la part de médecins spécialistes en secteur à honoraires libres, dans certaines disciplines.

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

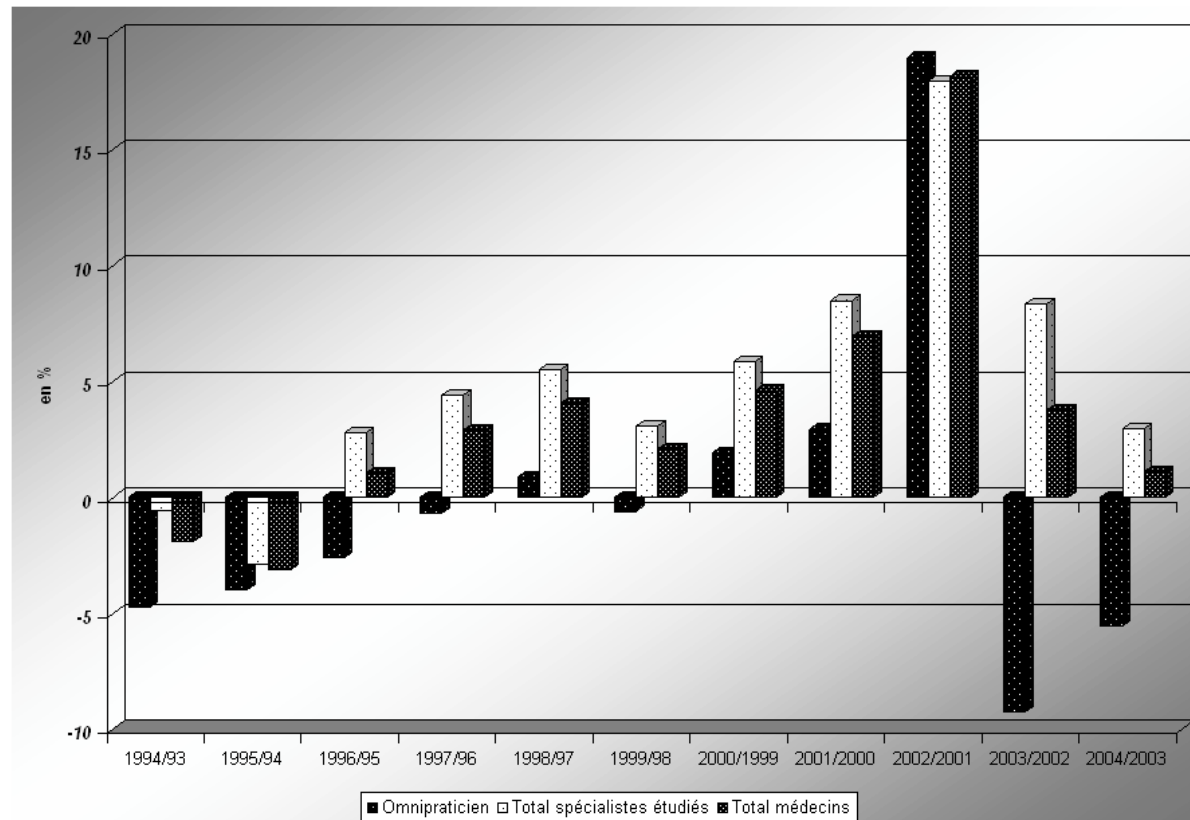
Le taux de dépassement des omnipraticiens a même baissé après la période de contestation de 2002 et la revalorisation tarifaire qui a suivi. Il n'en est pas de même pour les spécialistes. Après le pic pour l'année 2002 (cf. graphique suivant), aucune baisse ne vient contrebalancer cette situation par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

Cette pratique concerne plus spécifiquement les spécialités hospitalières y compris pour la pratique libérale des praticiens hospitaliers publics (cf. partie 1.3).

¹⁸ Données SNIR-CNAMTS, pour les médecins actifs à part entière (APE), c'est-à-dire qui, au cours de l'année, ne se sont pas installés ou n'ont pas cessé leur activité, ont moins de 65 ans et ont perçu plus d'un euro d'honoraires.

¹⁹ Il s'agit des dépassements rapportés aux honoraires sans dépassement. C'est cette définition du taux de dépassement qui sera utilisée tout au long de ce rapport.

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



Source : CNAMTS/SNIR, traitement DREES et IGAS

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

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

Source : CNAMTS-SNIR APE, traitement CNAMTS et IGAS

²⁰ Données en date de liquidation. Il faut toutefois noter que le SNIR 2005 comporte des retards de liquidation qui peuvent rendre malaisées les comparaisons avec les années précédentes. En l'état, ces chiffres font apparaître une baisse des taux de dépassements entre 2004 et 2005. Si elle était confirmée, cette baisse n'impliquerait pas pour autant que les montants de dépassement aient baissé.

²¹ Cette catégorie regroupe tous les praticiens ayant une activité chirurgicale, à l'exception des ORL, Ophtalmologistes et gynécologues (voir aussi note suivante).

²² Cette catégorie « gynécologues » utilisée par la CNAMTS regroupe les gynécologues médicaux, gynécologues et obstétriciens et gynécologues-obstétriciens. Seule cette dernière catégorie a une reconnaissance de la spécialité chirurgie au regard de la qualification ordinale. La définition regroupée est utilisée tout au long du rapport.

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

Certaines disciplines cumulent des taux de dépassement élevés et une proportion importante de praticiens installés en secteur à honoraires libres. Près de 40% des spécialistes sont, en moyenne, installés en secteur à honoraires libres mais cette proportion est de 82% pour les chirurgiens ; pour les anesthésistes, elle n'est que de 26%²³.

Entre 1990 et 2004, la proportion de généralistes à honoraires libres baisse, passant de 22% en 1990 à 13% en 2004. Mais il n'en est pas de même pour les chirurgiens malgré la réforme de 1990 qui avait partiellement fermé l'accès au secteur 2 : leur part dans ce secteur continue de croître, passant de 73% en début de période à 82% à la fin de la période²⁴.

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

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

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

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

Source : CNAMTS-SNIR APE, traitement CNAMTS et IGAS

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

En raison des différences existant entre les sources statistiques et leurs champs d'étude comme des changements de tarification survenus ces dernières années, il est malaisé d'établir le poids des dépassements dans l'ensemble des revenus des professionnels de santé²⁵. Il est toutefois possible de comparer les taux de croissance respectifs du revenu moyen libéral, des

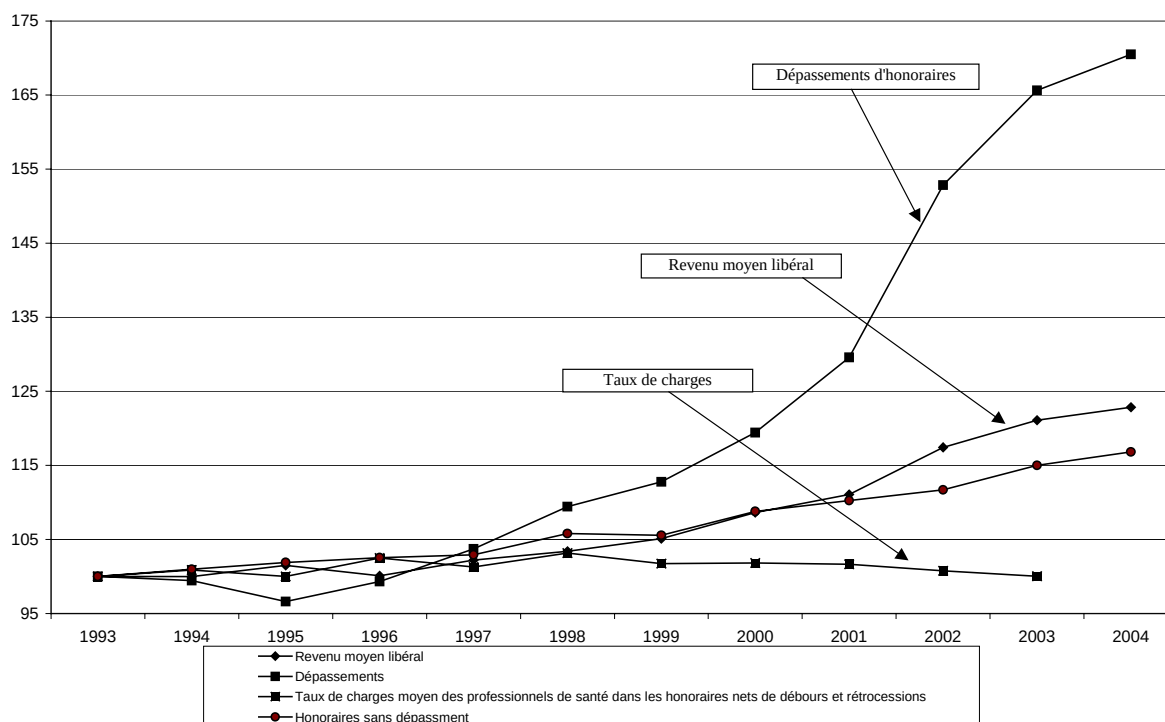
²³ La mission ne dispose pas de données pour l'année 2005.

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

²⁵ Cf. publications de la DREES, « L'évolution sur dix ans des revenus libéraux des médecins 1993-2003 », Etudes et résultats, n°412, juillet 2005, « Les revenus libéraux des médecins en 2003 et 2004 », Etudes et résultats, n°457, janvier 2006. Il est à noter que les données publiées ne permettent pas de remonter au-delà de 1993.

dépassements d'honoraires, des honoraires sans dépassement et des taux de charge. Ainsi, entre 1993 et 2004, les spécialistes, tous secteurs confondus, ont vu progresser le pouvoir d'achat de leur revenu libéral moyen de 23%, alors que celui des dépassements progressait dans le même temps de 71%.²⁶

Graphique 3 : Evolution moyenne en valeur réelle des revenus, dépassements, honoraires et évolution des taux de charges, pour l'ensemble des spécialistes étudiés²⁷ de 1993 à 2004 (base 100 en 1993)



Source : CNAMTS/SNIR, traitement DREES et IGAS

Le taux de charges est quant à lui resté stable sur cette période. En 2003, il est de 49,6% en moyenne pour les spécialistes, tous secteurs confondus. Toutefois, certains spécialistes ont vu leur taux de charges progresser plus vite que la moyenne : c'est le cas des anesthésistes (+11% avec un taux de charges qui est passé de 31,7% en 1993 à 35,1% en 2003), des chirurgiens (+10%, de 42,5% à 46,6%), des dermatologues (+12%, de 46,7% à 52,3%).

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

En ce qui concerne les anesthésistes, l'augmentation importante du taux de charges (+11%) peut quant à elle s'expliquer conjointement par une progression moins rapide des honoraires totaux où la part des dépassements est plus faible (en raison du nombre moindre de

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

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

professionnels en secteur 2) et par l'augmentation des primes d'assurance de responsabilité civile médicale²⁸.

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

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

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

Tableau 4 : Rapport des revenus moyens de l'ensemble des médecins spécialistes sur le revenu moyen de différentes catégories

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

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

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

Par secteur, il n'existe pas pour l'instant d'étude sur les revenus libéraux des médecins : les études de la DREES, pour aussi précises qu'elles soient, sont globales²⁹

²⁸ Toutefois, depuis juillet 2006, dans le cadre de la procédure d'accréditation, les primes d'assurance en responsabilité civile sont prises en charge par l'assurance maladie à hauteur d'au plus 1500 € pour les anesthésistes en secteur 1.

²⁹ Pour mémoire, il est rappelé qu'elle ne prend pas en compte les revenus salariés et englobe dans une moyenne les praticiens à temps plein et à temps partiel en libéral. Cf. note du HCAAM sur les revenus des médecins à paraître.

Toutefois, quelques évaluations réalisées par la caisse de retraite des médecins libéraux (CARMF) permettent de situer les revenus des médecins de secteur 2 (cf. tableau suivant).

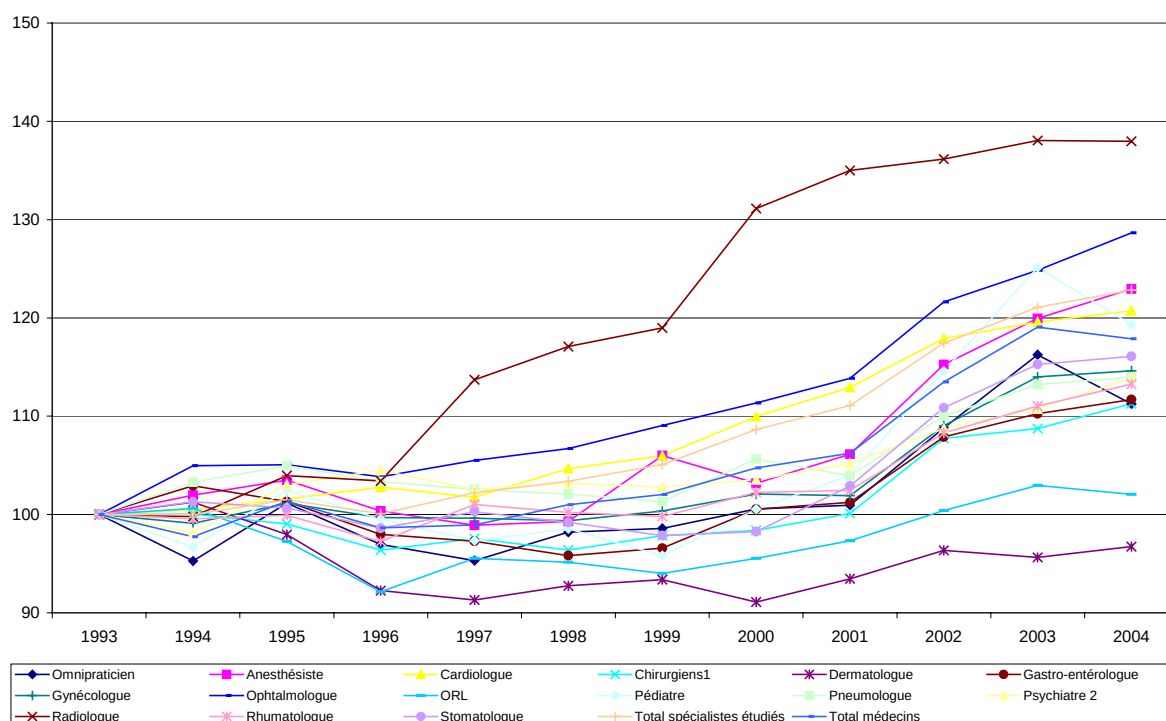
Tableau 5 : Revenus nets libéraux 2004³⁰

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

Source : CARMF, Publications : infocarmf 53-2006

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

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

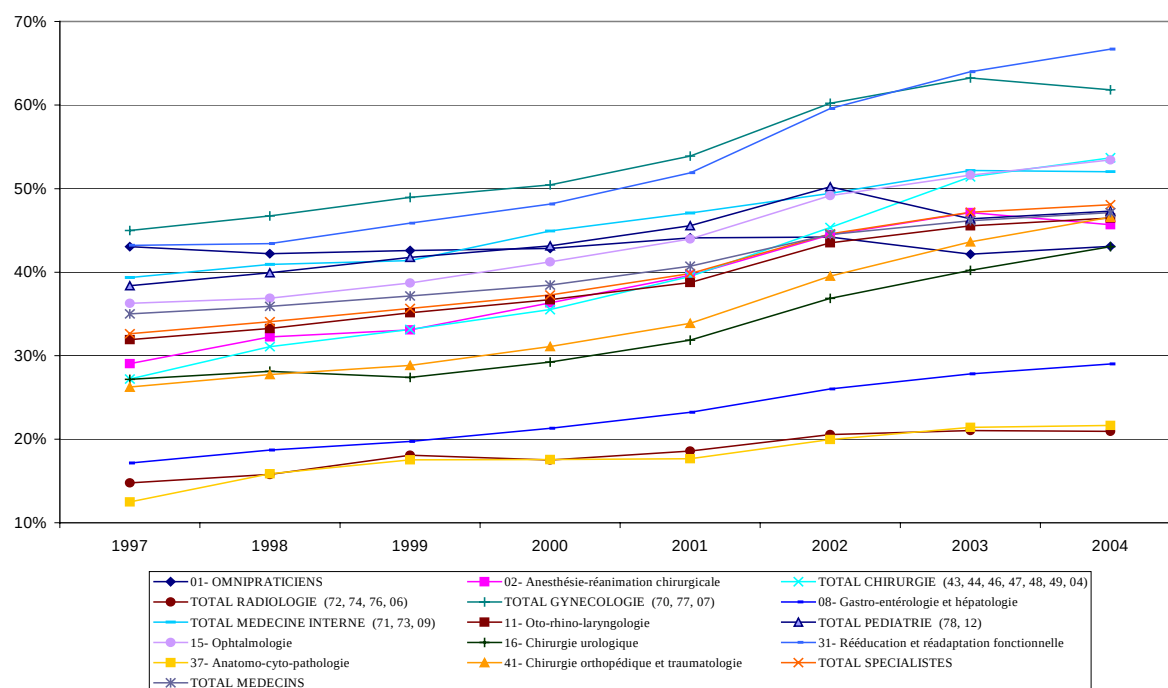


Source : Insee, DADS 2004, SNIR, DGI BNC traitement DREES et IGAS

Même si les progressions de revenus les plus importantes s'observent chez les radiologues, très majoritairement installés en secteur 1 mais bénéficiant du mode de tarification des actes techniques, la progression des revenus de certains spécialistes peut s'expliquer en partie par les dépassements : il en est ainsi par exemple des ophtalmologistes dont le taux de dépassement, pour les praticiens de secteur 2, est le second après celui des gynécologues en 2004 (53,4% cf. graphique suivant).

³⁰ Estimation à partir des déclarations de bénéfices non commerciaux déclarés au régime de retraite des médecins libéraux (CARMF).

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



Source: SNIR 1997-2004

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

Pour la France métropolitaine, le taux moyen de dépassement³¹ en 2004 des spécialistes conventionnés en secteur 1 était de 3% et de 48% pour les spécialistes conventionnés en secteur 2³². Ce taux moyen pour le secteur 2 recouvre de grandes disparités entre spécialités et entre régions.

Si les tarifs pratiqués par les spécialistes du secteur 2 dépassent en moyenne les tarifs opposables de 48%, dans de nombreuses spécialités, ils vont au-delà : c'est le cas de l'ophtalmologie (taux moyen de dépassement de 53%), de la chirurgie (54%), de la rhumatologie (54%), de la dermatologie (58%), de la psychiatrie (58%), de la gynécologie (60%), de la médecine interne (60%), de l'endocrinologie (61%), de la rééducation (67%) et de la neurochirurgie (72%). Par région, le taux moyen de dépassement des spécialistes en secteur 2 va du simple au double : il avoisine 25% en Poitou-Charentes, Limousin et Bretagne, régions où les effectifs en secteur 2 sont faibles, mais atteint 43% en Nord-Pas-de-Calais et Provence-Alpes-Côte d'Azur, 53% en Rhône-Alpes, 57% en Alsace³³ et 68% en Ile-de-France.

Pour les spécialités et dans les régions où les pratiques de dépassement sont les plus intenses, les taux moyens de dépassement sont très élevés. Ainsi, en Ile-de-France, le taux

³¹ Pour mémoire, le taux de dépassement est défini comme le rapport entre les dépassements d'honoraires et les honoraires totaux déduction faite des dépassements.

³² Source : CNAMTS/SNIR 2004

³³ Ce taux est sous-estimé. Cf. infra (paragraphe 313).

moyen de dépassement représente 181% des tarifs conventionnels pour la neurochirurgie, 99% pour la chirurgie, 87% pour l'ophtalmologie, 86% pour la gynécologie, 79% pour la dermatologie et 73% pour la psychiatrie.

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

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

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

		Min	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9.9
01	Omnipraticiens	0	14	20	25	31	39	49	63	84	120	251
02	Anesthésistes	0	15	23	31	37	46	56	65	84	117	419
03	Cardiologues	0	5	10	14	18	23	28	35	47	75	261
04	Chirurgiens	0	14	22	29	38	49	68	91	133	229	630
05	Dermato-véné.	3	28	36	43	50	56	65	76	91	130	281
06	Electroradio.	0	4	7	10	14	17	20	25	41	63	163
07	Gynécologues	0	31	40	49	58	66	76	87	107	149	316
08	Gastro-enter.	0	9	13	18	22	26	32	38	49	77	290
09	Médec. Interne	0	14	24	35	47	65	85	121	156	236	444
10	Neuro-chirur.	6	23	38	47	61	80	97	118	157	273	524
11	ORL	1	18	25	31	37	43	52	61	76	120	349
12	Pédiatres	0	21	29	34	40	46	52	60	71	100	241
13	Pneumo-phtys.	0	10	14	17	21	24	29	41	60	97	476
14	Rhumatologues	1	23	31	38	45	54	64	78	98	138	301
15	Ophtalmo.	0	27	35	42	47	55	63	73	86	119	308
16	Urologues	0	15	22	29	34	42	50	61	79	138	515
17	Neuro-psy.	0	12	26	36	47	58	65	86	124	157	290
18	Stomatologues	2	32	42	55	71	89	107	137	180	258	551
31	Rééduc. Réadap.	0	26	36	45	54	66	79	94	121	173	304
32	Neurologues	3	16	20	24	28	36	44	57	84	120	305
33	Psychiatres	0	25	35	43	50	57	66	79	95	121	204
37	Anapath.	0	2	8	12	16	21	24	28	31	37	82
41	Chirur.-orthop.	0	15	23	30	36	43	52	65	84	114	383
42	Endocrinologues	3	27	37	44	51	58	67	80	97	129	250
Total chirurgiens (04,10,16,41)		0	15	22	30	37	46	59	78	107	182	554
Total spécialistes		0	17	26	34	42	50	60	73	94	138	385

Source : CNAMTS, médecins libéraux conventionnés en secteur 2 et 1DP, ayant perçu plus de 1000€ en 2005

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

Enfin, pour la frange des 1% de spécialistes pratiquant les dépassements les plus élevés au sein d'une discipline, le taux de dépassement peut atteindre plus de quatre, cinq ou six fois les tarifs opposables.

1.3 Ces constats se retrouvent dans la pratique des dépassements d'honoraires des praticiens exerçant dans les établissements de santé publics et privés³⁴

En 2005, les dépassements d'honoraires facturés à l'occasion de soins en établissement de santé représentent environ 527 millions d'euros³⁵. L'essentiel de ces dépassements a été facturé dans des établissements privés par des praticiens du secteur à honoraires libres.

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

Le montant total d'honoraires facturés en établissement de santé privé en 2005 est estimé à 3 milliards d'euros³⁶, dont 470 millions d'euros de dépassements³⁷. Toutes disciplines médicales et secteurs confondus, le taux de dépassement des praticiens libéraux intervenant dans les établissements de santé privés est de 19 %. En secteur 1, il est de 2% pour l'ensemble des disciplines ; en secteur 2, il est de 42%.

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

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

- sept régions représentent plus des quatre cinquièmes (81%) des dépassements d'honoraires en établissements de santé privés en France : Ile-de-France, Rhône-Alpes, PACA, Nord-Pas-de-Calais, Aquitaine, Alsace et Languedoc-Roussillon. Ces sept régions ne représentent pourtant que la moitié de la population métropolitaine en 2005³⁸. L'Ile-de-France et Rhône-Alpes doivent être particulièrement distinguées : elles concentrent plus

³⁴ Cette partie fait l'objet d'un complément statistique en annexe 4 « Les dépassements dans les établissements de santé ».

³⁵ Donnée tous régimes estimée. Source : CNAMTS/ ERASME V1. Liquidation régime général y compris SLM 2005 : dépassements d'honoraires pour leur pratique en établissement de santé des médecins libéraux conventionnés et des hospitaliers publics ayant une activité libérale.

³⁶ Donnée estimée tous régimes. Même source que pour les dépassements.

³⁷ Ces honoraires ont été facturés par 34 000 praticiens exerçant leur activité libérale en totalité ou en partie dans les cliniques. Ils sont très majoritairement des spécialistes (85,4%). Un tiers d'entre eux est conventionné en secteur 2 et a perçu à lui seul la moitié des honoraires totaux.

³⁸ Ces chiffres seraient à nuancer pour tenir compte du fait que de nombreux patients d'autres régions peuvent choisir de s'y faire opérer.

- de la moitié des dépassements d'honoraires (55%) pour 28% de la population ; l'Ile-de-France seule concentre plus du tiers des dépassements (35%) pour 18% de la population ;
- les dépassements se concentrent sur un nombre réduit de spécialités médicales. Les dépassements liés à l'activité des chirurgiens et des anesthésistes représentent respectivement 52%³⁹ et 19% du montant des dépassements facturés en établissement privé en 2005. Ces deux disciplines totalisent ainsi plus des deux tiers du montant total des dépassements d'honoraires.

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

En montant annuel moyen, les dépassements d'honoraire par praticien en secteur 2 était de 29 406 euros⁴⁰. Les montants les plus élevés sont ceux des anesthésistes avec 71 600 euros de dépassement d'honoraires moyen en 2005. Le montant est de 53 700 euros pour les chirurgiens, 22 680 euros pour les gynécologues et 22 000 euros pour les ophtalmologues.

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

- en anesthésie à Lyon (139 800 euros), dans le Haut-Rhin (128 600 euros), dans le Val d'Oise (113 130 euros), dans le Bas-Rhin (109 065 euros), dans les Hauts de Seine (104 480 euros), à Paris (102 475 euros) et dans le Nord (97 650 euros) ;
- en chirurgie à Lyon (113 640 euros), dans le Nord (86 430 euros), dans le Bas-Rhin (85 880 euros) et à Paris (82 130 euros).

En ce qui concerne les taux de dépassement, les plus élevés sont observés en gynécologie, en chirurgie et en ophtalmologie, à Paris (121%, 120% et 99%), en ophtalmologie et en chirurgie à Lyon (120 % et 108%), en ophtalmologie dans le Bas-Rhin et dans les Hauts-de-Seine (103% et 98%).

Les anesthésistes relevant du secteur 2, moins nombreux que ceux du secteur 1⁴¹, présentent des taux de dépassement également élevés, notamment à Lyon, Paris, dans le Bas-Rhin, les Hauts-de-Seine et le département du Nord (respectivement : 90%, 85%, 68,5%, 67,5% et 54%).

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

³⁹ Cette catégorie regroupe tous les chirurgiens, sauf la chirurgie orthopédique et traumatologique et la chirurgie liée à l'activité d'ORL, d'ophtalmologie et d'urologie. La part de l'ensemble de l'activité chirurgicale dans les dépassements est donc encore supérieure à cette valeur.

⁴⁰ Source : CNAMTS/ ERASME V1. Liquidation régime général. Donnée moyenne par praticien non redressée, établie à titre d'ordre de grandeur sur les seules données du régime général (y compris les sections locales mutualistes). Ces montants moyens doivent être compris comme une estimation basse.

⁴¹ Ils ne représentent qu'un quart des anesthésistes exerçant dans les établissements de santé privés (26,7% en 2005)

1.3.2 *L'activité libérale des praticiens hospitaliers publics en secteur 2, faible en volume, suit une dynamique semblable à celle observée dans les établissements privés*⁴²

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

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

Les praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale dans les établissements de santé publics sont 4 212 en 2004⁴³, soit 11% des praticiens pouvant prétendre statutairement à une activité libérale⁴⁴. Six disciplines concentrent les deux tiers des effectifs : la chirurgie générale et orthopédique, la gynécologie obstétrique, l'ophtalmologie, la radiologie, la cardiologie et l'ORL. Ces praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale à l'hôpital public représentent 3,7% de l'ensemble des praticiens libéraux de ville et hospitaliers de France.

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

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

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

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

⁴² Cette partie fait l'objet d'une annexe spécifique sur l'activité libérale des praticiens hospitaliers (cf annexe 5).

⁴³ Ces effectifs sont décroissants depuis dix ans (4 356 en 1995).

⁴⁴ Cette donnée est une « donnée plancher », car tous les praticiens hospitaliers n'ont pas un mode d'exercice clinique qui peut permettre une facturation à l'acte de leurs prestations. Par ailleurs ce taux est variable selon les disciplines médicales.

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

Toutes spécialités confondues, les dépassements d'honoraires par praticien dans le secteur 2 apparaissent en moyenne plus élevés dans le secteur hospitalier public que dans le secteur privé (cf. tableau ci-dessous).

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

Secteur 2	Effectifs	Honoraires bruts totaux moyens par praticien	Dépassement moyen par praticien	Taux de dépassement par spécialité
Praticiens libéraux des établissements de santé privés*				
Anesthésie	824	223 521 €	71 598 €	47,1%
Chirurgie ⁴⁵	3 787	160 579 €	53 695 €	50,2%
Gynécologie ⁴⁶	1 263	83 843 €	22 684 €	37,1%
Ophtalmologie	1 492	72 717 €	21 997 €	43,4%
Tous spécialistes	12 068	103 746 €	30 804 €	42,2%
Praticiens hospitaliers publics des établissements de santé publics**				
Anesthésie	21	34 800 €	14 870 €	74,6%
Chirurgie ⁴⁷	331	79 970 €	40 494 €	102,6%
Gynécologie	307	76 177 €	36 393 €	91,5%
Ophtalmologie	117	95 861 €	51 368 €	115,5%
Tous spécialistes	1 670	70 999 €	34 261 €	93,3%

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

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

⁴⁵ Cette catégorie regroupe tous les chirurgiens, sauf la chirurgie orthopédique et traumatologique et la chirurgie liée à l'activité d'ORL, d'ophtalmologie et d'urologie.

⁴⁶ Rappel : cette catégorie regroupe les gynécologues médicaux, gynécologues et obstétriciens et gynécologues-obstétriciens.

⁴⁷ cf. note 45

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

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

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

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

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

1.4 La part des consultations effectuées aux tarifs opposables par les praticiens du secteur 2 est faible contrairement aux actes techniques ; les tarifs des consultations sont peu modulés

A l'exception notable du Nord-Pas-de-Calais et, dans une moindre mesure de la région PACA, les taux de dépassement régionaux sont d'autant plus élevés que la région concernée est « riche », en raison de la situation de monopole partiel dans laquelle se trouvent les médecins. Mais, même dans ces régions riches, les revenus sont dispersés⁴⁸. Or pour les patients les moins aisés, l'accès aux soins et l'égalité d'accès aux soins ne sont préservés que si le médecin adapte ses dépassements aux possibilités financières de chacun.

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

⁴⁸ Ainsi, en Ile-de-France, le revenu fiscal par unité de consommation des 10% de la population ayant le revenu annuel le plus faible est de 5 707 euro⁴⁸, soit le montant le plus faible des régions françaises après la Corse, le Nord - Pas-de-Calais et le Languedoc-Roussillon.

1.4.1 Dans certains départements et certaines spécialités, la proportion de spécialistes exerçant en secteur 1 est inférieure à 50%

Il convient en premier lieu de rappeler que dans certaines régions et spécialités, la part des praticiens en secteur 1 peut être faible ou très faible.

Alors que pour l'ensemble de la France métropolitaine, la proportion de spécialistes exerçant en secteur 1 s'élève à 61%⁴⁹, la proportion de spécialistes exerçant dans ce secteur est inférieure à 50% dans les Alpes-Maritimes (46%), le Rhône (36%), les Yvelines (40%), les Hauts-de-Seine (37%), en Seine-et-Marne (46%), dans le Val-d'Oise (48%) et à Paris (28%). Lorsque les praticiens de secteur 2 ne pratiquent pas de tarif opposable, le patient accède très difficilement à des tarifs conventionnels.

1.4.2 Pour l'ensemble des spécialités, la part des consultations effectuées aux tarifs opposables par les praticiens à honoraires libres est inférieure à 20%

Le tableau ci-après présente, par spécialité, la part des consultations effectuées aux tarifs opposables, hors bénéficiaires de la CMU complémentaire⁵⁰.

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

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

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

A l'exception des cardiologues⁵¹, la part des consultations (C ou CS⁵²) effectuées au tarif opposable est inférieure à 20% pour toutes les spécialités. Cette part est très faible pour les dermatologues, gynécologues, ORL, pédiatres et ophtalmologues puisque toujours inférieure à 7%.

⁴⁹ Source : Eco-santé 2006 (SNIR 2004)

⁵⁰ Pour ces patients, le tarif opposable est de droit. Cf. cependant partie 1.4.4.

⁵¹ On peut noter que, en contrepartie de la baisse des échocardiogrammes et de la suppression des suppléments à l'électrocardiogramme, les cardiologues bénéficient depuis 1997 d'une consultation spécifique, la CSC, mieux cotée que la CS.

⁵² Hors les consultations tarifées C2. Outre les possibilités ouvertes par la convention de 2005 pour tarifier deux fois la lettre clé C dans le cadre d'un avis ponctuel, certains praticiens, anciens internes d'un CHR appartenant à un CHU, pouvaient déjà coter le C2 en application de l'article 18 de la NGAP. La cotation C2 représente ainsi un tiers des consultations des chirurgiens.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.4.4 Dans la plupart des spécialités, les tarifs de consultation sont peu modulés

Afin de compléter l'analyse de l'offre tarifaire des praticiens à honoraires libres pour leurs consultations, la mission a étudié le nombre de tarifs différents de consultations (C, CS et CNP pour les psychiatres) au sein de leur patientèle⁵³.

A l'exception notable des psychiatres et neuropsychiatres, ainsi que des pédiatres, les praticiens modulent très peu leurs tarifs de consultation : le pourcentage des praticiens ne pratiquant qu'un ou deux tarifs de consultation s'étale selon les spécialités de 27% à 54%.

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

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

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

⁵³ Y compris bénéficiaires de la CMU complémentaire. Les résultats détaillés de cette étude sont présentés en annexe 8.

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

1.4.5.1 Les dépassements d'honoraires sont en principe interdits

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

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

1.4.5.2 Mais la loi est largement méconnue dans certaines spécialités et zones géographiques⁵⁴

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

De plus, certains départements d'Ile-de-France, de Rhône-Alpes et de Provence-Alpes-Côte d'Azur concentrent ces dépassements. Ainsi, un tiers des bénéficiaires de la CMU complémentaire qui ont consulté en chirurgie générale et urologique à Paris sur la période d'étude⁵⁵ ont payé un dépassement d'honoraires. Pour la moitié d'entre eux, son montant était d'au moins 20 euros ; dans 10% des cas, il était d'au moins 67 euros⁵⁶.

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

⁵⁴ La mission n'est pas en mesure de déterminer si les praticiens qui ont facturé ces dépassements ont contrevenu à la loi, sciemment.

⁵⁵ Les résultats détaillés de cette étude figurent en annexe 9.

⁵⁶ Pour mémoire, les ressources mensuelles d'une personne bénéficiaire de la CMU complémentaire en métropole sont au plus de 600 euros par mois, soit 20 euros par jour.

1.5 L'étude menée sur quatre épisodes de soins⁵⁷ établit qu'une majorité de patients est aujourd'hui confrontée à des dépassements d'honoraires dont les montants peuvent être élevés

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

L'étude porte sur quatre actes distincts : l'accouchement, la chirurgie du cristallin, la prothèse totale de hanche et la coloscopie. Ils ont été choisis en fonction de leur fréquence élevée dans la population, de l'implication de spécialités médico-chirurgicales différentes et de leur répartition variable entre les secteurs hospitaliers public et privé. L'étude vise à établir la fréquence, le montant et la dispersion des dépassements d'honoraires effectivement facturés aux patients au cours de chaque épisode, par l'ensemble des médecins⁵⁸. La sélection des actes a été volontairement centrée sur les actes simples (par exemple l'accouchement unique, sans complication) pour limiter la dispersion des coûts pouvant résulter d'une trop forte hétérogénéité des prises en charge médicales⁵⁹. Les actes étudiés ont été réalisés au second semestre 2005 dans l'ensemble des établissements de santé publics et privés.

1.5.1 Au cours des épisodes de soins sélectionnés, des dépassements d'honoraires ont été facturés à la majorité des patients,⁶⁰ pour des montants moyens pouvant être élevés

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

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

⁵⁷ Cf. annexe 6 pour le détail de cette étude.

⁵⁸ Tous les dépassements de plus de un euro, quel que soit le secteur conventionnel du praticien, ont été retenus. Ont donc été inclus dans l'étude les patients ayant eu à faire face à un dépassement même de très faible montant, y compris pour des soins pratiqués par des médecins conventionnés en secteur 1.

⁵⁹ De cette façon, la dispersion des dépassements peut être principalement rattachée à la dispersion des tarifs pratiqués par les médecins.

⁶⁰ Tous patients confondus, y compris les bénéficiaires de la CMU complémentaire.

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

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

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

La comparaison des deux secteurs d'hospitalisation ne peut pas être réalisée directement s'agissant d'un épisode de soins⁶¹ ; elle est par contre plus immédiate s'agissant de l'observation de l'acte lui-même sur lequel on a centré l'étude. Il s'agit des dépassements facturés le jour même de réalisation de l'acte. A l'hôpital public, les données facturées correspondent à l'activité libérale des praticiens hospitaliers.

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

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

⁶¹ La comparaison entre les montants des dépassements des deux secteurs hospitaliers ne doit pas être comprise comme celle issue de l'activité unique de l'un ou de l'autre secteur. En effet, s'agissant d'épisodes de soins sur une période plus ou moins longue, les soins ont pu être délivrés avant ou après l'hospitalisation par des praticiens en ville comme à l'hôpital, et pratiquant éventuellement des dépassements d'honoraires. Par ailleurs, il apparaît que le nombre moyen d'actes facturés avec dépassement dans un épisode donné est toujours supérieur chez ceux dont l'acte lui-même est réalisé dans le secteur hospitalier privé. Les montants moyens totaux ne peuvent donc qu'être majorés à due concurrence.

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

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

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

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

1.5.2 La dispersion des dépassements d'honoraires est large

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

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

Elle est :

- pour l'accouchement, de 7 à 167 euros à l'hôpital et de 14 à 377 euros en clinique ;
- pour les opérés du cristallin, de 7 à 189 euros à l'hôpital et de 13 à 465 euros en clinique ;
- pour les patients ayant bénéficié d'une prothèse totale de hanche, de 7 à 567 euros à l'hôpital et de 25 à 964 euros en clinique ;
- pour les patients ayant eu une exploration coloscopique, à l'hôpital de 5 à 110 euros et de 8 à 226 euros en clinique.

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

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

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

Il convient ici aussi d'être prudent en terme de comparaison des deux secteurs public et privé de prise en charge de ces épisodes⁶².

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

Elle est :

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

⁶² Il convient de rappeler notamment que le nombre moyen d'actes facturés avec un dépassement, détaillé dans l'annexe, est toujours supérieur chez les patients dont l'acte est réalisé dans le secteur privé.

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

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

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

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

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

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

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

Lorsqu'on ne s'intéresse qu'aux dépassements médians facturés par le praticien responsable de l'acte principal, les écarts sont encore plus importants entre hôpital public et clinique⁶³.

⁶³ Ainsi, le dépassement moyen des chirurgiens orthopédistes est de 847 euros par patient à l'hôpital public contre 410 euros en clinique.

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

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

Les dépassements concernant les actes facturés le jour de l'intervention sont moins fréquents et concernent, pour trois des quatre épisodes⁶⁴, entre un quart et la moitié des patients. Cette observation doit être reliée au fait que les praticiens dépassent plus régulièrement à l'occasion des consultations que sur les actes (cf. paragraphe 1.4).

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

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

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

Aussi les dépassements d'honoraires peuvent-ils conduire à un recul de la solidarité nationale. Alors que les soins liés à la maternité et les actes chirurgicaux lourds sont en principe pris en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire, cet engagement n'est plus garanti pour les patients concernés par des dépassements d'honoraires⁶⁵. Pour plus d'une femme sur deux, ayant eu à régler un ou plusieurs dépassements au cours des six derniers mois de sa grossesse, le taux de couverture moyen de l'épisode de soins par l'assurance maladie obligatoire⁶⁶ n'est que de 56% pour celles ayant accouché dans le public et de 54% pour celles ayant accouché dans le privé.

⁶⁴ En revanche, les dépassements facturés le jour de l'accouchement n'ont concerné que 5% des femmes, quel que soit l'établissement dans lequel la patiente a accouché.

⁶⁵ « le principe qui sous-tend le système actuel est que les « gros restes à charge sont « écrêtés ». Par ce mécanisme, qui remonte aux origines de l'assurance maladie, la collectivité nationale a fait le choix de couvrir aussi parfaitement que possible les soins les plus onéreux. » (Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, avis sur le périmètre de la prise en charge intégrale par les régimes de base du 27/10/2005.

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

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

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

2 L'extension de la pratique des dépassements est de nature à remettre en cause certains des principes sur lesquels repose le système de soins

Quelle que soit la base conventionnelle des dépassements, un calcul simplificateur pourrait amener à considérer que le financement direct des dépassements d'honoraires par les ménages ne représente que 20€ par an et par personne⁶⁷. Pourtant, comme l'a montré la première partie, le reste à charge, constitué pour l'essentiel de dépassements d'honoraires, peut être conséquent et s'élever à plusieurs centaines, voire milliers d'euros, alors même que la participation des régimes obligatoires est censée augmenter avec la gravité des pathologies⁶⁸. De nombreuses raisons expliquent la dérive des masses financières en cause. En remettant en cause les principes mêmes du système de santé, cette dérive oblige à se poser la question de l'opportunité d'une réforme.

2.1 De nombreuses raisons expliquent la dérive des dépassements

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

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

L'application d'un tarif différent plus élevé que le tarif remboursé par l'assurance maladie peut donner le sentiment d'un « bien différencié » pour le patient. Celui-ci s'apparente alors à un bien de luxe⁶⁹. La principale caractéristique d'un tel bien est que sa demande augmente avec le prix, ce qui est l'inverse du comportement « normal » de l'offre et de la demande de biens et services. Pour un tel bien, si le prix est faible, les consommateurs estiment alors qu'il ne reflète pas son positionnement haut de gamme et sa demande faiblit, soit parce que la qualité perçue est inférieure, soit parce qu'il n'est plus un symbole de statut social différencié⁷⁰.

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

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

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

⁷⁰ Tant que ce comportement touche une minorité de consommateurs, cela peut inciter les médecins à travailler davantage (ils renoncent à une partie de leur temps de loisir contre un revenu marginal plus élevé) pour des patients qui sont prêts et peuvent payer des tarifs élevés. Cela laisse alors les médecins travaillant au tarif opposable disponibles pour les patients qui ont de plus faibles revenus. Mais lorsque le nombre de médecins pratiquant des dépassements d'honoraires augmente, les tarifs élevés peuvent alors devenir la norme et exclure des soins une partie des patients aux revenus modestes.

En réalité, rien ne permet d'établir un lien entre qualité et dépassements (cf. paragraphe 2.2.1.2).

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

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

Quant à la prise en charge des dépassements d'honoraires par les assureurs complémentaires, elle a des effets inflationnistes :

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

2.1.2 Les dépassements ont constitué un marché pour les organismes complémentaires qui ont été conduits à les prendre en charge pour faire face à la concurrence

Pour toutes les familles d'organismes complémentaires⁷¹, la prise en charge des dépassements d'honoraires contribue au chiffre d'affaires. Mais selon la famille d'organismes et la nature des contrats, collective ou individuelle, les mécanismes à l'œuvre conduisant à cette prise en charge ont pu être différents.

Traditionnellement, la mutualité, attachée à la solidarité, ne couvre pas ou peu les dépassements. Elle souhaite maîtriser les remboursements pour rester accessible au plus grand nombre, tout en limitant le reste à charge des sociétaires. Mais, dans un contexte de développement de la concurrence, la solidarité a été mise à mal par des phénomènes d'antisélection. Poussées à diversifier leur offre, des mutuelles ont choisi de prendre en charge les dépassements d'honoraires, d'autant plus que leur banalisation dans certaines zones géographiques et spécialités pesait sur le reste à charge des assurés. La prise en charge par les mutuelles des dépassements, éventuellement négociés avec les professionnels de santé⁷², n'est plus considérée comme illégitime⁷³ par ce mouvement. Ce n'est que hors parcours de soins

⁷¹ Trois types d'organismes interviennent en assurance maladie complémentaire : les mutuelles du code de la mutualité, les sociétés d'assurance relevant du codes assurances et les institutions de prévoyance. En 2005, les organismes complémentaires d'assurance ont financé 19,3 milliards d'euros de dépenses de santé, soit 12,8% des dépenses totales de soins et biens médicaux, dont 11,0 milliards d'euros pour les mutuelles, 4,6 milliards d'euros pour les sociétés d'assurance et 3,7 milliards d'euros pour les institutions de prévoyance.

⁷² Les mutuelles de la fonction publique conventionnent ainsi des établissements de santé avec lesquels elles ont négocié les tarifs des chambres particulières. Elles négocient également avec les praticiens intervenant dans ces établissements des forfaits de dépassements.

⁷³ Cf. la charte pour un parcours de santé mutualiste adoptée lors du congrès de la Mutualité française en juin 2006 : en matière de remboursements, les mutuelles doivent « assurer des remboursements supprimant les restes

que la Mutualité française recommande aux mutuelles de ne pas prendre en charge les dépassements d'honoraires.

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

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

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

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

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

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

Les différentes auditions menées par la mission, tant auprès des instances ordinales, que des représentants des professionnels et établissements de santé n'ont pas permis d'établir une règle claire sur l'intéressement financier des cliniques privées aux dépassements d'honoraires. Il semble que dans la majorité des cas⁷⁵, la clinique ne soient pas intéressée de façon majeure aux dépassements d'honoraires.

à charge, à défaut les limitant dans le cadre de montants déterminés, notamment sur la base de tarifs négociés avec les professionnels de santé afin de répondre aux exigences de transparence et d'opposabilité des tarifs ».

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

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

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

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

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

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

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

- soit d'un avantage proposé aux praticiens pour les attacher à l'hôpital public ; pour ce dernier, la perception de la redevance, en contrepartie de l'activité libérale, génère peu de revenus⁷⁷ ; mais cette faculté peut aussi générer une activité supplémentaire importante à l'origine de ressources financières, notamment avec la montée en charge de la tarification à l'activité ;
- soit d'un frein au bon fonctionnement du service lorsque le temps consacré à l'activité libérale obère celui consacré aux patients dans le cadre du service public.

constituer une violation de la convention conclue avec les Caisses d'Assurance Maladie, susceptible de remettre en cause le conventionnement de l'établissement. »

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

⁷⁷ Pour les détails, cf. annexe 5 sur l'activité libérale.

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

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

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

Les contrôles de la CNAMTS restent pour l'instant très limités, malgré un investissement déjà ancien des caisses primaires, à l'occasion notamment des mots d'ordre de dépassements lancés par certains syndicats médicaux pendant la campagne présidentielle de 2002 afin d'obtenir la revalorisation du tarif de la consultation à 20€ pour les praticiens de secteur 1 ou plus récemment pour obtenir que le tarif de la consultation de généraliste soit aligné sur celle de la consultation de spécialiste, soit une augmentation de 21€ à 23€. Mais, les actions des caisses d'assurance maladie sont très hétérogènes. La mission a pu constater de très fortes implications comme celle de la caisse primaire de Lyon ou de Rennes, ou les actions de la caisse régionale d'assurance maladie du Languedoc-Roussillon⁸⁰. Ces actions sont pour l'instant peu relayées au niveau national et aucun système d'information centralisé ne les relie.

Par ailleurs, la CNAMTS a décidé d'étudier l'ampleur et la fréquence des dépassements d'honoraires en ce qu'ils pourraient nuire à l'accès des patients aux soins de spécialistes, mais également d'entamer des actions plus répressives prévues par la convention du 12 janvier 2005 pouvant aller jusqu'au « déconventionnement ».

A l'occasion de sa restructuration récente, la nouvelle direction du contrôle contentieux et de la répression des fraudes de la CNAMTS s'est vu confier une mission sur le sujet des dépassements abusifs. Elle a élaboré un plan de contrôle qui devrait lui permettre de soumettre les dossiers litigieux aux instances ordinales des médecins. Toutefois, ce plan de contrôle dont la mission a eu connaissance, ne vise pour l'instant que 12 praticiens !

Aujourd'hui, la mesure des dépassements d'honoraires des médecins spécialistes de secteur 2 semble donc considérée par la CNAMTS comme un véritable problème d'accès aux soins pour les patients qu'il devient nécessaire de réguler.

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

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

⁸⁰ « Accessibilité aux soins et dépassements d'honoraires dans les cliniques de court séjour en Languedoc-Roussillon », Etudes et propositions d'actions, CRAM du Languedoc-Roussillon avec le concours de l'ARH, Novembre 2005.

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

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

Le droit à dépassement permanent prévu dans la première convention nationale de 1971 a été supprimé par la convention nationale de 1980 et remplacé par une disposition beaucoup plus large : cet accord permettait en effet à tous les médecins qui en exprimaient le souhait d'appliquer des "honoraires différents" des tarifs conventionnels. Cette option leur permettait d'être conventionnés, et à leurs patients de continuer à être remboursés d'une partie des honoraires, ceux correspondants aux tarifs opposables⁸¹.

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

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

En ce qui concerne l'activité libérale à l'hôpital public, la loi du 28 octobre 1982 en avait organisé l'extinction au 31 décembre 1986, mais la loi du 27 janvier 1987 en a rétabli la possibilité et a mis en place les modalités de son contrôle.

2.2 les arguments qui pourraient conduire à les réformer

2.2.1 *Pour les assurés, les dépassements constituent un recul de la solidarité et non une garantie de qualité*

2.2.1.1 *L'obstacle financier que représentent les dépassements n'est compensé ni par les couvertures maladies complémentaires ni par l'action sociale des caisses*

➤ Les dépassements sont un obstacle à l'accès aux soins

Du fait de leur banalisation dans certaines régions et spécialités, les dépassements peuvent constituer un obstacle financier à l'accès aux soins : c'est le cas chaque fois que l'offre à tarif opposable est limitée (cf. 1^{ère} partie) et que les dépassements sont facturés aux personnes à revenus modestes. Or on constate que dans les spécialités et les zones où les

⁸¹ Cf annexe 2

dépassements se sont banalisés, les bénéficiaires de la CMU complémentaire eux-mêmes y sont astreints.

Dans le meilleur des cas, ceci génère des inégalités d'accès aux soins. Ainsi, en Alsace, les plus pauvres n'auraient plus le choix et ne pourraient avoir accès qu'à l'offre hospitalière publique : certains praticiens rencontrés par la mission ont déclaré que si l'offre privée à tarif opposable n'était plus suffisante, il était toujours possible de s'adresser à l'hôpital public. Au pire, lorsque l'offre de substitution est réduite, c'est un report dans le temps des soins, avec les risques que cela comporte, voire un renoncement⁸² définitif aux soins. C'est vraisemblablement le cas en région parisienne pour certaines spécialités.

➤ Ce recul n'est pas compensé par les couvertures maladie complémentaires

Les couvertures les plus généreuses sont surtout accessibles aux cadres des grandes entreprises. Les travaux de l'IRDES⁸³ sont particulièrement éclairants pour comprendre qui accède aux niveaux de garantie les plus élevés.

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

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

⁸² Selon l'IRDES, « Enquête Santé et Protection Sociale 2004 : premiers résultats », questions d'économie de la santé n°110, juillet 2006, « l'absence de couverture par une complémentaire maladie est le principal facteur lié au renoncement ».

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

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

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

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

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

De son côté, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a montré dans sa note du 24 février 2005 sur les couvertures complémentaires maladie, sur la base de données datant de 2000, que le montant des dépassements payés par les ménages (avant intervention éventuelle d'une couverture complémentaire) était croissant avec le revenu par unité de consommation. Si un ménage dont le revenu est inférieur à 534 euros par unité de consommation paie 61 euros de dépassements et qu'on fait l'hypothèse que sa complémentaire, si elle existe, ne couvre pas les dépassements, son reste à charge final est de 61 euros. Si un ménage dont le revenu est supérieur à 1 296 euros par unité de consommation paie 154 euros de dépassements pris en charge par une assurance aux frais réels, son reste à charge final est nul.

- Le recul de la solidarité n'est pas non plus compensé par l'action sociale des caisses

L'inégalité d'accès à une couverture complémentaire suffisante n'est pas compensée par l'action sociale des caisses. Selon les informations transmises par la CPAM de Paris, sur 54 demandes d'aides financières présentées en 2006 et liées à des dépassements, seules trois ont été acceptées⁸⁷. Dans l'ensemble de ses déplacements, la mission a pu constater que les caisses ne souhaitent pas que l'action sociale prenne en charge les dépassements afin de ne pas encourager cette pratique. Elles invoquent également les possibilités alternatives de soins en secteur 1. Ce dernier argument est sans doute contestable et ne peut être repris notamment dans les régions où l'offre de soins à tarif opposable est faible.

2.2.1.2 Il est d'autant plus difficile aux assurés d'éviter des dépassements que l'information, partielle et tardive, qui leur est délivrée ne permet pas de corriger l'asymétrie des relations entre les praticiens et eux

- Les textes sont hétérogènes et peu cohérents quant aux responsabilités dans la transmission de l'information

L'article L 1111-3 du code de la santé publique dispose que « toute personne a droit, à sa demande, à une information, délivrée par les établissements et services de santé publics et privés, sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge. Les professionnels de santé d'exercice libéral doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie ». C'est

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

⁸⁷ Deux des trois dossiers acceptés « l'ont été en raison de critères sociaux particuliers ou de situations d'urgence justifiées par le médecin conseil en colloque » (note de la CPAM de Paris à la demande de la mission du 22 novembre 2006).

donc le patient lui-même qui doit prendre l'initiative de demander l'information dans les établissements publics et privés, contrairement à ce qui se passe pour la médecine libérale.

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

Enfin, pour le détail des informations à afficher dans les cabinets de médecine libérale, il faut se référer à l'arrêté du 11 juin 1996 (JO du 22 juin 1996)⁸⁸ relatif à l'information sur les tarifs d'honoraires pratiqués par les médecins libéraux : c'est donc là encore sur le praticien que repose l'obligation d'information.

➤ Les différents textes sont mal appliqués

La direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes a mené, en 2005, une enquête sur l'affichage des prix chez les médecins, au 4^{ème} trimestre de la même année. Son but était de faire un état des lieux du respect des dispositions de l'arrêté du 11 juin 1996 et d'en vérifier l'adaptation au nouveau contexte tarifaire créé par les dispositifs du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés.

Les comptes-rendus qui ont été faits traduisent la faible implication des médecins sur la question de l'information du consommateur.

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

Les constats effectués montrent un net recul du respect des obligations d'affichage intérieur par rapport aux résultats de l'enquête réalisée en 2000⁸⁹ qui concluait que l'affichage dans les salles d'attente était correct dans 80% des cas, sans que la situation se soit améliorée en ce qui concerne les plaques professionnelles extérieures.

Cette dégradation du respect des règles de l'affichage semble générale et il n'est pas possible de l'imputer à un groupe de médecins ou un secteur conventionnel particulier.

Cette situation générale recouvre cependant de fortes disparités - disparités au sein d'une même région ou selon la région.

La dégradation du respect des obligations d'affichage touche à la fois le principe même de cet affichage et ses modalités : 43% des contrôles se sont soldés par l'envoi d'un courrier rappelant au médecin ses obligations en matière d'affichage.

Sur les modalités elles-mêmes de l'affichage, les contrôles ont également montré que des progrès demeuraient à faire sur l'affichage existant, en ce qui concerne le lieu de

⁸⁸ L'article L 1111-3 du code de la santé publique donne une base légale à cet arrêté.

⁸⁹ Les résultats de cette enquête figurent dans la note d'information n° 2000-144 du 13 septembre 2000 de la DGCCRF

l’affichage,⁹⁰ la validité de l’information délivrée, l’indication des fourchettes d’honoraires ou les honoraires des actes les plus fréquents.

S’agissant des fourchettes d’honoraires, celles-ci sont très vagues et permettent à certains praticiens de fixer leurs tarifs en fonction des moyens financiers de leur clientèle et de la couverture "complémentaire santé" dont elle bénéficie. Elles sont également d’une trop grande amplitude ce qui diminue fortement la portée de l’information délivrée. Les amplitudes relevées varient couramment de 1 à 2⁹¹, parfois de 1 à 3⁹². La fourchette est d’autant plus critiquable qu’elle ne correspond le plus souvent pas à une réalité. De nombreux médecins pratiquent un à deux tarifs uniquement (cf. partie 1.4) : il en est ainsi de la moitié des cardiologues et des urologues.

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

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

➤ L’information dispensée par l’assurance maladie est également très insuffisante

L’assurance maladie a pourtant le pouvoir de délivrer une information exhaustive au patient pour l’aider à s’orienter dans le système de soins : selon les termes mêmes de l’article L162-1-11 du code de la sécurité sociale⁹³, les organismes gestionnaires des régimes obligatoires d’assurance maladie assurent une mission générale d’information des assurés qui peuvent obtenir toutes informations utiles portant notamment sur la situation des professionnels de santé au regard de leur secteur d’exercice, leur participation à la formation continue, sur les tarifs d’honoraires habituellement demandés, etc.

⁹⁰ Alors que l’arrêté prévoit un affichage dans la salle d’attente, les directions ont constaté des affichages présents uniquement dans des endroits peu visibles (près d’un secrétariat) ou dans le cabinet du médecin lui-même, voire dans la cabine de déshabillage.

⁹¹ Exemple : de 20€ à 50 € en Alsace ; de 30 à 60€ dans le Centre ; de 23 à 46 € en Lorraine ; de 28 à 65€ en Corse ; «la consultation varie entre 23 et 60€ ou est gratuite » dans les Yvelines.

⁹² Exemple de 23 à 76,22 € dans le Maine-et-Loire.

⁹³ Dans cet article modifié récemment par la loi du 13 août 2004 et la loi du 21 décembre 2006, il est dit que « les organismes gestionnaires des régimes obligatoires de base de l’assurance maladie assurent, par tous moyens adaptés, une mission générale d’information des assurés sociaux, en vue notamment de faciliter l’accès aux soins et à la protection sociale et de leur permettre de connaître les conditions dans lesquelles les actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu’ils reçoivent sont pris en charge. Les assurés sociaux peuvent obtenir toutes informations utiles portant notamment sur les tarifs applicables, les taux de remboursement et les conditions de prise en charge des services et des produits de santé, ainsi que sur le bon usage des soins ou de ces produits. Les caisses peuvent également mettre en œuvre des services de conseils administratifs ou d’orientation. Ces services doivent permettre aux assurés de disposer des informations nécessaires pour accéder à la prévention et aux soins dans les meilleures conditions. Ils peuvent en particulier fournir tous éléments d’information sur les services assurés par les établissements de santé et sur la situation des professionnels de santé au regard des dispositions conventionnelles ou réglementaires les régissant ainsi que sur leur adhésion aux contrats prévus aux articles L. 162-12-18, L. 162-12-20 et L. 183-1-1, et leur participation à la formation continue, à la coordination des soins et à la démarche d’évaluation de la qualité professionnelle prévue à l’article L. 4133-1-1 du code de la santé publique. Ils fournissent également tous éléments d’information sur les tarifs d’honoraires habituellement demandés et toutes informations utiles à la bonne orientation du patient dans le système de soins. Les caisses nationales d’assurance maladie peuvent mettre en place des programmes d’accompagnement des patients atteints de maladies chroniques visant à leur apporter des conseils en termes d’orientation dans le système de soins et d’éducation à la santé ».

Malgré ce texte, l'information délivrée par l'assurance maladie est pour l'instant extrêmement pauvre.

Il est ainsi particulièrement malaisé de trouver le site sur lequel figure l'information sur les professionnels de santé. Celle-ci est regroupée dans un annuaire qu'il est difficile de trouver sur la page d'accueil du site. Une fois l'annuaire ouvert, si la recherche est effectuée par le nom du praticien, il est presque impossible de savoir directement si celui-ci est secteur 1 ou 2. Aucune information n'est, en outre, donnée sur le montant (montant moyen ou le plus fréquent, etc) de ses dépassements. Quant à la rubrique « option conventionnelle » du site, l'information qui y figure permet de savoir si le praticien est médecin-référent ou pas, ce qui est désormais une information dépassée. Les plateformes info-soins qui étaient en expérimentation jusqu'à la fin 2006 ont été généralisées : outre le fait qu'aucune information nationale n'a été donnée aux assurés, hors un communiqué de presse auquel peu de personnes ont eu accès, l'information qui y est délivrée est encore très succincte : « l'assuré saura si le médecin est conventionné en secteur 1 ou bien en secteur 2 à honoraires libres. Pour ces derniers, l'assurance maladie ne peut pas toujours donner un tarif précis car les tarifs, qui doivent être fixés avec tact et mesure, sont modulés en fonction de la situation spécifique des patients ou des actes médicaux pratiqués. »

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

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

La complexité de la réglementation est réelle

Les difficultés de compréhension des différents statuts⁹⁴ des médecins au regard des conventions médicales peuvent être très lourdes pour les assurés. La complexité de la tarification s'est encore aggravée avec la mise en place du parcours de soins et du médecin traitant.

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

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

⁹⁴ Entre les médecins conventionnés tenus de respecter les tarifs dits « opposables » du secteur 1, les médecins conventionnés autorisés à pratiquer des honoraires libres (dépassements du secteur 2) et les médecins non conventionnés

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

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

La mission relève que le conseil national de l'ordre des médecins s'abrite derrière cette complexité pour expliquer non pas les difficultés des assurés, mais celles des médecins dans la fixation de leurs honoraires.⁹⁵ Ainsi, la fiche relative aux honoraires et à leur fixation « avec tact et mesure » commence-t-elle par les développements suivants : « 1. La complexité des modes de fixation des honoraires : quelle que soit sa situation au regard de la convention, chaque médecin est tenu au respect du tact et de la mesure des honoraires, inscrit dans le code de déontologie. Mais reconnaissons qu'entre les médecins conventionnés tenus de respecter des tarifs dits « opposables » (secteur 1), les médecins conventionnés autorisés à pratiquer des honoraires différents (secteur 2) et les médecins non conventionnés (secteur 3), la complexité du système ne favorise pas la lisibilité des modes de fixation des honoraires ». Il convient toutefois de remarquer que le rapport sur la base duquel la fiche a été rédigé est beaucoup plus neutre.

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

2.2.1.3 Il n'y a pas de lien objectif entre dépassements et qualité des soins

➤ Le statut des médecins quant au droit à dépasser est très hétérogène

L'appartenance au secteur à honoraires libres ne s'est pas faite dans les mêmes conditions à toutes les époques (cf. première partie). Aucune condition particulière n'a été demandée aux praticiens à l'ouverture de ce secteur en 1980, l'accès à ce secteur a ensuite été partiellement fermé en 1990. Cette hétérogénéité de situation donne aux médecins de secteur 2 un statut mal défini pour les patients mais les tarifs supérieurs qu'ils pratiquent ne reflètent pas nécessairement des actes objectivement différents en qualité de ceux pratiqués par leurs confrères qui ont pu choisir d'exercer en secteur 1.

➤ Le droit à dépassement est donné sans limitation de durée

Lorsqu'un médecin a le droit de pratiquer des honoraires libres ce droit lui est accordé une fois pour toutes, sauf sanction prononcée pour des abus qu'il aurait pu commettre, sans tenir compte de la qualité des formations post universitaires suivies ou de son expérience, à travers le nombre d'actes effectués.

➤ On ne dispose d'aucune étude permettant d'établir un lien entre dépassement et qualité

Une enquête de la DREES réalisée en 2002 auprès des médecins généralistes libéraux montre que l'appartenance au secteur à honoraires libres est corrélée à une durée

⁹⁵ et pourtant ils ont été fixés au cours de négociations menées avec les professionnels de santé eux-mêmes

supplémentaire de séance de 4mn⁹⁶. Mais la même durée supplémentaire s'observe aussi lorsque le médecin est une femme.

Cette enquête dont les résultats sont difficilement interprétables au regard de la qualité n'a été complétée par aucune enquête du même type pour les médecins spécialistes.

Malgré la stabilité du taux de charge rappelée en partie 1 pour l'ensemble des spécialités, certains médecins justifieraient les dépassements par les montants de leurs charges et non par la qualité de leur prestation.

- En tout état de cause, la corrélation entre droit à dépassement et qualité des pratiques n'est pas avérée

Il n'est pas possible de défendre que les pratiques professionnelles des médecins en secteur 1 soient moins bonnes que celles des praticiens de secteur 2. En outre, lier dépassement et qualité serait dangereux au regard des principes mêmes de la sécurité sociale qui veulent que chacun reçoive les soins que son état de santé requiert et non les soins selon les moyens qu'il peut y consacrer.

2.2.2 Pour les médecins, le système est inéquitable

2.2.2.1 Les inégalités sont très importantes en ce qui concerne les honoraires totaux

Ainsi qu'il a été montré dans la première partie, les dépassements ont introduit de fortes différences entre les honoraires des deux secteurs conventionnels à profil d'activité identique. Pour l'ensemble des spécialistes à honoraires libres, le taux de dépassement est passé de 25% en 1990 à 47% en 2004. Les dépassements ont permis aux spécialistes à honoraires libres un gain supplémentaire de pouvoir d'achat d'un tiers obtenu très largement sur la période récente 2001-2004.

2.2.2.2 En outre, la réforme de 1990 a contribué à renforcer ces inégalités entre générations selon la date d'installation des praticiens

En limitant aux nouvelles installations et aux anciens chefs de clinique la possibilité d'obtenir un droit à dépassement, la réforme a nourri chez les praticiens installés en secteur 1 avant 1990 la conviction que le système était inéquitable. En effet, lorsqu'ils avaient choisi le secteur 1 par conviction au moment où ils pouvaient encore envisager de modifier ce choix ultérieurement, ils ont eu le sentiment d'avoir été trompés lors de la réforme de 1990. Ce sentiment s'est aggravé du fait de la divergence d'évolution des revenus des praticiens relevant des deux secteurs conventionnels.

⁹⁶ « La durée des séances des médecins généralistes », Pascale Breuil-Genier et Céline Goffette, Etudes et Résultats, n°481, DREES, Avril 2006.

2.2.3 Du point de vue des pouvoirs publics et des régimes obligatoires d'assurance maladie, le système, à bout de souffle, nuit à l'efficacité de leur action

2.2.3.1 Le système est inflationniste.

Le système encourage la pression des revendications sur les tarifs conventionnels pour qu'ils soient portés au niveau le plus élevé possible afin de réduire les inégalités avec les honoraires du secteur 2 (cf. paragraphe 2.1.5).

En outre, l'existence de couvertures complémentaires a pu conduire à un relâchement des pratiques tarifaires des médecins. Avoir une mutuelle n'est pas⁹⁷, loin s'en faut, synonyme de prise en charge des dépassements d'honoraires dans leur intégralité. Mais la socialisation de la prise en charge par le biais des couvertures complémentaires, imaginée ou réelle, a pu conduire à un relâchement des pratiques tarifaires des médecins, aussi bien sur les montants de dépassement que sur la multiplication des actes et consultations avec dépassement.

En particulier, le remboursement intégral des dépassements, prévu par certains contrats dits « aux frais réels », ont encore poussé à la hausse les sommes demandées au titre des dépassements et certains d'entre eux constituent de vrais abus. Un assureur a fourni à la mission des données sur les dépassements supérieurs à 1 000 euros, enregistrés sur de tels contrats. Entre 2003 et 2006, leur fréquence a été multipliée par trois. En 2006, leur montant moyen était de 2 076 € et ils ont représenté à eux seuls une charge de prestations de 1,3 millions d'euros.

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

2.2.3.2 Les dépassements ont pu contrarier une répartition géographique plus harmonieuse de l'offre de soins

La rémunération à l'acte couplée à la liberté d'installation libérale aurait dû pousser à homogénéiser la répartition des médecins sur le territoire français en fonction de la demande de la population en soins médicaux. Or, paradoxalement, alors que la France est un des pays où la densité totale de médecins par habitant est la plus forte au monde, il existe de fortes différences de densité médicale entre les départements⁹⁸.

➤ Une répartition géographique des spécialistes très déséquilibrée.

Pour les spécialistes, leur répartition sur le territoire métropolitain révèle une forte concentration. En effet, la moitié d'entre eux exerce dans 15 départements qui représentent 35% de la population métropolitaine. Pour les spécialistes à honoraires libres, cette concentration est encore

⁹⁷ On peut noter qu'à la question « avez-vous une mutuelle ? » posée par les secrétariats médicaux, un bénéficiaire de la CMU complémentaire peut répondre par l'affirmative, en particulier lorsque sa couverture est gérée par un organisme complémentaire.

⁹⁸ Voir sur ce sujet les travaux de l'observatoire de la démographie médicale présidé par le Professeur Yvon Berland, notamment les rapports de 2005 sur la médecine de ville et de 2006 sur la démographie médicale hospitalière. On peut citer les chiffres du Conseil National de l'Ordre des Médecins en 2002, 8,5 médecins pour 100 000 habitants à Paris et à peine plus de deux dans le département de l'Eure.

plus marquée (cf. tableau suivant) : la moitié exerce dans seulement 9 départements représentant un quart de la population métropolitaine ; 17,4% des spécialistes à honoraires libres exercent dans la seule ville de Paris.

Tableau 15 : Classement des neuf premiers départements en fonction de la part des effectifs de spécialistes à honoraires libres.

	Effectifs en secteur 2	Part du total des effectifs en secteur 2	Population	Part dans la population totale
75 - Paris (Ville)	3 771	17,4%	2 171 440	3,6%
69 - Rhône	1 288	5,9%	1 655 527	2,7%
92 - Hauts-de-Seine	1 142	5,3%	1 499 728	2,5%
06 - Alpes-Maritimes	920	4,2%	1 055 129	1,7%
13 - Bouches-du-Rhône	874	4,0%	1 889 441	3,1%
78 - Yvelines	863	4,0%	1 395 249	2,3%
33 - Gironde	709	3,3%	1 370 003	2,3%
59 - Nord	664	3,1%	2 591 694	4,3%
94 - Val-de-Marne	602	2,8%	1 263 173	2,1%
France métropolitaine	21 669	100%	60 995 911	100%

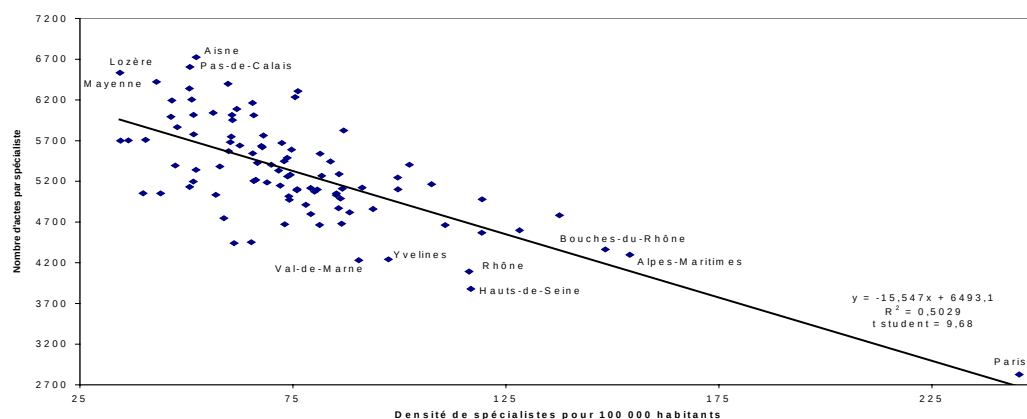
Source: données CNAMTS, ErasmeVO, 2005 et INSEE

Dans certaines zones, l'accessibilité à certains spécialistes pratiquant des tarifs sans dépassements est difficile. Les départements d'Ile de France sont ainsi les premiers en densité de gynécologues de tous secteurs (1,3 pour 1000 habitants et la moitié moins dans le Limousin) et les derniers en densité de gynécologues de secteur 1 (0,3 pour 1000 habitants et deux fois plus en Corse).

- Les dépassements ont pu contribuer à maintenir une répartition inégale des spécialistes sur l'ensemble du territoire

Pour les spécialistes de tous les secteurs, la densité médicale exerce une influence négative sur le nombre d'actes (cf. graphique suivant) : sur l'ensemble des départements métropolitains, on constate que le nombre d'actes, ainsi que les honoraires sans dépassement, varient en sens inverse de la densité médicale.

Graphique 6 : Nombre d'actes par spécialiste en fonction de la densité de spécialistes libéraux pour 100 000 habitants par départements en France métropolitaine en 2004⁹⁹



Source: Données SNIR dans Eco santé 2006

⁹⁹ Spécialistes libéraux actifs à part entière (cf. définition supra) tous secteurs confondus.

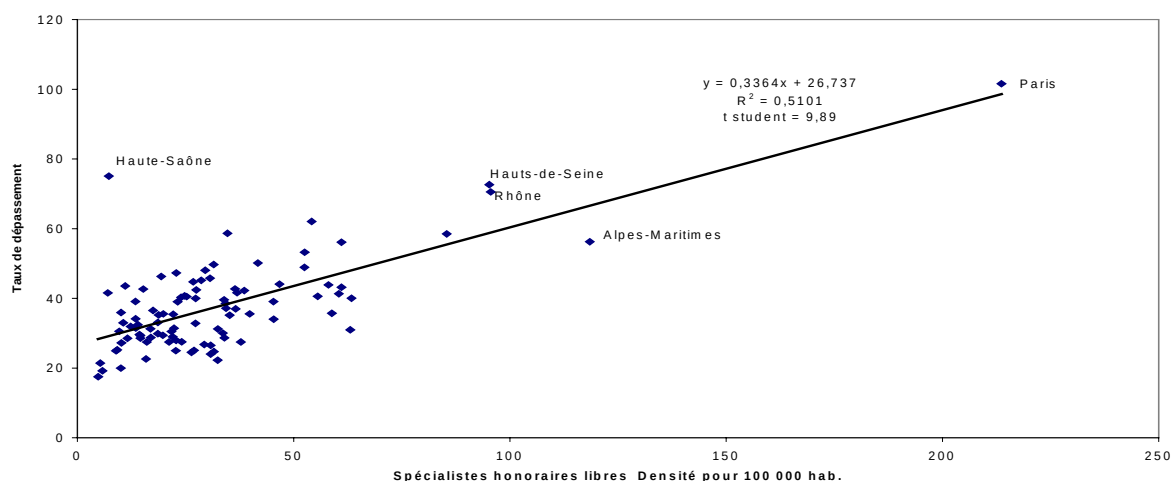
Pour les praticiens en secteur 2, le nombre d'actes et les honoraires sans dépassement sont de même plus faibles dans les départements à forte densité médicale (cf. graphiques et régressions en annexe).

Même si la demande de soins n'est pas homogène dans la population, on peut faire l'hypothèse que les différences de densité médicale, qui varient du simple au double selon les départements, limitent la demande d'actes adressée en moyenne à chaque praticien dans les départements où la densité est la plus élevée. Dans ces zones à très forte densité, les dépassements d'honoraires permettent alors en partie aux praticiens de s'y installer, dans la spécialité de leur choix. Ceux qui peuvent appliquer des dépassements d'honoraires peuvent ainsi se rapprocher de la moyenne des honoraires sans dépassement de leurs confrères exerçant dans des zones moins médicalisées. On observe, par exemple, que les spécialistes à honoraires libres exerçant à Paris se rapprochent de la moyenne des honoraires totaux en France, alors qu'ils avaient des honoraires sans dépassement parmi les plus bas des départements français. Les dépassements ont permis de neutraliser en partie les effets de la densité sur le revenu.

- Le taux de dépassement augmente avec la concentration de spécialistes de secteur 2 et peut paradoxalement accroître l'inégalité d'accès aux soins dans les zones à forte densité médicale.

Les taux de dépassement pratiqués s'élèvent avec la densité (cf. graphique suivant). Plus il y a de médecins de secteur 2, plus le prix demandé au patient s'élève.

Graphique 7 : Taux de dépassement en fonction de la densité pour les spécialistes de secteur 2 par département en 2005.

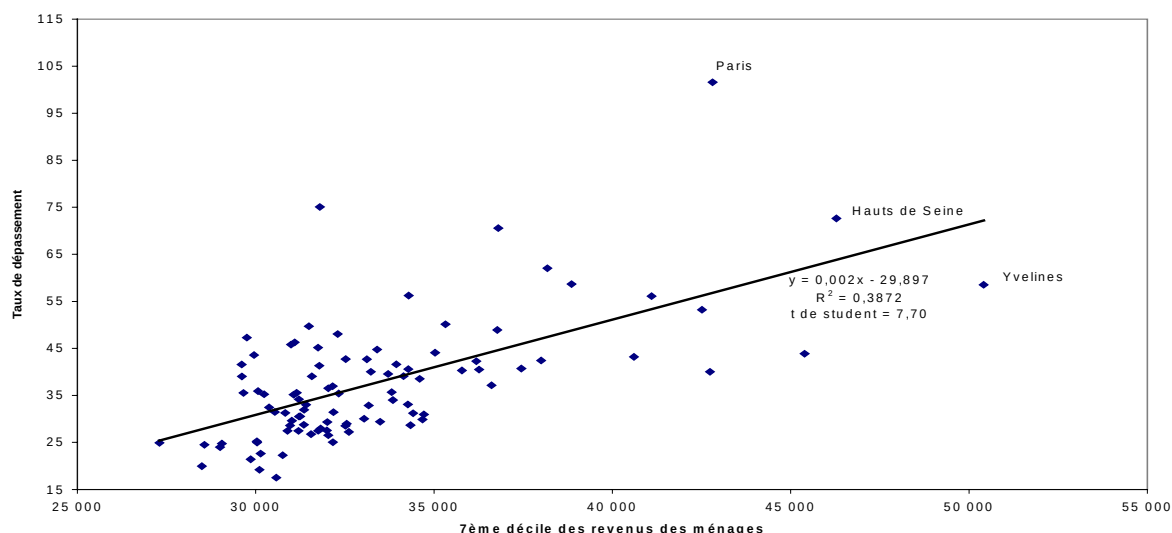


Source: données CNAMTS, ErasmeVO, 2005 traitement IGAS

Là encore, Paris illustre particulièrement ce phénomène : on y observe un des plus forts taux moyen de dépassement des spécialistes à honoraires libres (en moyenne 101,7%) couplé à la plus forte proportion de spécialistes à honoraires libres de la métropole (67% des spécialistes parisiens sont en secteur 2) et à leur plus forte densité (2,35 spécialistes à honoraires libres pour 1 000 habitants).

Comme les régions concernées concentrent aussi les hauts revenus, ce choix d'installation des praticiens est rendu possible. Le graphique suivant montre que le taux de dépassement augmente avec le revenu des 30% les plus aisés de la population.

Graphique 8 : Taux de dépassement en fonction du revenu moyen des 30% des ménages aux plus hauts revenus



Deux réseaux de soins vont alors exister dans ces régions denses et riches, cohabitant avec des zones où la densité de certains spécialistes pourra être divisée par deux. Il s'agit d'un des phénomènes de ségrégation spatiale, y compris à l'intérieur d'espaces urbains, bien décrits par des travaux de sociologues¹⁰⁰. Pour les patients, le secteur 1 en ambulatoire n'est même plus toujours la garantie d'un tarif opposable (dépassements des secteurs 1 autorisés ou pas) et n'existe plus systématiquement en ville. Ces patients développent alors des stratégies alternatives pour s'assurer de soins ambulatoires aux tarifs opposables : centres de soins sans avance du prix des soins¹⁰¹ ou utilisation des services d'urgences des hôpitaux publics. Ce phénomène désorganise la complémentarité de l'offre de soins et est une source d'inefficacité dans l'allocation des ressources publiques consacrées à la santé.

2.2.3.3 Les outils conventionnels perdent de leur efficacité

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

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

¹⁰⁰ « A propos de la " service class " : Les classes moyennes dans la sociologie britannique » Catherine Bidou-Zachariassen Revue Française de Sociologie, Vol. 41, No. 4 (Oct. - Dec., 2000), pp. 777-796. Voir aussi le numéro spécial de la revue *Esprit*, « La ville à trois vitesses : gentrification, relégation, périurbanisation », Mars-Avril 2004.

¹⁰¹ 34% des personnes de l'enquête Précalog 1999-2000 déclaraient recourir à ces centres de soins alors qu'elle ne déclaraient pas rencontrer de grandes difficultés financières, cf. « logique de recours aux soins des consultants de centres de santé gratuits », Marc Collet, Georges Menahem, Hervé Picard ; QES n°113, Octobre 2006, IRDES

2.2.3.4 *La notion de “tact et mesure” et les sanctions ne suffisent pas à maîtriser le système.*

- La notion de “tact et mesure” ne représente pas une base suffisante pour caractériser l’abus dans la fixation des honoraires et contenir les excès

L’article 53 du code de déontologie, auquel renvoie la convention signée en 2005 (paragraphe 4.3 e) énonce que « les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières ». La jurisprudence tirée des décisions des différentes instances appelées à statuer sur ce sujet, n'a jamais donné un montant maximum, appréciant cette notion au cas par cas. Elle a cependant fixé des limites qui permettent de donner des taux de dépassements maximum se situant entre deux et trois fois le tarif opposable de l’assurance maladie. Le manquement au tact et mesure a ainsi été caractérisé¹⁰² :

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

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

Le rapport de l’ordre national des médecins adopté en décembre 2005 estime que les « critères directeurs » du tact et mesure tiennent à la prestation effectuée, au temps qui y a été consacré et au service rendu au patient. Il y a rajouté des critères seconds qui tiennent à la personne du praticien (notoriété) et du patient (situation de fortune). Il faut signaler à cet égard une évolution de la position du conseil national de l’ordre qui dans un précédent rapport adopté en 1998 faisait des possibilités financières du patient « la pierre angulaire » de la notion de tact et mesure tout en soulignant les difficultés de cette appréciation. Enfin, le seul fait qu’un patient bénéficie d’une mutuelle qui couvrirait entièrement les honoraires demandés ne saurait justifier à lui seul leur montant. Le conseil d’Etat a d’ailleurs récemment rendu une décision dans le même sens (CE, Mme DC, 30 septembre 2005).

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

¹⁰² Note sur les dépassements d’honoraires dans les établissements privés à but lucratif présentée par Mmes Jeannet, Laconde, M. Ollivier, Mme le dr Roquel et M. le dr Picard.

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

- Les assurés paraissent ne pas oser porter plainte

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

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

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

- Les CPAM, comme le conseil de l'ordre des médecins, ne prononcent que peu de sanctions.

Les comportements abusifs des praticiens en matière de dépassements peuvent être sanctionnés à titre disciplinaire par la chambre disciplinaire de première instance, au sein du conseil régional de l'ordre ou par la section des assurances sociales (SAS) du même conseil, avec appel devant le conseil national de l'ordre et cassation devant le conseil d'Etat.

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

A côté des sanctions que peuvent prononcer les CPAM, des sanctions peuvent être prises par les SAS des conseils départementaux de l'ordre des médecins sur la base de l'article

L.145-1 et suivants du code de la sécurité sociale. Mais ces juridictions¹⁰³ sont rarement saisies d'abus en matière de dépassements : selon une étude transmise par la DSS réalisée sur une quarantaine de décisions rendues par les SAS sur une période de deux mois, une seule porte sur un abus d'honoraire et a abouti à un blâme.

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

Enfin, les cas où le directeur d'une CPAM peut prononcer des sanctions financières (pénalités) sans dépendre d'une décision préalable du conseil de l'ordre ne visent pas les cas de dépassements abusifs¹⁰⁴.

¹⁰³ ces juridictions peuvent prononcer un avertissement, un blâme, une interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de donner des soins aux assurés ou dans le cas d'abus d'honoraires, le remboursement à l'assuré du trop perçu ou le reversement aux organismes de sécurité sociale du trop remboursé.

¹⁰⁴ Cf. article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale.

3 les propositions

Face à une situation d'une telle complexité et dont les enjeux peuvent être contradictoires, la mission a préféré proposer quatre scénarios qui peuvent se résumer en aménager, moduler, plafonner et supprimer les dépassements. Toutefois, c'est à la lumière de l'état des lieux que l'UNCAM et les praticiens pourraient, en concertation, étudier les propositions.

3.1 Aménager le dispositif existant : mieux informer, mieux évaluer, mieux contrôler s'imposent quelle que soit la réforme engagée

3.1.1 Améliorer l'information des assurés

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

3.1.1.1 Les informations délivrées par l'assurance maladie

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

- à la liste des médecins par commune, par spécialité, par secteur : l'analyse du site AMELI a montré les insuffisances de l'information actuellement disponible sur le site national. A contrario, la lecture du journal de l'assurance maladie de Gironde¹⁰⁵ communiqué par la direction de la communication de la CNAMTS, montre qu'une information exhaustive et attrayante peut être diffusée par les organismes maladie des trois régimes (général, agricole, professions indépendantes) ;
- aux tarifs des consultations (en complément des tarifs pratiqués sur les actes les plus fréquents que chaque médecin doit afficher dans son cabinet) : une simple fourchette ne suffit pas surtout lorsqu'elle est large, car le patient ne peut alors savoir dans quel cas de figure il peut se retrouver ;
- à certains indicateurs qui permettent d'apprécier sa qualification (formation professionnelle, même si elle est obligatoire) et son expérience (des statistiques sur la fréquence des actes techniques réalisés par le praticien afin que l'assuré puisse mieux apprécier l'expérience technique du médecin qu'il entend consulter), si celles-ci justifient le dépassement demandé.

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

¹⁰⁵ sud-ouest : supplément au journal du 6 octobre 2005

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

3.1.1.2 Les informations à la charge des praticiens

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

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

- Revoir les informations sur les plaques extérieures des cabinets

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

- Informations relatives aux dépassements eux-mêmes

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

3.1.1.3 L'information destinée aux personnes en situation de précarité

La mission insiste sur le fait que l'information doit être tout particulièrement développée à l'intention des personnes en situation de précarité, qui connaissent souvent très mal la réglementation dans toute sa complexité, notamment celle relative au parcours de soins. Comment s'étonner que certains bénéficiaires de la CMU ignorent certains aspects de cette réglementation, quand les représentants des praticiens eux-mêmes avouent avoir du mal

à s'y retrouver. L'insuffisante qualité de cette information ôte toute légitimité aux pénalités financières supportées par les praticiens ou les patients, lorsque ces derniers ne respectent pas le parcours de soins.

3.1.2 Renforcer les contrôles sur les montants réellement payés par l'assuré et clarifier les mécanismes de sanction des pratiques abusives

3.1.2.1 Etablir un plan de contrôle France entière

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

Par ailleurs, la mission a constaté de grandes différences entre les plans de contrôle des DE des médecins de secteur 1 : outre le fait que le plan de contrôle doit concerner les médecins des deux secteurs, une harmonisation des plans doit être opérée afin d'éviter que cette possibilité de dépassement ne soit dévoyée.

3.1.2.2 Clarifier les mécanismes de sanction des pratiques abusives

- donner aux CPAM un pouvoir de sanction financière en matière de dépassement abusif

Les sanctions à l'encontre des praticiens qui sont dans l'abus existent. Toutefois, mélanger les sanctions disciplinaires pour manquement à la déontologie et les sanctions prononcées dans le champ financier ou économique empêche en pratique leur utilisation. En effet, que ce soit les sanctions disciplinaires prises sur le fondement du code de la santé publique, en cas de violation du code de déontologie, ou les sanctions prononcées sur le fondement du code de la sécurité sociale, en cas de faute, fraude, abus et tous faits intéressant l'exercice de la profession, c'est toujours l'ordre des médecins qui se trouve saisi même si c'est à travers deux sections différentes (la section disciplinaire ou la section des assurances sociales). Aussi, conviendrait-il de différencier les titulaires de cette compétence et de les distinguer des autorités ordinales : cette proposition retrouve en cela la proposition du rapport présenté par Jean-François Chadelat de « prévoir un mécanisme de sanctions financières prononcées par les caisses [d'assurance maladie] après avis des commissions de pénalités dont le rôle fixé par l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale serait complété »¹⁰⁶.

¹⁰⁶ Proposition n°4 du rapport de J.F. Chadelat sur les refus de soins aux bénéficiaires de la sécurité sociale

- Cette réforme laisserait entier le pouvoir de sanction de la direction de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes sur le défaut d'information des patients par les professionnels de santé.

Les plans de contrôle ou les contrôles eux-mêmes des directions départementales de la concurrence de la consommation et de la répression des fraudes devraient être coordonnés avec ceux des CPAM sur les compétences conjointes en matière d'information.

- Donner une réalité au pouvoir de sanction des ARH

De même pour le pouvoir de sanction des ARH, sur avis des commissions d'activité libérale, dont on a vu qu'il n'est que rarement mis en œuvre. Par ailleurs, la présidence voire la composition de ces commissions d'activité libérale devrait être revue (cf 3.2).

3.1.3 Améliorer la connaissance des revenus des praticiens

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

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

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

- la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a prévu que lorsque les médecins réalisent des actes non remboursables, ils n'établissent pas de feuilles de soins ; le principe de ce texte a été repris dans la convention médicale du 12 janvier 2005 et conduit à ce que les caisses n'aient plus connaissance de la totalité des honoraires perçus ;
- dans certains établissements de santé privés participant au service public hospitalier interviennent « à titre exceptionnel¹⁰⁷ » des praticiens libéraux ; dans le Bas-Rhin¹⁰⁸, cette exception est de principe : les praticiens libéraux facturent à l'établissement PSPH le tarif de l'acte selon la CCAM et les dépassements d'honoraires directement aux patients ; l'assurance maladie n'a en conséquence aucune connaissance des dépassements facturés¹⁰⁹ dans ce cadre.

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

¹⁰⁷ Cf. article R 6161-5 du code de la santé publique.

¹⁰⁸ De façon moins généralisée, de telles exceptions existeraient également à Marseille et dans le bassin d'Arcachon.

¹⁰⁹ Ainsi, selon les données de la CNAMTS, aucun acte technique supérieur à 100 € n'aurait été facturé par un praticien libéral dans le Bas-Rhin en gynécologie, à tort puisque des accouchements ont lieu dans les établissements PSPH strasbourgeois. De même, en ophtalmologie, les données sont incomplètes. Or les témoignages recueillis par la mission incitent à penser que les dépassements sont uniformément de 600 € pour une opération courante telle que la cataracte dans les PSPH strasbourgeois.

« dessous de table » leur a déjà été demandé par un médecin. Ceci devrait être un thème des contrôles menés dans les établissements de santé par l'IGAS, en coordination avec les services fiscaux.

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

3.1.4 Améliorer la connaissance des couvertures maladie complémentaires

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

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

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

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

- Mettre fin à l'automaticité de la liberté tarifaire : encadrer le droit à dépassement en fonction de la réalité de l'offre appréciée localement de telle sorte que le nombre de médecins pouvant en bénéficier soit d'autant plus limité que l'offre en secteur 1 est faible et que l'autorisation soit accordée pour une période limitée. L'inconvénient d'un tel système réside dans la difficulté à déterminer qui pourrait être le « juge » de ce droit et avec quelle légitimité (les pairs ? L'assurance maladie ? Des médecins d'autres pays européens ? Une instance d'évaluation publique ou privée ?).
- Proposer aux praticiens un processus de conventionnement positif ou sélectif : ce conventionnement, dont le mécanisme est contraire à celui qui s'exerce aujourd'hui, permettrait de passer un contrat spécifique avec chacun des médecins et de l'adapter à sa situation précise : ainsi la limitation des dépassements pourrait-elle être une des données spécifiques du texte contractuel. Néanmoins, le risque ici est très grand que les médecins refusent en majorité un tel contrat et constituent, avec des assureurs complémentaires, un système de soins en marge de la sécurité sociale.
- Lier l'autorisation d'exercer des établissements publics et privés, accordée par les ARH, à la maîtrise des dépassements par les praticiens ou inclure le sujet dans la négociation des CPOM¹¹⁰ : le lien pourrait être fait par des négociations tripartites entre praticiens,

¹¹⁰ (cf la charte présentée par la FHP et l'exemple du contrat du groupe medipartenaires au paragraphe 2.1.3.1)

directions des établissements et ARH. Cette disposition pourrait être étendue aux autorisations d'exercer une activité libérale à l'hôpital et pourrait conduire à donner aux pouvoirs publics et plus précisément aux ARH le pouvoir d'autoriser ou non l'exercice libéral dans les différents établissements publics de la région et de déterminer le secteur d'exercice en fonction des données locales. Pour en assurer le suivi, la présidence de ces commissions devraient revenir aux ARH : en effet, aujourd'hui, présidées parfois par des praticiens exerçant une telle activité, elles manquent alors de l'objectivité nécessaire à l'exercice de leur mission. S'il n'apparaissait opportun de confier aux ARH une telle mission, elle pourrait être assurée par les usagers.

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

3.3 Plafonner les dépassements en volume et/ou en valeur

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

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

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

La loi n°2007-127 du 30 janvier 2007 ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique¹¹¹ est intervenue tout à la fois pour autoriser les dérogations aux tarifs opposables et l'intervention du gouvernement dans le champ de la négociation conventionnelle. Ce texte prévoit que « à défaut de conclusion un mois après l'entrée en vigueur de la présente loi d'un avenant conventionnel, (...) autorisant des médecins relevant de certaines spécialités, sous certaines conditions¹¹² (...), à pratiquer de manière encadrée des dépassements d'honoraires pour une partie de leur activité, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale disposent, pendant un délai de quatre mois, de la faculté de modifier par arrêté, à cet effet, la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes conclue le 12 janvier 2005 ».

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

Sur le premier point, un rapport de l'IGAS¹¹³ dès septembre 2006 avait noté que le risque d'une telle proposition était « celui d'un moindre accès à des soins à tarif opposable » avec un coût élevé pour l'assurance maladie : en effet, pour attirer suffisamment de chirurgiens du secteur 2 en secteur optionnel, en l'absence de volonté de fermer le secteur 2, l'assurance maladie devra leur consentir des avantages tarifaires et sociaux. Même si comme le notait les rapporteurs, cette mesure pouvait encourager à terme la convergence du secteur 1 et du secteur 2, le perdant de ce projet de réforme est l'assuré auquel seront vraisemblablement proposés de moins en moins d'actes au tarif opposable¹¹⁴.

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

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

En outre, le plafonnement des dépassements pour une partie seulement de l'activité des praticiens ne semble pas opportun à la mission. De manière générale, la possibilité d'exercer un droit à dépassement pour une partie seulement des actes peut revêtir plusieurs

¹¹¹ résultant de la décision du Conseil constitutionnel n° 2007-546 DC du 25 janvier 2007 qui a sanctionné l'article 47 de la loi de financement pour 2007, en tant qu'il n'avait pas été soumis au préalable à l'assemblée nationale

¹¹² Les conditions auxquelles les médecins devraient répondre, pour bénéficier de la mesure, tiennent à leur formation, à leur expérience professionnelle, à la qualité de leur pratique et à l'information des patients sur leurs honoraires.

¹¹³ Rapport n° RM2006-145A présenté par Christine d'Autume avec la collaboration du Pr Guidicelli « Application du protocole d'accord du 24 août 2004 sur la chirurgie française »

¹¹⁴ Cette analyse que reprend à son compte la présente mission est confirmée par Pierre Louis Bras, ancien directeur de la sécurité sociale, dans un article à paraître dans le n° 2 de 2007 de la gazette du palais : « actuellement 80% des chirurgiens libéraux exerçant en secteur 2, la réouverture du secteur 2 entraînerait ipso facto la disparition de toute chirurgie à tarif opposable. L'idée d'un secteur optionnel semble aussi conduire à une dégradation des conditions de l'accès aux soins. Même si les dépassements sont encadrés et limités, le secteur optionnel réduit les garanties offertes aux assurés ».

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

Toutefois, s'il devait y avoir plafonnement sur une partie seulement de l'activité, il conviendrait d'exclure de l'application d'honoraires libres, outre les bénéficiaires de la CMU, (comme la loi le prévoit déjà), les consultations ou les actes réalisés en urgence¹¹⁵ et de réserver aux seules consultations l'application de dépassements. Conformément aux constats de la première partie de ce rapport, cette solution présente l'avantage de ne pas cumuler la CCAM, dont la réforme est censée permettre à terme, de fixer la vraie valeur relative de l'acte, et les dépassements d'honoraires sur les mêmes actes.

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

3.3.2 L'option de coordination mériterait d'être réformée et mieux valorisée

Une option dite de coordination, figurant au paragraphe 1.2.3. de la convention conclue le 12 janvier 2005 entre l'UNCAM et le SML, la CSMF, et Alliance¹¹⁶, est proposée aux médecins généralistes et spécialistes de secteur 2 ou de secteur 1 avec un droit permanent à dépassement. Le principe général de l'option est le respect des tarifs opposables pour les actes cliniques quand le patient consulte dans le cadre du parcours de soins, ou dans les situations d'urgence médicalement justifiées ou enfin pour les patients de moins de 16 ans. En ce qui concerne les actes techniques, le praticien adhérent à l'option de coordination « s'engage à pratiquer avec tact et mesure des dépassements maîtrisés, pour le patient qui entre dans le parcours de soins coordonnés, applicables par acte facturé et plafonnés à 15% des tarifs opposables. Ce plafond sera, le cas échéant, déclinable par spécialité et par région, dans le respect de l'encadrement national ».

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

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

Les médecins qui ont le plus intérêt à adhérer à cette option de coordination sont les spécialistes ayant, dans le cadre du parcours de soins, le statut de médecin correspondant¹¹⁷ et qui pratiquaient, avant leur adhésion à l'option de coordination, des dépassements s'élevant

¹¹⁵ Pour le moment, cette exclusion de l'urgence n'est inscrite nulle part dans le texte conventionnel, sauf au titre de l'option de coordination (cf 3.2.2.)

¹¹⁶ Cette convention a été approuvée par un arrêté du 3 février 2005

¹¹⁷ Le médecin correspondant selon la définition qu'en donne la convention, intervient en coordination avec le médecin traitant et garantit le second recours au système de soins notamment l'accès aux soins les plus spécialisés.

au maximum à 20 ou 25% environ des tarifs opposables. En effet, du fait de la réforme du parcours de soins et de l'option de coordination, les praticiens bénéficient d'un certain nombre de majorations (de l'ordre de 5 euros, par l'addition de la majoration de coordination des soins et la majoration provisoire clinique), de la prise en charge d'une partie de leurs cotisations sociales et de la possibilité de dépasser plafonnée à 15% pour les actes techniques.

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

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

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

En outre, les critiques rappelées par la mission dans le cadre d'un secteur optionnel pourraient être reprises ici. Elles devraient être nuancées dans le cadre de l'option de coordination du fait que, si on suppose que la quasi-totalité des patients se situe dans le cadre du parcours de soins, seuls l'absence de dépassement pour les consultations et le plafonnement par acte technique jouent et ce, dans un sens positif pour les assurés¹¹⁸.

En revanche, pour ceux qui par exception ne se trouveraient pas dans le cadre du parcours de soins, le plafonnement prévu par l'option de coordination autorise des dépassements très conséquents : la limitation globale des dépassements sur l'ensemble de l'activité, à savoir 30% des honoraires totaux, conduit en fait à une absence concrète de plafonnement puisque le taux de dépassement ne peut excéder 233 %¹¹⁹ !

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

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

Si l'option de coordination rendue obligatoire pour le secteur 2 était étendue au secteur 1, elle ouvrirait la voie à l'instauration d'un secteur unique. Pour les assurés, elle constituerait une franchise systématique à hauteur de 15% des actes techniques. Le plafond de dépassement que pourrait pratiquer l'ensemble des patients peut être évalué grossièrement à un quart des dépassements actuels (500 à 600 millions d'euros dont 300 millions d'euros qui seraient facturés par le secteur 1), soit un montant un peu inférieur aux dépassements actuellement pris en charge par les couvertures complémentaires.

¹¹⁸ Un calcul approché conduit à estimer les honoraires sans dépassement perçus sur leurs actes techniques par les spécialistes du secteur 2 à 1,3 milliards d'euros. Le plafonnement conduirait à un montant maximum de dépassements de 15% de cette somme, soit 200 millions d'euros.

¹¹⁹ Honoraires sans dépassements (HSD) rapportés aux HSD+dépassements(D) doivent être supérieurs ou égaux à 30% c'est à dire que 70% des honoraires sans dépassements doivent être égaux ou supérieurs à 30% ce qui revient à dire que les dépassements doivent être inférieurs ou égaux à 2,33 fois les honoraires sans dépassements

Il faut toutefois noter que compte tenu des développements figurant en 1^{ère} partie, la possibilité de dépasser, plafonnée, devrait plutôt être réservée aux consultations et non aux actes techniques de façon à revaloriser l'acte intellectuel.

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

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

3.4.1 *Supprimer les dépassements et les intégrer dans les honoraires remboursés par la sécurité sociale*

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

Le coût de cette réforme devrait être limitée, au plus, à deux milliards d'euros (montant des dépassements facturés en 2004). Il faudrait déduire de ce montant les dépassements individuels à l'évidence excessifs, ainsi que les revalorisations tarifaires dont les praticiens à honoraires libres ont pu bénéficier postérieurement à 2004 sans baisse équivalente du montant de leurs dépassements¹²⁰. Se pose par ailleurs la question de la participation, sous une forme ou une autre, des assureurs complémentaires dont les prestations seraient réduites d'environ 700 millions d'euros.

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

¹²⁰ On pense en particulier aux chirurgiens de secteur 2 qui ont bénéficié, suite à l'accord sur la chirurgie de 2004, d'une augmentation de leurs honoraires de 13%. Il n'est pas certain que cette hausse se soit accompagnée d'une baisse sensiblement équivalente de leurs montants de dépassement.

revenus entre les spécialistes et les généralistes ont cru de 12% entre 1994 et 2006 (cf. paragraphe 2.1).

Pour l'assurance maladie, l'intérêt d'une telle réforme est de retrouver la logique d'une défense des intérêts des assurés, le sens même d'une politique conventionnelle que les dépassements, par leur ampleur, tendent à vider de son sens¹²¹. Ce sera la garantie que l'assurance maladie ne pourra plus se désintéresser de l'évolution des revenus. Elle pourrait à cette occasion restaurer la confiance des praticiens dans l'assurance maladie, sous réserve qu'ils aient le sentiment d'une évolution équitable et transparente de leurs rémunérations.

Cette réforme a pour inconvénient de renforcer la pression à la hausse des rémunérations vis à vis des pouvoirs publics et de la CNAMTS qu'on a cherché à lever par l'instauration de la possibilité de dépasser. Elle aurait surtout pour inconvénient d'avoir un coût pour l'assurance maladie qui ne pourrait être réglé que par une réduction drastique des inégalités entre professionnels de santé (cf supra) : cette réduction doit être opérée au bénéfice des praticiens du secteur 1 (généralistes et spécialistes) dont les revenus sont, pour prendre une référence, inférieurs à ceux de leurs homologues à l'étranger et en tout cas ont été moins valorisés en France que ceux de leurs confrères spécialistes en secteur 2 (cf 1^{ère} partie).

Cette suppression des dépassements, qui retrouve par certains aspects les propositions de la mission relatives à l'option de coordination(cf. 3.3), pourrait être réservée aux assurés respectant le parcours de soins de telle sorte qu'il n'existe plus de secteur 1 et de secteur 2 mais les patients se situant dans le parcours de soins et les autres.

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

3.4.2.1 La rémunération à la performance

L'intégration des dépassements dans les honoraires remboursés par la sécurité sociale empêche toute modulation du revenu autre que par l'activité. Une alternative ou un complément pourrait être la rémunération à la performance¹²². L'avantage d'un tel système est qu'il permet d'attribuer au médecin une rémunération supplémentaire, fonction des moyens employés et des résultats obtenus par patient. Les effets de ce système, qui connaît un début d'application en Grande-Bretagne, sont mal connus ; il semble toutefois inflationniste. En tout état de cause, pour que cette pratique en France ne lie pas qualité des soins et prix supérieur directement payé par le patient, elle doit remplir deux conditions :

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

¹²¹ L'accord sur la chirurgie a conduit à une revalorisation des honoraires remboursables de 25% pour le secteur 1 et de 13,7% pour le secteur 2. L'assurance maladie n'a aucune garantie que les dépassements du secteur 2 aient diminué d'autant, alors même que l'accord était destiné à revoir les rémunérations du secteur 1.

¹²² Selon une note communiquée par la mission sur la rémunération à la performance et rédigée par le conseiller social à Londres, une réforme profonde de la médecine libérale en Grande Bretagne a permis, depuis 2004, d'instaurer « des incitations financières à l'amélioration de la qualité des soins et de la prévention dispensées par les cabinets des généralistes » ce système a été instauré par une convention passée avec les professionnels. Cette convention introduit un système de mesure des résultats (quality outcomes frame work, QOF) atteints par les professionnels grâce au suivi des meilleures pratiques et des sanctions financières en cas d'échec dans l'atteinte des objectifs. Il s'agit d'un système par point fondé sur la fixation d'objectifs de résultats par le cabinet lui-même.

3.4.2.2 *Le « réseau référent »*

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

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

➤ Modulation du taux de prise en charge des actes

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

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

➤ Multiplier les forfaits au titre de la rémunération des praticiens

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

En tout état de cause c'est sur la convention, c'est à dire sur la négociation, que devrait reposer principalement les évolutions figurant ci-dessus, tant en matière de plafonnement que de suppression des dépassements (cf 3.2, 3.3, 3.4). La réduction des inégalités de revenus, qui permettrait de financer une plus juste rémunération des praticiens de secteur 1, pourrait

engager ces derniers à soutenir la réforme. Dans le cas contraire, une réforme législative s'imposerait. Son principal inconvénient, serait de revenir sur la répartition des compétences entre l'UNCAM et le gouvernement, en pleine contradiction, deux ans et demi après le vote de la loi d'août 2004, avec les objectifs du parlement. C'est en tout cas non pas vers la limitation des dépassements que la loi précitée de janvier 2007 s'est orientée puisqu'elle a au contraire autorisé la dérogation aux tarifs opposables.

Le plafonnement du dépassement pourrait également être obtenu en favorisant la concurrence entre les professionnels de santé : ceci pourrait être obtenu en desserrant le *numerus clausus* : le risque est ici que la multiplication des actes¹²³ et/ou des dépassements permette aux médecins de maintenir leur niveau de revenu face à la concurrence. L'effet de cette mesure sur les dépassements, toutefois, ne pourra pas se faire sentir avant une dizaine voire une quinzaine d'années compte tenu de la durée des études de médecine mais pourrait rencontrer l'aspiration des nouvelles générations de médecins à une meilleure qualité de vie.

*

*

*

*

Les différentes constations qui ont été réalisées par la mission montre que les pouvoirs publics n'ont pas adopté une stratégie claire, au regard des enjeux de la politique de l'assurance maladie et notamment, l'accès aux soins, dans l'égalité, pour l'assuré et l'équité de rémunération pour les praticiens. Ces deux objectifs ont guidé la mission dans ses propositions énoncées en quatre scénarios qui ne sont pas nécessairement alternatifs mais dont le dernier est porteur des plus grands bouleversements par rapport à l'historique des relations entre les médecins, leurs patients et l'assurance maladie.

Pierre ABALLEA

Fabienne BARTOLI

Laurence ESLOUS

Isabelle YENI

¹²³ cf cependant l'étude de Brigitte Dormont et Eric Delattre qui tend à montrer qu'il n'y aurait pas d'induction de la demande par l'offre, en secteur II.

ANNEXES

1. LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES	2
2. LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES : CAS OÙ ILS SONT AUTORISÉS PAR LA CONVENTION MÉDICALE	9
2.1. LES POSSIBILITÉS OCCASIONNELLES DE DÉPASSEMENT DES TARIFS OPPOSABLES	9
2.2. LES POSSIBILITÉS PERMANENTES DE DÉPASSEMENT DES TARIFS OPPOSABLES	10
3. STATISTIQUES COMPLÉMENTAIRES : DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES, REVENUS DES PRATICIENS ET RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE	12
4. STATISTIQUES ET CARTOGRAPHIE COMPLÉMENTAIRES SUR LES DÉPASSEMENTS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS EN 2005	19
4.1 TABLEAUX STATISTIQUES SUR LES DÉPASSEMENTS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS EN 2005	19
4.2 CARTOGRAPHIE DES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	22
5 L'ACTIVITÉ LIBÉRALE DES PRATICIENS HOSPITALIERS PUBLICS.....	24
5.1 DÉMOGRAPHIE DES PRATICIENS EXERÇANT UNE ACTIVITÉ LIBÉRALE EN ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ	25
5.2 HONORAIRES ET DÉPASSEMENTS	30
5.3 CONTRÔLE DE L'ACTIVITÉ LIBÉRALE DES PRATICIENS PUBLICS	37
6 LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES CONCERNANT QUATRE ÉPISODES DE SOINS.....	39
6.1 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....	39
6.2 MÉTHODE.....	41
6.3 RÉSULTATS.....	47
7 ETUDE COMPLÉMENTAIRE AUPRÈS DES ARH.....	63
7.1 OBJECTIFS ET MÉTHODE	63
7.2 LA CONNAISSANCE DU PHÉNOMÈNE DES DÉPASSEMENTS ET L'INTÉGRATION DE CETTE PROBLÉMATIQUE DANS LES SROS 3 ET LES CPOM.....	63
7.3 LE CONTRÔLE DE L'ACTIVITÉ LIBÉRALE DES PRATICIENS HOSPITALIERS	67
7.4 QUESTIONNAIRE ADRESSÉ AUX ARH	70
8 ETUDE SUR LA FACTURATION AUX TARIFS OPPOSABLES ET LA MODULATION DES TARIFS AU SEIN DE LA CLIENTÈLE DES PRATICIENS DE SECTEUR 2	71
8.1 DANS LA PLUPART DES SPÉCIALITÉS, UN QUART À LA MOITIÉ DES PRATICIENS N'ONT QU'UN OU DEUX TARIFS DE CONSULTATION	71
8.2 LORSQUE LE PRATICIEN A DEUX TARIFS DE CONSULTATION, IL S'AGIT LE PLUS SOUVENT DU TARIF CONVENTIONNEL ET D'UN TARIF DIFFÉRENT DU TARIF DIT "OPPOSABLE"	72
8.3 UN NOMBRE NON NÉGLIGEABLE DE PRATICIENS N'A QU'UN SEUL TARIF DE CONSULTATION QUEL QUE SOIT LE PATIENT, ET SON MONTANT PEUT ÊTRE ÉLEVÉ.....	72
9 ETUDE DES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES FACTURÉS AUX BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU COMPLÉMENTAIRE.....	74
9.1 DES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES EN PRINCIPE INTERDITS	74
9.2 MAIS LA LOI EST LARGEMENT MÉCONNUE DANS CERTAINES SPÉCIALITÉS ET ZONES GÉOGRAPHIQUES....	74

Annexe 1 – Liste des personnes rencontrées

1. Liste des personnes rencontrées

Ministère de la Santé et des Solidarités

- A la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)
 - Sous-direction des affaires financières (F)
Patrick OLIVIER, sous-directeur
Jean-Claude DELNATTE, adjoint au sous-directeur
Housseyni HOLLA, chef du bureau F1
Monique THOREL, chef du bureau F4
Simone AUVERT, adjointe à la chef du bureau F4
 - Sous-direction des professions médicales et personnels médicaux hospitaliers (M)
Christine ORSI, bureau M2, chargée d'études statistiques

- A la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Philippe CUNEO, chef de service, adjoint de la directrice
Mylène CHALEIX, chef du bureau « Etablissements de santé »
François GUILLAUMAT-TAILLIET, chef du bureau « Professions de santé »
Dr Philippe OBERLIN, chargé de mission, bureau Etat de santé de la population

- A la direction de la sécurité sociale (DSS)
Dominique LIBAULT, directeur de la sécurité sociale
 - Sous-direction du financement du système de soins (1^{ère} sous-direction)
Jean-Philippe VINQUANT, chargé des fonctions de sous-directeur
Etienne CHAMPION, chef du bureau 1B
Jean DHEROT, bureau 1B

Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie

- A la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF)
Anne DUX, chef du bureau santé

Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)

Frédéric VAN ROEKEGHEM, directeur général
Thomas FATOME, directeur de cabinet du directeur général

- A la direction de la stratégie, des études et des statistiques
Dominique POLTON, directrice
 - Département Etudes sur l'Offre de Soins (DEOS)
Sylvie LE LAIDIER et Claude GISSOT, responsables du Département
Caroline FIVAZ-CHATARD, statisticienne
Pierre-Olivier BLOTIERE, statisticien
Nelly BONNET, statisticienne
Dr Véronique MOYSAN, médecin conseil

▪ Département des études sur les patients et les prestations
Céline LAMY, statisticienne
Dr Alain WEILL, médecin conseil

- A la direction déléguée à la gestion et l'organisation des soins
Jean-Marc AUBERT, directeur

- A la direction du contrôle contentieux et de la lutte contre la fraude
Pierre FENDER, directeur
Vincent MAYMIL, adjoint du directeur

- A la direction de la communication et du marketing
Agnès DENIS, directrice de la communication
Guy LE BRIS, responsable du projet INFO-SOINS

- A la direction des négociations et des relations UNCAM UNOCAM
Sylvie LEPEU, directrice
Dr Di Menza
M. Jouveau du Breuil
Melle P. Peillon

Fonds CMU

Jean-François CHADELAT, directeur

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM)

Bertrand FRAGONARD, président
Pierre-Jean LANCRY, secrétaire général

Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES)

Dr Laure COM-RUELLE, directrice de recherche
Philippe LE FUR, directeur de recherche
Nicolas CELANT, informaticien
Catherine ORDONNEAU, informaticienne

Conseil national de l'Ordre des médecins

Dr J LUCAS, Secrétaire général
Dr J BROUCHET, Président section Exercice professionnel
M. F JORNET, juriste
Mme. I JOUANNET, juriste

Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP)

Jean-Louis FAURE, Délégué général
François MERCEREAU, Conseiller du délégué général.

Philippe QUIQUE, AG2R, directeur santé

Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)

Daniel LENOIR, Directeur général
Isabelle MILLET-CAURIER, chargée de mission auprès du directeur général
Eric BADONNEL, Directeur adjoint des garanties mutualistes et de l'assurance santé

Mutualité Fonction Publique

Sophie CLAVEL, directrice santé

Bertrand GIRAUDEAU, chargé de missions veille stratégique et dossiers émergents

Fédération Française des sociétés d'assurance (FFSA)

Alain ROUCHE, Directeur santé FFSA

Gilbert DUCLOY, Directeur de la stratégie AGF

Olivier LECLERC, Responsable des produits de santé AXA

Groupeement des entreprises mutuelles d'assurances (GEMA)

Eric BONNET, GEMA

Maud SCHNUNT, Responsable juridique, Assurance de personnes GEMA

Olivier MILCAMPS, Responsable du service Produits Tarification Innovation Santé

Direction Santé Prévoyance MAAF

Olivier TAPIN, Département marketing de l'offre de santé individuelle MAAF

Jacky CARREE, Directeur des opérations Support Métier MACIF Mutualité

Dr Antoine ROGIER, conseiller médical MACIF Mutualité

Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (UNOCAM)

Emmanuel LUIGI, secrétaire général administratif

Associations

▪ UFC Que Choisir

Jacques MOPIN, Vice-Président national, responsable du secteur santé

▪ Médecins du Monde (MDM)

Nathalie SIMONNOT, Responsable de la Mission France et de l'observatoire de l'accès aux soins

Dr Mady DENANTES, Responsable de la mission saturnisme

Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)

Dr Ken DANIS, Président

Dr Martine BINOIS, Conseiller médical, responsable du secteur MCO

Personnalités qualifiées

Alain COULOMB

Gilles JOHANET

Syndicat Alliance

Dr Félix BENOUAICH, Président

Dr Alain RICCI, Secrétaire général

Dr David TARAC, Vice-Président

Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF)

Dr Michel CHASSANG, Président

Dr Christian ESPAGNO, responsable secteur chirurgie CSMF

Fédération des médecins de France (FMF)

Dr Jean Claude REGI, Président

Dr Jean Alain CACAULT

Fédération française des médecins généralistes de France (MG France)

Dr Claude LEICHER Vice-président

Dr Vincent REBEILLE-BORGELLA Vice-président

Syndicat de la médecine générale

Dr Didier MENARD, porte-parole

Syndicats de la médecine libérale (SML)

Dr Dinorino CABRERA, Président

Dr Roger RUA, secrétaire général

Union Collégiale des Chirurgiens Médecins et Spécialistes et Français (UCCMSF)

Dr Guy Marie COUSIN, Président,

Dr Jean Gabriel BRUN, Délégué général

Région Alsace

- Agence régionale d'hospitalisation d'Alsace et DDASS

André AOUN, directeur

Dr Françoise CUNY, conseiller médical à l'ARH

Patrick L'HÔTE, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales du Haut-Rhin

Marie-Pierre GALLANI, inspectrice principale à la DDASS du Bas-Rhin

- Echelon régional des médecins conseils des caisses d'assurance maladie

Dr Gilbert WEILL, médecin conseil régional

Dr François SEILLER, médecin conseil chef

- Union régionale des caisses d'assurance maladie

Joseph LOSSON, directeur

Marie-Paule GLADY, adjointe au directeur

- Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Strasbourg

Jean-Pierre RICHERT, directeur

Jean-Pierre METZGER, directeur adjoint

Françoise KARCH, sous-directrice

Jean-Louis JUNG, responsable des relations avec les professionnels de santé

Geneviève TONNELIER, responsable de la qualité et du service statistique

- Direction Départementale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes

Leslie ARNAUDON, inspectrice principale

Edith FRATTÈ

Sabine KORN

Robert GOSSEYE

- Conseil Régional de l'Ordre des médecins
Dr Franck JUNG, président du conseil régional
Dr Jean-Patrick LACHMANN, président du conseil départemental du Bas-Rhin
Dr Jean-Luc WOLF, secrétaire du conseil régional
Dr François-Xavier LEY, membre du conseil régional
- Union Régionale des Médecins libéraux d'Alsace
Dr Pierre-Paul SCHLEGEL, vice-président, médecin généraliste
Dr Laurent JOUFFROY, trésorier, anesthésiste

Région Bretagne

- Agence Régionale d'hospitalisation de Bretagne
Philippe CHERVET, directeur
Yvon GUILLERM, directeur adjoint
Dr Yves ALLIOUX, praticien conseil, conseiller médical
Christian BIANCHI, chargé de mission coordination qualité des soins
- Echelon régional des médecins conseils des caisses d'assurance maladie
Dr Françoise DURANDIERE, médecin chef régional adjointe
- Union régionale des caisses d'assurance maladie
Claude HUMBERT, directeur
- Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Rennes
Alain PITON, directeur
Catherine VINCENT, directrice adjointe
Michelle HIREL, responsable des relations avec les établissements de santé
- Direction Départementale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes d'Ille et Vilaine
Charles LEGRAND, directeur régional
Jacques MAHE, inspecteur en charge secteur santé
- Conseil Régional de l'Ordre des médecins
Dr LAFITTE, Président
- Union Régionale des Médecins libéraux de Bretagne
Dr Benoît FEGER, Président
Dr Loïc KERDILES, élu URML Bretagne
Dr Rémy BATAILLON, directeur médical URML

Région Ile-de-France

- Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris
Marie-Renée BABEL, directrice

- Agence Régionale d'hospitalisation d'Ile de France
Jacques METAIS, directeur
Gilles ECHARDOUR, chargé de mission

Région Nord - Pas de Calais

- Agence Régionale d'hospitalisation du Nord - Pas de Calais
Dominique DEROUBAIX, directeur
Bernard DELAETER, secrétaire général
Martine COUTURE, chargée de mission sur les questions budgétaires
Monique WASSELIN, département offre de soins CRAM
- Echelon régional des médecins conseils des caisses d'assurance maladie
Dr Bernard SCHMITT, médecin conseil régional
Alain BICHOFF, chef de pôle du contrôle contentieux et de lutte contre la fraude
- Union régionale des caisses d'assurance maladie
Jean-Paul RADONDY, directeur
Sylviane STRYNCKX, directrice adjointe
- Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Lille
M. CHATAIGNIER, directeur
Mme DELOS, directrice adjointe
Mme DELAVAL responsable du service gestion du risque et statistiques
M. Michel HULLAERT, responsable du pôle solidarité
- Direction Départementale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes
Mme VALENTIN, contrôleuse chargée des établissements et professionnels de santé
M. GRANGE, inspecteur principal
- Conseil Régional de l'Ordre des médecins
Dr Marc CHANTRAINE
- Union Régionale des Médecins libéraux Nord Pas de Calais
Dr Jean-Marc REHBY, président
Dr Bernard DA LAGE, membre du bureau
Dr Jean COLSON, membre du bureau

Région Rhône - Alpes

- Agence régionale de l'hospitalisation
Jean Louis BONNET, directeur
Dr Gérard CHUZEVILLE, chargé de mission
- Echelon régional des médecins conseils des caisses d'assurance maladie
Dr MARSIL, médecin chef régional adjoint

- Union régionale des caisses d'assurance maladie
Georges DORME, directeur
Catherine MALBOS directrice adjointe
- Caisse primaire d'assurance maladie du Rhône
Anne-Marie VALLUCCI, directrice adjointe
Marie-Anne CARRET, responsable du service relation avec les professions de santé
Gisèle DEDOLA, responsable du service gestion du risque et statistique
- Direction de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes du Rhône
Jean-Louis MATS, Directeur départemental
Pierre MOUGEOT, Inspecteur principal
Mme SUCHET, Contrôleur principal responsable du secteur santé
- Conseil régional de l'Ordre des médecins
Dr Jean-Michel GIROUX, Président
Dr Claude MOREL, Vice-Président
- Union régionale des médecins libéraux Rhône-Alpes
Dr Jean DERRIEN, Président
Dr Pascal DUREAU, Vice-Président
Dr Emile OLAYA, Secrétaire général
Mme LANGLET-GARILHE, Responsable administrative
Dr N.PUECH, Dr P. BERTHET, Dr P.GROS, Dr JL GUILLON membres du bureau

Région Franche-Comté

Catherine RENAUD, directeur adjoint maladie et action sociale à la CRAM Bourgogne Franche-Comté

Annexe 2 – Les dépassements d’honoraires : cas où ils sont autorisés par la convention médicale

2. Les dépassements d'honoraires : cas où ils sont autorisés par la convention médicale¹

Les tarifs opposables s'imposent aux médecins conventionnés. Mais la convention médicale, qui prévoit des possibilités de dépassement d'honoraires, traite les médecins différemment selon qu'ils sont en secteur 1 ou en secteur 2 : pour les praticiens conventionnés en secteur 1, les possibilités de dépassement sont occasionnelles ; pour ceux en secteur 2, elles sont permanentes. Dans tous les cas, les médecins doivent, selon le code de déontologie, fixer le montant de leurs honoraires avec « tact et mesure ».

2.1. Les possibilités occasionnelles de dépassement des tarifs opposables

Les praticiens conventionnés en secteur 1, qui ne disposent pas d'une possibilité permanente de dépasser, doivent respecter les tarifs opposables. Ils ne peuvent s'en affranchir que dans deux cas : un cas prévu de longue date par les conventions, le dépassement exceptionnel pour exigence particulière du malade (DE), et un nouveau cas ouvert par la convention de 2005 en lien avec la mise en place du parcours de soins, le dépassement autorisé (DA).

Le dépassement exceptionnel pour exigence particulière du malade (DE)

Cette possibilité de dépassement a été prévue dès la première convention nationale de 1971 en cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade. Il revenait à la commission médico-sociale paritaire départementale de définir les cas dans lesquels les dépassements de tarifs pour circonstances exceptionnelles étaient considérés comme justifiés.

Actuellement, ce dépassement exceptionnel est moins encadré. Selon l'article L 162-5-13 du code de la sécurité sociale, l'exigence particulière du patient peut notamment consister en une « visite médicalement injustifiée ». Selon la convention nationale conclue le 12 janvier 2005, ce dépassement peut être facturé « en cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade non liée à un motif médical » sans autre précision. Mais par son caractère exceptionnel, ce dépassement devrait être, contrairement à la pratique dans certaines zones géographiques, très peu fréquent dans la clientèle de chaque praticien. Par ailleurs, on peut noter que le montant du DE n'est nullement plafonné.

Le dépassement autorisé plafonné (DA)

En cas de soins non coordonnés au sens de la convention de 2005, le spécialiste conventionné en secteur 1 peut facturer un dépassement « autorisé ». Le montant de ce dépassement est plafonné à 17,5% des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés. Le DA ne peut se cumuler avec le DE. En pratique, les DA sont à ce jour peu pratiqués.

¹ On n'aborde pas ici le cas des médecins « non conventionnés » c'est-à-dire qui ont souhaité rester en dehors de la convention.

2.2. Les possibilités permanentes de dépassement des tarifs opposables

Le praticien dispose d'une possibilité permanente de dépasser s'il est titulaire d'un droit permanent à dépassement (DP) ou s'il est autorisé à pratiquer des « honoraires différents » (secteur 2).

Le droit permanent à dépassement²

Dans la première convention nationale de 1971, et en continuité avec les conventions départementales antérieures, il était prévu que des praticiens pouvaient dépasser les tarifs en raison de leur qualité particulière résultant de titres universitaires ou hospitaliers, ou en raison d'une « autorité médicale accrue » (résultant de fonctions hospitalières, de travaux personnels,...). Dans les deux cas, une commission médico-sociale paritaire départementale intervenait, soit en fixant la liste des titres nécessaires pour obtenir ce droit sans autre justification³, soit en étudiant les demandes de droit permanent à dépassement basée sur une « autorité médicale accrue ». Ce droit permanent à dépassement a été mis en extinction dans la troisième convention nationale de 1980 et les praticiens encore titulaires de ce droit sont aujourd'hui très peu nombreux⁴.

Le secteur 2

Parallèlement à la suppression du droit permanent à dépassement, la troisième convention nationale de 1980 a ouvert très largement la possibilité de pratiquer des tarifs différents des tarifs conventionnels, puisque sur simple choix du praticien. Le choix initialement fait par les médecins conventionnés pouvait être modifié périodiquement. Au fil du temps, la proportion de médecins choisissant ce secteur, communément appelé secteur 2, a crû, bien que le choix de ce secteur ait pour conséquence de perdre les avantages sociaux financés par les caisses.

En conséquence, la cinquième convention nationale de 1990 en a organisé la fermeture, ne laissant ouvert l'accès au secteur 2 qu'aux praticiens titulaires de certains titres et s'installant pour la première fois⁵.

² Dans le corps du rapport, par convention, le droit permanent à dépassement est noté « 1DP ».

³ La deuxième convention nationale de 1976 a toutefois prévu que les praticiens doivent notifier leur utilisation de ce droit à la commission médico-sociale paritaire départementale.

⁴ Il ne subsiste que peu de praticiens titulaires du DP : à fin 2003, selon les carnets statistiques de la CNAMTS, ils étaient 34 omnipraticiens (soit 0,1% des effectifs de médecins libéraux) et 725 spécialistes (soit 1,4% des effectifs). En chirurgie toutefois, les praticiens titulaires du DP représentaient 4,5% des effectifs à cette même date.

⁵ Cf. point 4.3 d) de la convention de janvier 2005 : « Peuvent demander à être autorisés à pratiquer des honoraires différents les médecins qui, à compter de la date d'entrée en vigueur de la convention, s'installent pour la première fois en exercice libéral et sont titulaires des titres énumérés ci-après, acquis dans les établissements publics ou au sein de la faculté libre de médecine de Lille, ou de titres équivalents acquis dans les établissements privés participant au service public hospitalier ou acquis au sein de l'Union européenne et de la Confédération helvétique :

- ancien chef de clinique des universités - assistant des hôpitaux ;
- ancien assistant des hôpitaux généraux ou régionaux n'appartenant pas à un CHU ;
- ancien assistant des hôpitaux spécialisés ;
- praticien - chef de clinique ou assistant des hôpitaux militaires ;
- praticien temps plein hospitalier dont le statut relève du décret no 84-131 du 24 février 1984 ;

La part des médecins installés en secteur 2 a depuis décru pour les généralistes, s'est stabilisé autour de 38% pour l'ensemble des spécialistes mais a augmenté dans certaines spécialités.

Les dépassements maîtrisés (DM) dans le cadre de l'option de coordination

Bien qu'ayant une possibilité permanente de dépassement des tarifs opposables, les médecins titulaires du DP ou les médecins conventionnés en secteur 2 peuvent souscrire, s'ils le souhaitent, à l'option de coordination prévu au point 1.2.3 de la convention médicale de 2005. Lorsque le patient est dans le parcours de soins, le praticien adhérent à l'option doit appliquer les tarifs opposables pour les consultations et limiter ses dépassements à 15% des tarifs opposables pour les actes techniques. Hors parcours de soins, le praticien peut très largement dépasser, jusqu'à 233% de taux de dépassement pour les actes cliniques d'une part et pour les actes techniques d'autre part.

Jusqu'à présent, très peu de praticiens ont adhéré à cette option (quelques centaines) qui prévoit en contrepartie la possibilité de coter la majoration de coordination et la prise en charge d'une partie des cotisations sociales du praticien adhérent.

Seuls le DE et le DA peuvent être facturés aux bénéficiaires de la CMU complémentaire

Même lorsqu'ils disposent d'une possibilité permanente de dépassement, il est en principe interdit aux praticiens de facturer des dépassements aux bénéficiaires de la CMU complémentaire. Les textes autorisent toutefois deux exceptions, dont la fréquence devrait rester très faible, le DE et le DA. Ils peuvent donc être facturés aux bénéficiaires de la CMU complémentaire par les praticiens de tous secteurs conventionnels.

– praticien temps partiel hospitalier comptant au minimum cinq années d'exercice dans ces fonctions et dont le statut relève du décret no 84-131 du 24 février 1984.

S'agissant des titres acquis dans les établissements privés participant au service public hospitalier et ceux acquis au sein de l'Union européenne et de la Confédération helvétique, leur équivalence aux titres énumérés au paragraphe précédent est reconnue par la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'implantation du cabinet principal du médecin conformément aux décisions de la Caisse nationale d'assurance maladie. »

**Annexe 3 – Statistiques complémentaires : Dépassements d’honoraires,
revenus des praticiens et répartition géographique**

3. Statistiques complémentaires : Dépassements d'honoraires, revenus des praticiens et répartition géographique

Tableau 1 Revenu moyen libéral et dépassements moyens par professionnel de santé en monnaie constante

Revenu moyen libéral par professionnel de santé en milliers d'euros constants (1990)												
Base 100 en 1993												
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Omnipraticien	100	95	101	97	95	98	99	101	101	109	116	111
Anesthésiste	100	102	103	100	99	99	106	103	106	115	120	123
Cardiologue	100	101	102	103	102	105	106	110	113	118	120	121
Chirurgiens ¹	100	100	99	96	98	96	98	98	100	108	109	111
Dermatologue	100	101	98	92	91	93	93	91	93	96	96	97
Gastro-entérologue	100	103	101	98	97	96	97	101	101	108	110	112
Gynécologue	100	99	101	100	100	99	100	102	102	109	114	115
Ophtalmologue	100	105	105	104	106	107	109	111	114	122	125	129
ORL	100	101	97	92	96	95	94	96	97	100	103	102
Pédiatre	100	97	102	100	97	99	96	101	104	115	125	119
Pneumologue	100	103	105	103	103	102	101	106	104	110	113	114
Psychiatre ²	100	98	103	104	103	103	103	104	105	109	111	114
Radiologue	100	100	104	103	114	117	119	131	135	136	138	138
Rhumatologue	100	100	100	97	101	100	100	102	102	108	111	113
Stomatologue	100	101	101	99	100	99	98	98	103	111	115	116
Total spécialistes étudiés	100	100	102	100	102	103	105	109	111	117	121	123
Total médecins	100	98	101	99	99	101	102	105	106	113	119	118

Dépassements moyens en monnaie constante par professionnel de santé												
Base 100 1993 en monnaie constante												
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Omnipraticien	100	95	91	89	88	89	89	90	93	111	101	95
Anesthésiste	100	102	107	112	125	144	157	174	196	242	281	294
Cardiologue	100	93	85	85	91	90	86	91	96	107	105	108
Chirurgiens	100	100	98	101	111	120	126	136	151	181	201	215
Dermatologue	100	104	98	99	99	103	105	107	115	132	140	142
Gastro-entérologue	100	96	92	93	98	106	109	119	130	158	172	181
Gynécologue	100	100	97	102	106	112	116	122	131	155	172	172
Ophtalmologue	100	105	103	109	113	120	125	136	149	179	196	208
ORL	100	101	98	100	106	111	115	121	128	147	155	157
Pédiatre	100	99	97	100	103	109	110	117	126	162	155	146
Pneumologue	100	95	92	91	95	95	97	104	115	128	125	124
Psychiatre *	100	96	99	104	109	115	118	126	141	169	196	204
Radiologue	100	85	79	77	78	89	95	92	99	113	116	118
Rhumatologue	100	101	98	102	105	107	110	116	123	142	150	153
Stomatologue	100	101	100	101	102	101	99	103	109	120	125	123
Total spécialistes étudiés	100	99	97	99	104	109	113	119	130	153	166	171
Total médecins	100	98	95	96	99	103	105	110	118	139	144	146

Tableau 2 Honoraires nets moyens par professionnel de santé en milliers d'euros constants (1990)

Base 100 en 1993												
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Omnipraticien	100	98	102	101	101	104	105	107	108	113	118	113
Anesthésiste	100	104	106	106	104	108	112	111	113	121	126	129
Cardiologue	100	101	101	104	102	107	108	112	114	118	119	120
Chirurgien	100	101	101	101	102	102	103	105	108	116	117	120
Dermatologue	100	102	101	99	98	101	101	102	104	107	107	108
Gastro-entérologue	100	103	101	101	99	101	100	102	103	109	111	112
Gynécologue	100	101	101	103	103	106	105	109	110	116	120	121
Ophtalmologue	100	105	105	108	109	113	114	117	121	127	131	135
ORL	100	102	99	98	99	102	101	104	105	108	110	109
Pédiatre	100	99	103	103	103	107	105	109	112	120	127	121
Pneumologue	100	103	104	104	104	106	104	108	107	112	114	115
Psychiatre *	100	100	104	107	106	109	109	111	113	116	117	120
Radiologue	100	97	99	99	103	106	105	111	112	115	116	116
Rhumatologue	100	101	101	101	103	105	104	108	108	112	114	117
Stomatologue	100	102	101	103	103	104	103	105	109	117	120	121
Total spécialistes étudiés	100	101	102	103	104	107	107	111	113	118	121	123
Total médecins	100	100	102	102	102	106	106	109	110	116	120	118

Tableau 3 Rapport des revenus moyens de l'ensemble des médecins sur le revenu moyen des dirigeants salariés et des ménages

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	évol 98/2004
Dirigeants salariés	1,78	1,76	1,79	1,73	1,74	1,78	1,71	-4%
Ménages	2,59	2,57	2,63	2,61	2,76	2,84	2,82	9%

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

Lecture : En 1998, un médecin gagnait en moyenne 1,78 fois le revenu moyen d'un dirigeant salarié. En 2004, un médecin gagnait en moyenne 1,71 fois le revenu moyen d'un dirigeant d'entreprise salarié. Cet écart a donc baissé de 4% sur 6 ans.

Tableau 4 Rapport des revenus moyens de l'ensemble des médecins spécialistes sur le revenu moyen de différentes catégories

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

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

Lecture : Le rapport entre les revenus moyens des médecins spécialistes et le revenu moyen des ménages ou des médecins généralistes a augmenté respectivement, de 11% et 5% de 1998 à 2004.

Graphique 1 Revenu moyen libéral par professionnel de santé en milliers d'euros constants (1990)

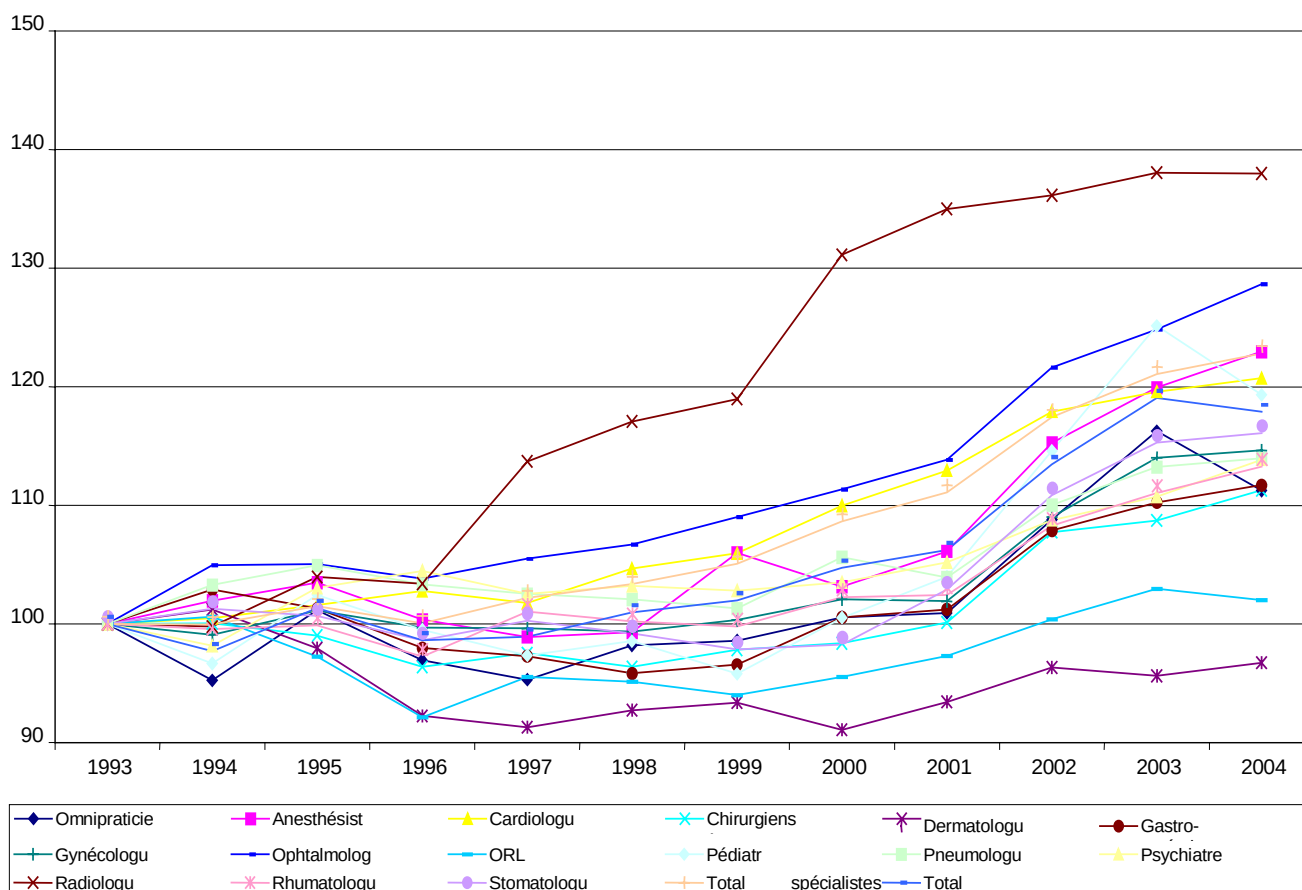


Tableau 5 Part des praticiens libéraux exerçant en secteur 1 par département et spécialité

	Gén	Spé	Anes	Card	Derm	Gast	Gyn	Opht	O.R.L	Pédia	Pneum	Radio	Rhuma	Psy	Urol	Chir
France métropolitaine	90	61	75	81	58	63	48	48	45	67	83	90	57	73	16	28
Ain	92	61	50	67	64	78	57	60	47	79	50	84	60	79	1	38
Aisne	96	84	94	100	94	73	81	55	85	80	100	100	70	93	50	80
Allier	97	74	80	95	70	90	72	38	62	100	88	100	45	85	56	50
Alpes-de-Haute-Provence	92	78	75	100	80	100	70	50	86	100	100	100	50	100	1	100
Hautes-Alpes	89	88	100	100	100	100	100	60	86	100	100	100	100	100	1	50
Alpes-Maritimes	77	46	49	60	47	27	17	23	18	49	65	96	36	76	0	7
Ardèche	92	75	88	100	80	83	72	64	70	100	83	100	57	91	1	21
Ardenne	99	88	100	100	57	89	100	50	75	100	100	100	83	100	67	91
Ariège	100	92	0	100	100	100	67	80	100	100	100	100	100	100	100	71
Aube	95	61	100	83	42	58	22	93	29	56	100	95	67	80	1	39
Aude	97	74	50	100	63	50	64	58	50	93	100	97	92	96	0	44
Aveyron	96	93	100	100	100	88	76	100	100	91	100	100	100	93	1	83
Bouches-du-Rhône	92	69	95	90	55	79	41	57	35	58	80	98	60	90	5	31
Calvados	92	74	100	76	59	94	49	70	71	73	100	100	75	93	63	32
Cantal	99	91	100	100	100	100	86	89	100	100	100	100	100	33	100	40
Charente	98	75	80	100	86	91	90	57	54	100	100	97	100	80	0	29
Charente-Maritime	97	62	58	84	67	21	65	23	35	81	89	98	60	81	44	29
Cher	95	65	60	94	71	63	41	73	30	67	25	79	38	91	100	47
Corrèze	96	76	78	100	100	63	47	67	75	83	100	96	60	86	0	50
Corse	93	79	100	96	92	94	74	42	85	64	100	100	89	96	33	30
Côte D'Or	93	58	97	90	61	60	37	41	44	67	100	97	36	80	0	11
Côtes-d'Armor	98	83	96	100	90	76	91	76	94	100	100	97	75	88	0	36
Creuse	96	90	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0	50
Dordogne	98	78	100	94	68	100	75	67	73	75	100	100	40	92	1	39
Doubs	97	71	100	97	60	67	63	53	35	81	90	98	82	84	40	33
Drôme	88	67	89	92	75	25	67	59	44	60	67	100	45	87	1	11
Eure	93	60	83	84	44	44	57	50	38	100	100	83	50	57	0	36
Eure-et-Loir	93	70	78	91	83	73	31	62	50	67	100	97	100	92	0	50
Finistère	98	90	98	100	88	100	90	70	96	97	100	100	93	97	86	76
Gard	95	65	84	100	53	63	48	50	40	48	100	100	48	92	36	6
Haute-Garonne	95	79	97	95	88	77	64	65	64	87	100	99	87	94	36	36
Gers	98	82	100	100	100	100	42	64	100	100	100	100	100	100	1	25
Gironde	92	58	34	60	67	24	52	44	37	76	54	81	62	90	0	11
Hérault	94	71	79	94	79	55	41	65	65	75	98	99	64	95	14	16
Ille-et-Vilaine	98	83	98	98	83	100	79	82	68	95	100	100	82	90	13	39
Indre	86	80	100	100	80	100	50	80	63	50	100	100	50	82	1	83
Indre-et-Loire	95	72	91	93	85	89	73	38	45	88	100	98	90	87	14	10
Isère	82	59	73	70	62	36	49	37	34	74	86	100	25	88	0	8
Jura	91	74	100	90	75	100	69	20	50	86	100	73	67	93	67	86
Landes	99	76	46	100	60	93	83	63	40	80	100	91	92	93	1	36
Loir-et-Cher	92	87	100	100	58	88	82	81	100	100	100	100	33	93	100	67
Loire	96	68	60	93	50	82	68	56	56	72	92	100	52	95	17	16
Haute-Loire	95	89	100	100	100	100	100	90	100	1	100	100	100	100	1	33
Loire-Atlantique	90	73	92	100	79	88	53	39	49	94	94	100	74	89	6	40
Loiret	91	57	46	79	40	83	33	40	12	71	80	84	33	80	17	29
Lot	99	95	75	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0	67
Lot-et-Garonne	98	76	94	100	91	40	68	50	38	100	100	100	80	94	0	56
Lozère	99	85	100	100	100	100	33	100	100	0	100	100	0	100	0	50
Maine-et-Loire	97	77	76	97	88	63	75	84	86	63	90	100	50	96	57	27
Manche	99	84	93	100	94	100	94	65	83	100	100	100	100	83	1	48
Marne	96	63	87	97	74	41	60	48	44	88	79	90	41	63	75	25
Haute-Marne	99	81	100	71	75	100	94	57	60	100	100	67	83	80	50	63

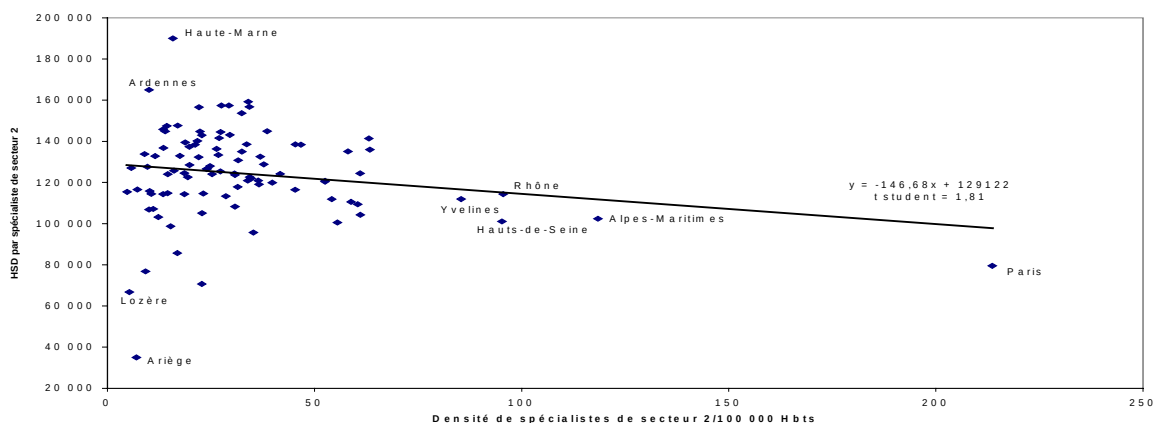
	Gén	Spé	Anes	Card	Derm	Gast	Gyn	Opht	O.R.L	Pédia	Pneum	Radio	Rhuma	Psy	Urol	Chir
Mayenne	99	87	100	100	100	100	69	92	100	100	100	100	83	94	1	36
Meurthe-et-Moselle	99	71	85	90	81	74	64	66	38	100	92	100	64	74	0	24
Meuse	98	77	100	100	50	100	75	38	50	67	100	100	75	80	0	50
Morbihan	96	92	100	100	100	100	92	95	80	96	100	100	95	91	17	71
Moselle	97	85	100	98	95	93	77	76	74	96	94	100	97	89	30	47
Nièvre	97	77	100	83	100	100	59	86	38	100	100	100	75	91	100	11
Nord	97	64	50	81	61	82	54	63	61	71	88	98	55	73	13	34
Oise	94	63	80	62	58	90	59	11	30	83	91	77	64	79	60	58
Orne	99	91	100	88	100	100	79	100	86	100	100	95	100	92	0	79
Pas-de-Calais	98	81	90	93	59	98	81	71	83	96	100	100	88	84	8	40
Puy-de-Dôme	95	72	100	94	64	45	60	49	47	88	100	98	71	95	0	29
Pyrénées-Atlantiques	98	69	65	91	85	67	79	45	80	87	83	91	77	83	9	13
Hautes-Pyrénées	98	90	100	100	91	100	89	100	100	88	100	100	100	94	100	64
Pyrénées-Orientales	95	77	83	100	78	94	75	65	93	47	100	100	75	83	0	32
Bas-Rhin	93	54	41	84	65	51	32	32	23	73	60	95	36	65	0	19
Haut-Rhin	97	64	65	88	60	79	38	73	44	78	80	94	93	67	33	38
Rhône	80	36	21	45	32	18	19	35	16	49	30	74	24	62	0	3
Haute-Saône	98	89	100	100	100	100	90	56	100	100	100	100	100	100	1	80
Saône-et-Loire	92	66	85	96	42	86	58	39	57	88	100	100	70	88	14	26
Sarthe	97	73	83	100	88	92	81	43	36	92	100	100	63	89	0	27
Savoie	82	75	68	100	82	67	84	48	85	95	100	100	84	84	0	36
Haute-Savoie	74	55	33	70	21	67	69	35	22	56	93	84	70	65	14	25
Paris	59	28	59	40	17	18	10	14	6	32	37	49	12	44	3	11
Seine-Maritime	99	71	84	93	64	92	64	67	58	75	88	100	54	74	17	22
Seine-et-Marne	66	46	82	61	48	38	26	33	35	43	53	64	41	68	0	18
Yvelines	73	40	82	58	28	40	16	29	17	42	63	72	17	55	8	17
Deux-Sèvres	96	88	82	100	100	100	100	67	100	100	100	100	100	71	1	82
Somme	99	77	91	97	60	88	80	72	62	100	100	97	100	78	29	43
Tarn	97	89	100	97	100	100	94	83	83	100	100	100	100	96	17	63
Tarn-et-Garonne	96	66	93	95	67	71	43	38	14	100	100	100	57	92	0	13
Var	83	64	85	83	53	72	48	39	40	56	93	93	59	90	0	27
Vaucluse	85	63	98	82	44	58	41	25	26	77	94	100	58	86	0	22
Vendée	96	80	88	83	75	77	89	64	73	70	100	95	92	88	80	59
Vienne	97	76	65	100	93	100	52	88	62	85	75	97	88	84	25	39
Haute-Vienne	98	74	67	95	73	100	74	62	90	100	100	100	89	91	14	42
Vosges	98	78	100	71	77	67	82	50	58	100	100	94	83	88	1	53
Yonne	87	61	88	88	33	50	38	24	46	50	100	100	33	92	0	40
Territoire de Belfort	96	84	100	100	100	100	31	78	100	60	100	100	100	100	33	100
Essonne	79	53	83	80	44	53	33	41	40	63	47	71	42	61	0	30
Hauts-de-Seine	70	37	50	52	30	26	28	31	17	36	30	63	32	52	0	14
Seine-Saint-Denis	91	59	81	86	48	53	48	37	51	45	75	86	53	76	0	34
Val-de-Marne	84	51	78	83	44	37	26	32	31	60	67	81	44	65	0	12
Val-d'Oise	83	48	84	62	40	68	30	34	20	60	77	83	41	49	0	12

Source : SNIR 2004 dans Eco-Santé Régions & Départements 2006

Graphiques sur l'influence du taux de dépassement des praticiens à honoraires libres sur la répartition géographique des praticiens.

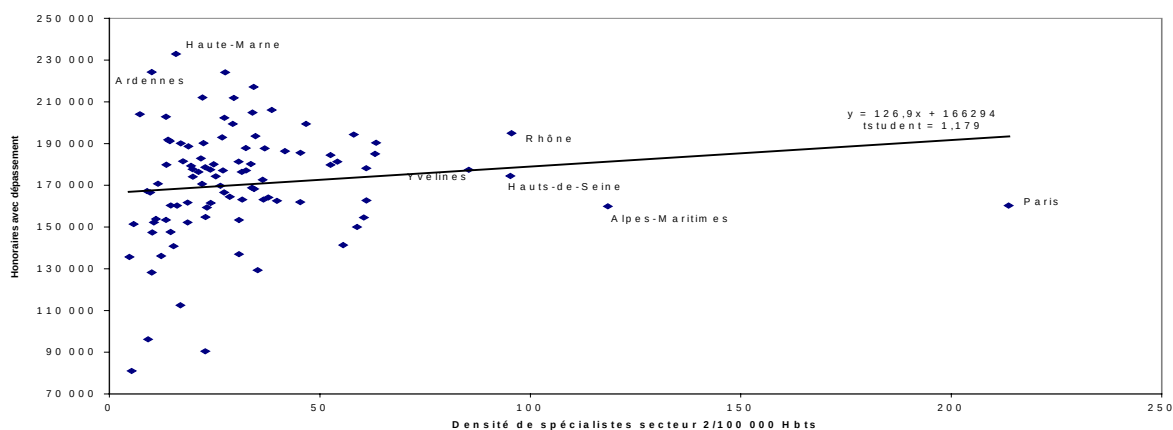
Plus la densité de spécialistes à honoraires libres augmente, plus le niveau moyen des honoraires sans dépassement baisse pour chacun de ces praticiens (graphique 2). Ce lien n'est plus significatif⁶ dès que l'on réintègre les dépassements dans les honoraires moyens (graphique 3). Par ailleurs, le taux de dépassement augmente avec la richesse de la population⁷ mais aussi avec la densité de spécialistes à honoraires libres (cf. graphique 4). Les dépassements permettent aux spécialistes à honoraires libres de limiter la chute du niveau de leurs honoraires lorsqu'ils exercent dans des zones géographiques à forte densité, qui pourtant favorisent la concurrence entre eux. On observe par exemple, que les spécialistes à honoraires libres exerçant dans la ville de Paris se rapprochent de la moyenne des honoraires totaux en France, alors qu'ils avaient des honoraires sans dépassement parmi les plus bas des départements français. Les dépassements ont permis de neutraliser en partie les effets de la densité sur le revenu.

Graphique 2 Honoraires sans dépassement par praticien en fonction de la densité médicale, pour les spécialistes à honoraires libres, par département en 2005.



Source: Données CNAMTS, ErasmeVO, 2005

Graphique 3 Ensemble des honoraires avec dépassements par praticien en fonction de la densité médicale, pour les spécialistes à honoraires libres, par département en 2005.

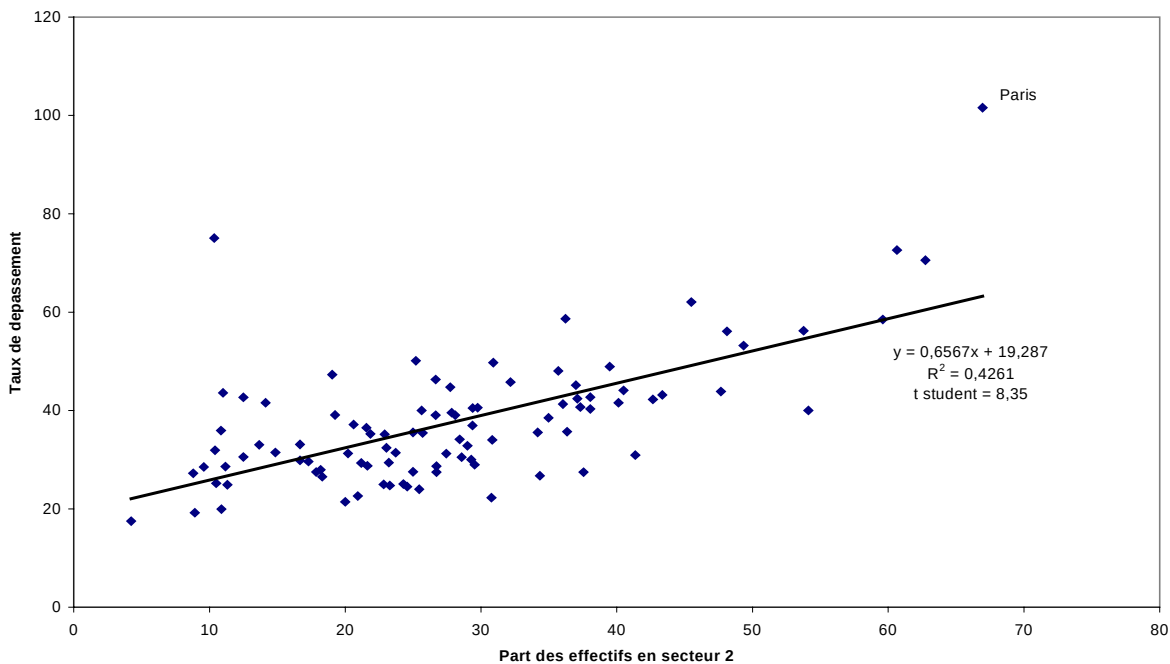


Source: données CNAMTS, ErasmeVO, 2005

⁶ Les résultats de cette régression simple (t de Student = 1,179) indiquent que la densité de spécialistes à honoraires libres ne peut expliquer la variation des honoraires avec dépassement (la probabilité d'accepter à tort cette corrélation est de 24,12%).

⁷ cf. graphique partie 2.2.3.2 du rapport principal

Graphique 4 Taux de dépassement en fonction de la part des spécialistes en secteur à honoraires libres



Source: Données CNAMTS, ErasmeVO, 2005

Les médecins qui ne peuvent appliquer de dépassements ont ainsi un revenu total moins élevé car assis sur une activité à partager avec beaucoup plus de confrères.

Les dépassements contrarient une répartition plus homogène des médecins sur le territoire en fonction des besoins de soins. Ils permettent aux spécialistes de s'installer dans des zones denses. D'autres facteurs jouent sans doute également dans les choix d'installation de ces praticiens, comme par exemple un modèle d'activité très différent de leurs confrères : ils passent plus de temps de travail pour le même revenu que ceux qui peuvent pratiquer des dépassements. Cela ne correspond sans doute pas aux standards que recherchent des médecins s'installant pour la première fois dans des centres urbains⁸. Cette situation n'est pas suffisamment attractive pour inciter de jeunes confrères à prendre leur succession (il y a moins de généralistes de secteur 1 à Paris).

⁸ Sur ce point voir « Comment améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire, les enseignements de la littérature étrangère » Yann Bourgueil, Julien Mousquès, Ayden Tajahmadi, Juin 2006, Biblio n°1635, IRDES

**Annexe 4 – Statistiques et cartographie complémentaires sur les
dépassements dans les établissements de santé privés en 2005**

4. Statistiques et cartographie complémentaires sur les dépassements dans les établissements de santé privés en 2005

4.1 Tableaux statistiques sur les dépassements dans les établissements de santé privés en 2005

Tableau 6. Effectifs des praticiens libéraux des établissements de santé privés et estimation de leurs honoraires et dépassements en France métropolitaine 2005.

	Secteur 1	Secteur 2 et 1DP	Total
Effectifs	21 613	12 696	34 309
Honoraires	1 480 973 372 €	1 484 016 609 €	2 964 989 981 €
Dépassements	30 227 353 €	439 222 949 €	469 450 302 €

Source : CNAMTS/ Erasme V1 Régime général y compris SLM - Liquidations de l'année 2005 Médecins hospitaliers libéraux conventionnés, hors hospitaliers temps plein, France métropolitaine. Redressement mission IGAS

Tableau 7. Classement des régions selon la part dans les dépassements d'honoraires des praticiens libéraux exerçant dans les établissements de santé privés en France métropolitaine en 2005

Région	Secteur 1	Secteur 2	Total	En pourcentage du total	Part cumulée du total
Ile-De-France	14 090 508 €	127 188 832 €	141 279 340 €	35,4%	35,4%
Rhône-Alpes	1 425 065 €	77 663 603 €	79 088 668 €	19,8%	55,2%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 411 411 €	29 601 371 €	32 012 782 €	8,0%	63,2%
Nord-Pas-de-Calais	1 426 710 €	24 181 842 €	25 608 552 €	6,4%	69,7%
Aquitaine	630 648 €	20 792 407 €	21 423 055 €	5,4%	75,0%
Alsace	828 331 €	12 842 736 €	13 671 067 €	3,4%	78,5%
Languedoc-Roussillon	299 004 €	10 874 469 €	11 173 473 €	2,8%	81,3%
Centre	1 524 543 €	8 440 543 €	9 965 087 €	2,5%	83,8%
Pays de Loire	363 855 €	8 824 129 €	9 187 985 €	2,3%	86,1%
Bourgogne	272 936 €	8 523 176 €	8 796 111 €	2,2%	88,3%
Lorraine	261 184 €	7 616 688 €	7 877 872 €	2,0%	90,2%
Midi-Pyrénées	324 880 €	6 548 257 €	6 873 136 €	1,7%	92,0%
Champagne-Ardenne	217 799 €	5 817 830 €	6 035 629 €	1,5%	93,5%
Picardie	169 749 €	4 126 644 €	4 296 393 €	1,1%	94,6%
Haute-Normandie	364 296 €	3 792 694 €	4 156 990 €	1,0%	95,6%
Poitou-Charentes	169 514 €	3 842 774 €	4 012 288 €	1,0%	96,6%
Auvergne	108 382 €	3 683 328 €	3 791 709 €	1,0%	97,5%
Bretagne	394 126 €	3 059 694 €	3 453 819 €	0,9%	98,4%
Basse-Normandie	198 812 €	2 411 232 €	2 610 045 €	0,7%	99,1%
Limousin	167 157 €	1 845 250 €	2 012 407 €	0,5%	99,6%
Franche-Comté	20 885 €	1 475 329 €	1 496 214 €	0,4%	99,9%
Corse	23 455 €	186 678 €	210 133 €	0,1%	100,0%

Source : CNAMTS/ Erasme V1 Régime général y compris SLM - Liquidations de l'année 2005 Médecins libéraux conventionnés pour leur exercice en établissements privés, France métropolitaine. Retraitement mission IGAS

Tableau 8. Classement des départements selon la part dans les dépassements d'honoraires des praticiens libéraux exerçant dans les établissements de santé

Département	Secteur 1	Secteur 2	Total	En pourcentage du total	Part cumulée du total
75- Paris (Ville)	6 148 659 €	68 912 633 €	75 061 292 €	18,8%	18,8%
69- Rhône	748 488 €	52 395 119 €	53 143 607 €	13,3%	32,1%
92- Hauts-de-Seine	2 289 139 €	19 991 086 €	22 280 224 €	5,6%	37,7%
59- Nord	1 036 711 €	20 716 069 €	21 752 781 €	5,5%	43,2%
06- Alpes-Maritimes	1 169 888 €	16 812 468 €	17 982 356 €	4,5%	47,7%
33- Gironde	408 888 €	12 627 334 €	13 036 222 €	3,3%	50,9%
78- Yvelines	1 351 368 €	10 787 330 €	12 138 698 €	3,0%	54,0%
67- Bas-Rhin	510 110 €	9 845 713 €	10 355 823 €	2,6%	56,6%
38- Isère	137 694 €	9 030 855 €	9 168 549 €	2,3%	58,9%
94- Val-de-Marne	1 012 937 €	7 332 112 €	8 345 049 €	2,1%	61,0%
13- Bouches-du-Rhône	595 016 €	6 921 993 €	7 517 008 €	1,9%	62,8%
93- Seine-St-Denis	1 287 770 €	6 060 304 €	7 348 074 €	1,8%	64,7%
34- Hérault	158 924 €	6 332 763 €	6 491 687 €	1,6%	66,3%

Source : CNAMTS/ Erasme V1 Régime général y compris SLM - Liquidations de l'année 2005 Médecins libéraux conventionnés pour leur exercice en établissements privés, France métropolitaine en 2005. Retraitement mission IGAS

Tableau 9. Répartition, par discipline et par secteur, des dépassements des praticiens pour leur exercice en établissements privés

Discipline	Secteur 1	Secteur 2	Total
Omnipraticiens	0,9%	0,4%	0,5%
Anesthésistes	64,1%	15,8%	18,9%
Chirurgiens	17,0%	54,5%	52,1%
Gastro-entérologues	3,0%	3,9%	3,8%
Gynécologues	2,8%	7,7%	7,4%
Ophtalmologues	4,9%	8,8%	8,5%
Autres spécialistes	7,3%	8,9%	8,8%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%

Source : CNAMTS/ Erasme V1 Régime général y compris SLM - Liquidations de l'année 2005 Médecins libéraux conventionnés pour leur exercice en établissements privés, France métropolitaine en 2005. Retraitement mission IGAS

Tableau 10. Taux de dépassement⁹ dans les établissements de santé privés par spécialité

Discipline	secteur 1	secteur 2	Total
Omnipraticiens	0,3%	20,4%	2,3%
Anesthésistes	4,9%	47,1%	16,3%
Chirurgiens	4,8%	50,2%	41,9%
Gastro-entérologues	0,7%	22,3%	9,2%
Gynécologues	1,8%	37,1%	25,1%
Ophtalmologues	4,3%	43,4%	32,5%
Autres spécialistes	0,3%	25,3%	5,1%
TOTAL	2,1%	42,0%	18,8%

Source : CNAMTS/ Erasme V1 Régime général y compris SLM - Liquidations de l'année 2005 Médecins libéraux conventionnés pour leur exercice en établissements privés, France métropolitaine en 2005. Retraitement mission IGAS

⁹ Taux de dépassement défini comme dans le corps du rapport, c'est à dire comme le rapport entre la somme des dépassements et les honoraires sans dépassement.

Tableau 11. Répartition des praticiens par secteur conventionnel et par spécialités pour leur exercice dans les établissements de santé privés en France métropolitaine 2005

Discipline	Secteur 1		Secteur 2		Total	
	En valeur	En %	En valeur	En %	En valeur	En %
Omnipraticiens	4 376	20,2%	628	4,9%	5 004	14,6%
Anesthésistes	2 264	10,5%	824	6,5%	3 088	9,0%
Chirurgiens	776	3,6%	3 787	29,8%	4 563	13,3%
Gastro-entérologues	1 135	5,3%	726	5,7%	1 861	5,4%
Gynécologues	698	3,2%	1 263	9,9%	1 961	5,7%
Ophtalmologues	954	4,4%	1 492	11,8%	2 446	7,1%
Autres spécialistes	11 410	52,8%	3 976	31,3%	15 386	44,8%
TOTAL	21 613	100,0%	12 696	100,0%	34 309	100,0%

Source : CNAMTS/ Erasme V1 Régime général y compris SLM - Liquidations de l'année 2005 Médecins libéraux conventionnés pour leur exercice en établissements privés, France métropolitaine en 2005. Retraitement mission IGAS

Tableau 12. Estimation des honoraires et des dépassements par secteur conventionnel pour les praticiens exerçant dans les établissements de santé privés en France métropolitaine 2005.

	Secteur 1	Secteur 2	Total
Effectif	21 613	12 696	34 309
Honoraires estimés tous régimes	1 480 973 372 €	1 484 016 609 €	2 964 989 981 €
Honoraires moyens annuels	68 522 €	116 889 €	86 420 €
Pourcentage par secteur	49,9%	50,1%	100,0%
Dépassements estimés tous régimes	30 227 353 €	439 222 949 €	469 450 302 €
Dépassements moyens annuels	1 189 €	29 406 €	13 683 €
Pourcentage par secteur	6,4%	93,6%	100,0%

Source : CNAMTS/ Erasme V1 Régime général y compris SLM - Liquidations de l'année 2005 Médecins libéraux conventionnés pour leur exercice en établissements privés, France métropolitaine en 2005. Données redressées tous régimes. Retraitement mission IGAS

Tableau 13. Taux de dépassements moyens les plus élevés par département pour les praticiens à honoraires libres exerçant dans les établissements de santé privés

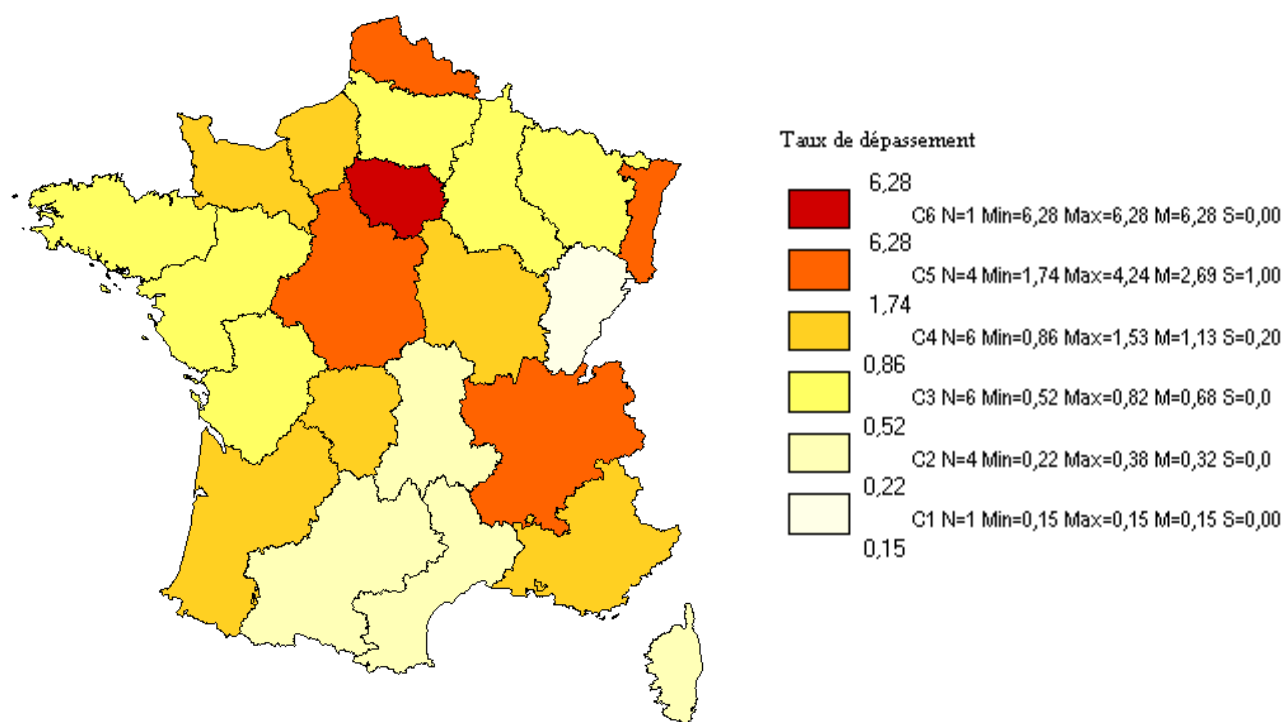
Département	Spécialité	Effectif	Taux de dépassement	Honoraires moyens par médecin	Dépassement moyen par médecin
75- Paris (Ville)	Gynécologie	211	121,6%	75 890	41 641
69- Rhône	Ophtalmologie	50	120,4%	136 414	74 523
75- Paris (Ville)	Chirurgie	447	119,7%	150 748	82 130
69- Rhône	Chirurgie	200	108,5%	218 378	113 637
67- Bas-Rhin	Ophtalmologie	23	103,7%	108 339	55 161
75- Paris (Ville)	Ophtalmologie	165	98,5%	59 633	29 585
92- Hauts-de-Seine	Ophtalmologie	52	98,4%	47 327	23 479
92- Hauts-de-Seine	Chirurgie	108	92,1%	139 392	66 824
69- Rhône	Anesthésie	102	90,0%	295 126	139 805
75- Paris (Ville)	Anesthésie	89	85,7%	221 984	102 475
78- Yvelines	Ophtalmologie	26	81,8%	52 267	23 512
67- Bas-Rhin	Chirurgie	62	79,8%	193 553	85 884
68- Haut-Rhin	Chirurgie	28	77,4%	113 897	49 699
06- Alpes-Maritimes	Chirurgie	138	74,7%	145 596	62 252

Source : CNAMTS/ Erasme V1 Régime général y compris SLM - Liquidations de l'année 2005 Médecins libéraux conventionnés pour leur exercice en établissements privés, France métropolitaine en 2005. Retraitement mission IGAS

4.2 Cartographie des dépassements d'honoraires en établissements de santé

Les cartes suivantes présentent les taux de dépassement dans les établissements de santé publics et privés en 2005 selon le secteur conventionnel des praticiens.

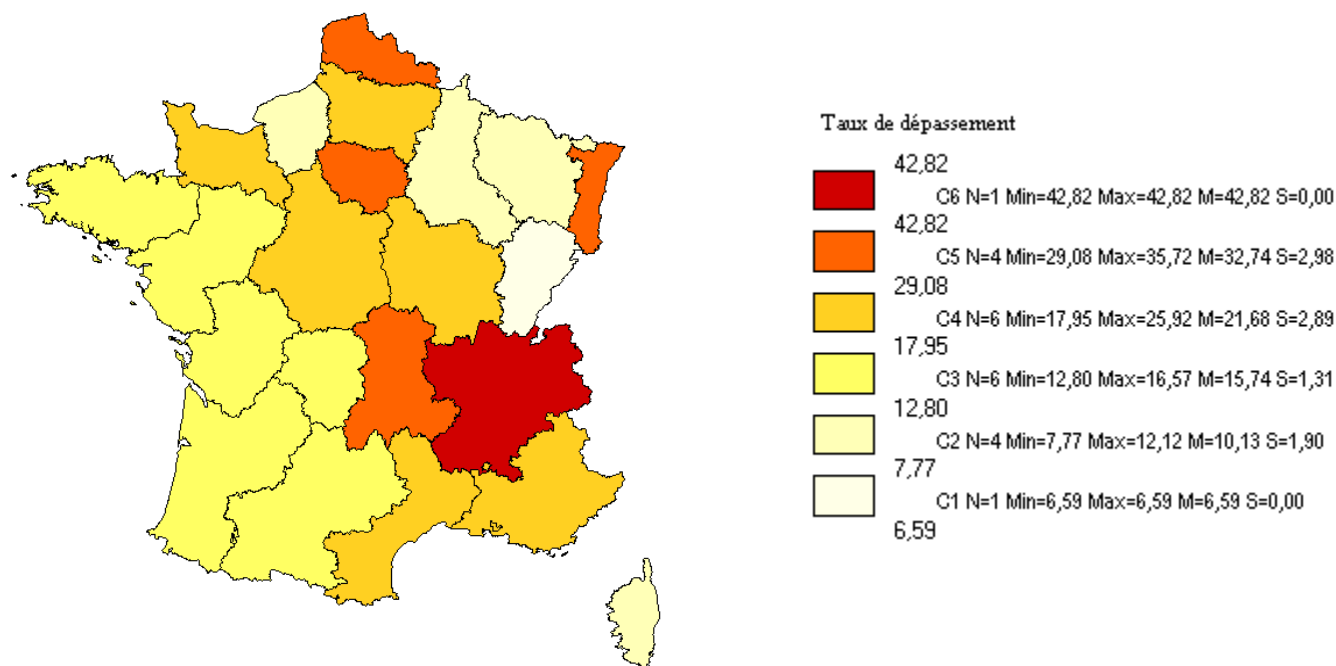
Figure 1 : Taux de dépassement régionaux des praticiens du secteur 1 pour leur activité en établissement de santé public ou privé en 2005 (Spécialistes et omnipraticiens, y compris hospitaliers publics)



Source : Erasme V1 - Liquidations de l'année 2005 - Régime général y compris SLM. Médecins libéraux conventionnés, y compris hospitalier temps plein, toujours en activité au 31/12/2005, exerçant en établissement.

Lecture : Dans une région, l'Ile-de-France, le taux de dépassement des praticiens de secteur 1 pour leur activité en établissement de santé, est de 6,28%. Dans quatre régions, il est compris entre 1,74% et 4,24%.

Figure 2 : Taux de dépassements régionaux des praticiens du secteur 2 et 1DP pour leur activité libérale en établissement de santé public ou privé en 2005 (Spécialistes et omnipraticiens, y compris hospitaliers publics)



Source : Erasme V1 - Liquidations de l'année 2005 - Régime général y compris SLM. Médecins libéraux conventionnés, y compris hospitalier temps plein, toujours en activité au 31/12/2005, exerçant en établissement.

Lecture : Dans une région, l'Ile de France, le taux de dépassement des praticiens de secteur 2 pour leur activité en établissement de santé, est de 42,82%. Dans quatre régions, il est compris entre 29,08% et 35,72%.

Annexe 5 - L'activité libérale des praticiens hospitaliers publics

5 L'activité libérale des praticiens hospitaliers publics

La possibilité, pour les praticiens hospitaliers, d'exercer une activité libérale a fait l'objet de nombreux mouvements réglementaires depuis son instauration en 1959. Depuis 1987, cependant l'existence même d'un secteur d'activité privé à l'hôpital public n'a plus été remise en cause mais uniquement aménagée¹⁰.

Les praticiens hospitaliers temps plein peuvent consacrer aujourd'hui jusqu'à 20% de leur temps de travail pour une activité libérale, rémunérée à l'acte, sur la même base que pour la médecine libérale. Ils doivent veiller à offrir en contrepartie le même type d'actes en privé que dans leurs activités publiques, d'une part, ne pas produire une activité privée supérieure en volume à leur activité publique, d'autre part¹¹.

Les dernières dispositions issues de l'ordonnance du 4 septembre 2003, introduisent deux modifications : elles réintroduisent d'une part la possibilité pour les praticiens de percevoir directement leurs honoraires sans que les patients soient obligés de se rendre à la caisse de l'hôpital ; elles confient d'autre part aux ARH la compétence d'approbation, de suspension et de retrait d'autorisation des contrats d'activité libérale, auparavant dévolue aux préfets. Les circulaires de la DHOS de novembre 2001 et d'octobre 2005 rassemblent les principales instructions en vigueur à ce jour^[12-13].

Les tarifs que les praticiens appliquent dépendent du secteur conventionnel auquel ils ont adhéré et des droits à dépassements dont ils disposent dans les mêmes conditions que l'ensemble des praticiens libéraux : secteur 1 avec ou sans droit permanent à dépassement ou secteur 2. Le praticien verse une redevance à l'établissement, qui varie selon les actes, la spécialité et le secteur hospitalo-universitaire de 20 à 60%¹⁴.

Les développements suivants visent actualiser l'enquête publiée en septembre 2000 par la CNAMTS, sur l'activité libérale des praticiens hospitaliers en 1998¹⁵. Les données ont été produites par la CNAMTS à partir des requêtes sur ses bases SNIR et Erasme V1 2006 et

¹⁰ Le " secteur privé " des praticiens hospitaliers, institué lors de la réforme hospitalo-universitaire de l'ordonnance du 11 décembre 1958 visait à permettre aux médecins, désormais à temps plein, de conserver la clientèle constituée antérieurement et à leur offrir une diversification des cas d'examen et un complément de revenu. La loi du 28 octobre 1982 en avait organisé l'extinction au 31 décembre 1986, mais la loi du 27 janvier 1987 a rétabli l'autorisation pour les praticiens hospitaliers à temps plein d'exercer une activité libérale au sein de leur établissement et mis en place les modalités de son contrôle.

¹¹ Le cadre réglementaire actuel repose sur les articles L. 6154-1 à L. 6154-7 du code de la santé publique et R. 714-28-21 à R. 714-28-24 du même code.

¹² CIRCULAIRE N° DHOS/F4/M2/DGCP/ 6B/2001/561 du 26 novembre 2001 relative à l'application des dispositions relatives à l'activité libérale des praticiens hospitaliers à temps plein dans les établissements publics de santé

¹³ Circulaire n°DHOS/M2/2005/469 du 14 octobre 2005 relative au contrôle de l'activité libérale, au rôle de la commission locale, à la procédure à suivre dans le cas d'une suspension ou d'un retrait de l'autorisation d'exercer une activité libérale et à certaines dispositions relatives à cette activité.

¹⁴ Décret n°2006-274 du 7 mars 2006 relatif à la redevance due à l'hôpital par les praticiens hospitaliers à temps plein exerçant une activité libérale dans les établissements publics de santé

¹⁵ C. Le GUEN. L'activité libérale des médecins hospitaliers à temps plein en 1998. Point Stat n°27. CNAMTS, Direction des statistiques et des études, septembre 2000.

retraitées pour partie par la mission IGAS. Elles portent sur la période 2000-2004 tous régimes et 2005 -1^{er} semestre 2006 pour le seul régime général. Les données concernant les honoraires correspondent aux montants bruts déclarés par les praticiens avant paiement de la redevance hospitalière.

5.1 Démographie des praticiens exerçant une activité libérale en établissement public de santé

5.1.1 Entre 11 et 13% des praticiens hospitaliers pouvant y prétendre exercent une activité libérale, majoritairement en secteur 1

Les praticiens pouvant prétendre à une activité libérale doivent exercer en tant qu'hospitaliers temps plein (PHTP) dans les établissements publics de santé ou en tant qu'hospitalo-universitaires dans les CHU (HU). Dans ce second cas, ils peuvent être alors praticiens hospitalo-universitaires (PHU), professeurs des universités praticiens hospitaliers (PU-PH), maîtres de conférence hospitalo-universitaires et chefs de travaux (MCU-PH), chefs de cliniques assistant (CCA) ou assistants hospitalo-universitaires (AHU).

Tableau 14 Effectifs au 31/12/2004 des praticiens hospitaliers ayant produit des soins au titre d'une activité libérale et du total des praticiens pouvant statutairement y prétendre

	Ensemble des Praticiens hospitaliers	praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale	%
PHTP	28 935	Non disponible	
Hospitalo-universitaires	9 287	Non disponible	
Total	38 222	4 212	11 %

Sources : CNAMTS/SNIR PS 2004 provisoire ; Direction générale de l'enseignement supérieur /DPE B12 année universitaire 2004-2005. Retraitement mission IGAS.

Fin 2004, 38 222 praticiens¹⁶ pouvaient prétendre statutairement à exercer une activité libérale et 4 212 l'exerçaient, soit 11%. Toutefois, seuls les praticiens exerçant une activité clinique peuvent de fait avoir une activité libérale. Aussi, peut-on estimer que 33 252 praticiens sont plus directement concernés et la proportion de praticiens exerçant cette option s'élève alors à 12,7% des praticiens concernés. Il existe également des différences dans le taux d'exercice d'une activité libérale à l'hôpital, selon les régions¹⁷⁻¹⁸.

La plupart des praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale sont des spécialistes (99,3% en 2004) dont les deux tiers (62%) exercent en secteur 1¹⁹.

¹⁶ Les PHTP représentaient en 2004, les trois quart de ces praticiens.

¹⁷ Ainsi, dans une étude réalisée par l'URCAM d'Alsace sur l'activité de 1998, la proportion de praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale était de 43,8% de l'ensemble des praticiens hospitaliers. GLADY MP, Activité libérale des praticiens hospitaliers à temps plein. URCAM Alsace ; février 2000.

¹⁸ Dans une autre étude réalisée par l'URCAM de Bretagne, 180 praticiens hospitaliers exerçaient une activité libérale en 2005, soit 9,2% des 1963 praticiens hospitaliers pouvant statutairement y prétendre à cette même période d'après la DHOS ROUX, L'activité libérale des praticiens hospitaliers publics. Honoraires 2005. Mission régionale de santé – URCAM de Bretagne : 2005.

¹⁹ La totalité des praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale, à l'exception de 3 médecins en moyenne annuelle, a adhéré à l'un ou l'autre des secteurs tarifaires conventionnels.

Au sein de l'ensemble de l'activité libérale, les praticiens hospitaliers publics exerçant une activité libérale représentaient en 2004, 3,7% de l'ensemble des médecins et 7,9% des seuls spécialistes.

Tableau 15 Part des effectifs hospitaliers parmi l'ensemble des praticiens exerçant une activité libérale en 2004, selon le secteur conventionnel

	Praticiens hospitaliers avec activité libérale	Répartition entre secteurs conv.	Ensemble des praticiens libéraux (dont hospitaliers)	%
Omnipraticiens				
Secteur 1	20	74%	52 328	0,04%
Secteur 2 et 1 DP	7	26%	7 740	0,09%
Total	27		60 832	0,04%
Spécialistes				
Secteur 1	2 589	61,94%	32 698	7,92%
Secteur 2 et 1 DP	1 601	38,25%	20 518	7,80%
Total	4 185		53 328	7,85%
TOTAL GENERAL	4 212		114 160	3,71%

Source : CNAMTS/SNIR PS 2004 provisoire, Retraitement mission IGAS

En ce qui concerne l'évolution des effectifs, ceux-ci décroissent de 2000 à 2005 de 4% après avoir augmenté de 19% entre 1995 et 2000. Toutefois, c'est le nombre de médecins en secteur 1 qui diminue de 7,4% sur la période 2000 à 2005, alors que ceux qui exercent en secteur 2 augmentent de 1,7%. Il semble que l'ensemble des effectifs soient de nouveau en augmentation à partir de 2005 (croissance de + 2% par rapport à 2004, dont les deux tiers sont des praticiens de secteur 2).

Tableau 16 Evolution par secteur tarifaire des effectifs des médecins exerçant une activité libérale dans un établissement public de santé entre 1995 et 2005

	1995	2000	2005	Taux évolution	
				1995-2000	2000-2005
Secteur 1	1 946	2 820	2 612	44,9%	-7,4%
Secteurs à honoraires libres ²⁰	1 803	1 653	1 681	-8,3%	1,7%
Total	3 749	4 473	4 293	19,3%	-4,0%

Source : CNAMTS/SNIR PS 1995-2000 et ERASME V1.

²⁰ Secteur 2, 1DP et non conventionnés

5.1.2 Tous secteurs conventionnels confondus, les praticiens exerçant une activité libérale se concentrent sur certaines spécialités

Sur la période 2000-2005, l'évolution par discipline du nombre de médecins est contrastée, comme le montre le tableau suivant.

Tableau 17 Evolution par discipline, tous secteurs conventionnels confondus, des effectifs des médecins exerçant une activité libérale dans un établissement de santé public entre 2000 et 2005

	2000	2005	Evolution 2000-2005
Omnipraticiens	35	29	-17,1%
Anesthésie	177	126	-28,8%
Cardiologie	381	419	10,0%
Chirurgie	786	690	-12,2%
Dermato-vénéréologie	49	50	2,0%
Radiologie	468	517	10,5%
Gynéco-obstétrique	614	622	1,3%
Appareil digestif	183	170	-7,1%
Médecine interne	204	148	-27,5%
Neuro-chirurgie	58	59	1,7%
O.R.L.	151	173	14,6%
Pédiatrie	130	105	-19,2%
Pneumologie	116	103	-11,2%
Rhumatologie	62	53	-14,5%
Ophtalmologie	134	147	9,7%
Urologie	73	109	49,3%
Neuro-psychiatrie	47	24	-48,9%
Stomatologie	36	30	-16,7%
R.R.F	28	18	-35,7%
Neurologie	99	97	-2,0%
Psychiatrie	199	147	-26,1%
Néphrologie	61	53	-13,1%
Anapath.	23	19	-17,4%
Chirurgie Orthopédique	306	346	13,1%
Endocrinologie	53	39	-26,4%
Total spécialistes	4 438	4 264	-3,9%
Total médecins	4 473	4 293	-4,0%

Source : CNAMTS/SNIR PS 2000 et ERASME V1.

Les effectifs se concentrent sur quelques disciplines : six disciplines sur les 25 catégories de regroupement de la CNAMTS, concentrent les deux tiers des effectifs, et 10 disciplines concentrent les quatre cinquièmes.

Tableau 18. Répartition, pour les six disciplines les plus nombreuses, des médecins exerçant une activité libérale dans un établissement public de santé en 2005 et évolution entre 2000 et 2005

Tous secteurs conventionnels confondus	Effectifs 2000	Effectifs 2005	% effectifs 2005	% cumulés 2005	Evolution 2000-2005
Chirurgie	786	690	16,1%	16,1%	-12,2%
Gynéco obstétrique	614	622	14,5%	30,6%	1,3%
Radiologie	468	517	12,0%	42,6%	10,5%
Cardiologie	381	419	9,8%	52,4%	10,0%
Chirurgie Orthopédique	306	346	8,1%	60,4%	13,1%
O.R.L.	151	173	4,0%	64,5%	14,6%
Autres disciplines	1 767	1 526	35,5%	100%	-13,6%
	4 473	4 293	100,0%		-4,0%

Source : CNAMTS/SNIR PS 1995-2000 et ERASME V1. Retraitement mission IGAS

La baisse des effectifs sur la période 2000-2005 masque des évolutions par discipline importantes. Parmi les six disciplines les plus représentées, seuls les effectifs de la catégorie chirurgie générale ont décliné, les effectifs des cinq premières autres disciplines ont augmenté. Hors ces six disciplines, les effectifs ont décliné à l'exception de la neurochirurgie (stable) et de l'ophtalmologie (+9,7%).

Les trois quarts des praticiens ayant opté pour les secteurs à honoraires libres (2, 1DP) relèvent de huit spécialités, dont six sont principalement chirurgicales.

Tableau 19. Répartition, pour les huit disciplines les plus nombreuses, des effectifs des médecins exerçant une activité libérale en secteur à honoraires libres dans un établissement public de santé en 2005

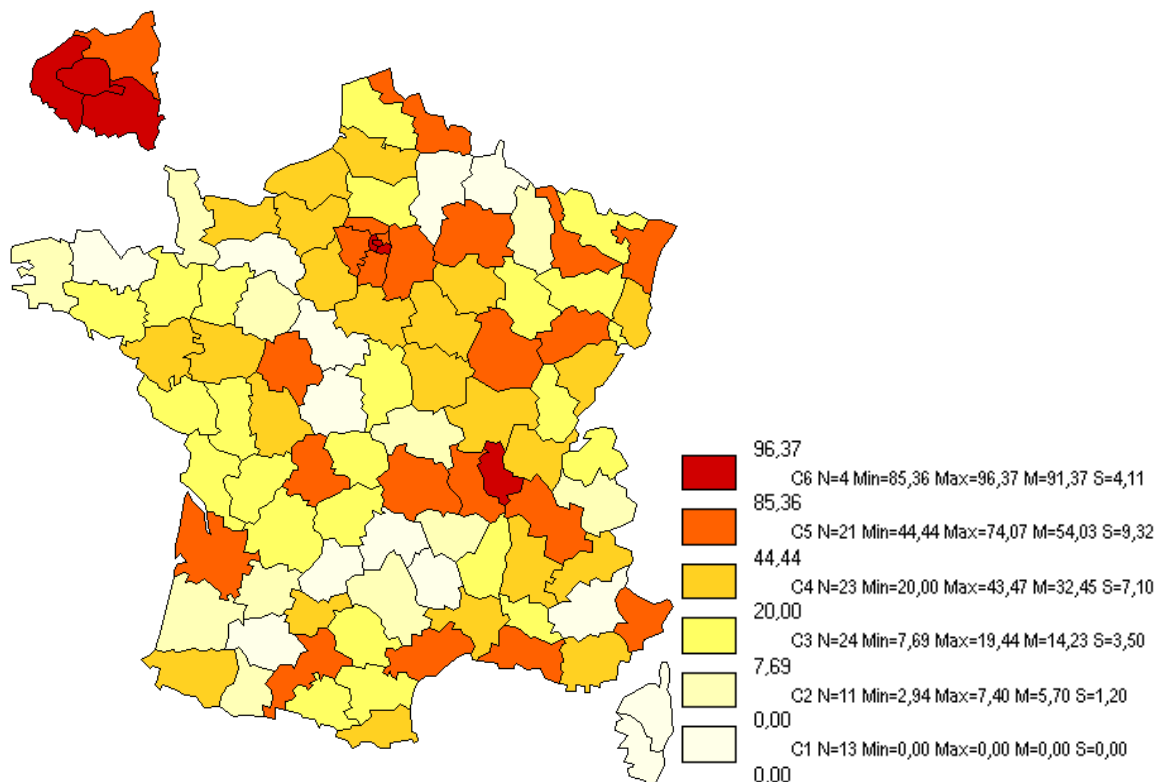
Secteurs à honoraires libres	effectif 2005	% effectifs	% cumulés
Chirurgie	331	19,7%	19,7%
Gynéco obstétrique	307	18,3%	38,0%
Chirurgie Orthopédique	176	10,5%	48,5%
Ophtalmologie	117	7,0%	55,5%
O.R.L.	111	6,6%	62,1%
Médecine interne	77	4,6%	66,7%
Urologie	77	4,6%	71,3%
Cardiologie	70	4,2%	75,4%
Autres disciplines	412	24,6%	100,0%
	1 678	100,0%	

Source : CNAMTS/ERASME V1 Retraitement mission IGAS.

5.1.3 Les praticiens hospitaliers ayant opté pour un conventionnement à honoraires libres exercent principalement dans cinq régions

Il s'agit de l'Ile-de-France et des régions Rhône-Alpes, PACA, Alsace et Nord-Pas de Calais. La carte suivante détaille par département la proportion de praticiens hospitaliers ayant une activité libérale à honoraires libres parmi l'ensemble des praticiens hospitaliers.

Figure 3 Distribution départementale de la proportion des praticiens hospitaliers publics exerçant une activité libérale en secteur 2 et 1 DP sur l'ensemble des praticiens hospitaliers. Données 1^{er} semestre 2006



Source : CNAMTS/ Erasme V1 – Mois de remboursement, régime général, praticiens conventionnés

Exemple de lecture (zone supérieure la plus foncée) : Dans quatre départements, la proportion de praticiens hospitaliers ayant une activité libérale est comprise entre 85,36% et 96,37%. La moyenne de cette tranche est de 91,37% et l'écart type de 4,11%.

5.2 Honoraires et dépassements²¹

5.2.1 Tous secteurs conventionnels confondus, le taux de dépassements d'honoraires des praticiens hospitaliers s'élèvent à 29% en 2004

La masse totale des honoraires bruts des praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale était de 256,8 millions d'euros en 2004. Les dépassements d'honoraires représentaient 57,4 millions d'euros soit 28,8% de la masse des honoraires totaux sans dépassements.

Tableau 20 Honoraires bruts des praticiens hospitaliers issus de leur activité libérale 2004

En €	Ensemble des praticiens				
	Effectifs	Honoraires bruts totaux (1)	Dépassements (2)	Honoraires totaux moyens	Taux de dépassement 2/(1-2)
Omnipraticiens	27	1 036 235	74 907	38 379	7,8%
Anesthésie	131	5 708 037	326 617	43 573	6,1%
Cardiologie	397	27 261 215	1 022 079	68 668	3,9%
Chirurgie	709	47 944 962	15 088 775	67 623	45,9%
Dermato-vénéréologie	48	1 705 155	698 036	35 524	69,3%
Radiologie	487	42 081 971	788 850	86 411	1,9%
Gynéco-obstétrique	613	35 489 583	10 129 113	57 895	39,9%
Appareil digestif	174	7 924 619	635 385	45 544	8,7%
Médecine interne	150	5 338 184	1 559 181	35 588	41,3%
Neuro-chirurgie	58	4 044 250	1 880 375	69 728	86,9%
O.R.L.	166	9 857 083	3 889 798	59 380	65,2%
Pédiatrie	101	3 312 168	366 218	32 794	12,4%
Pneumologie	110	4 038 517	444 871	36 714	12,4%
Rhumatologie	51	1 760 169	663 949	34 513	60,6%
Ophtalmologie	135	13 069 983	5 947 806	96 815	83,5%
Urologie	92	8 108 942	3 883 898	88 141	91,9%
Neuro-psychiatrie	26	849 857	262 008	32 687	44,6%
Stomatologie	33	2 200 607	926 630	66 685	72,7%
R.R.F	21	811 008	217 064	38 619	36,5%
Neurologie	94	3 467 134	560 475	36 884	19,3%
Psychiatrie	152	4 799 944	568 667	31 579	13,4%
Néphrologie	53	1 716 243	105 581	32 382	6,6%
Anapath.	19	876 484	34 932	46 131	4,2%
Chirurgie ortho	324	22 301 426	6 977 898	68 832	45,5%
Endocrinologie	41	1 143 246	320 106	27 884	38,9%
Total spécialistes	4 185	255 810 787	57 298 312	61 126²²	28,9%
Total médecins	4 212	256 847 022	57 373 219	60 980	28,8%

Source : CNAMTS/SNIR-PS 2004 France métropolitaine

²¹ Ces données concernent l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie pour 2000-2004 et portent sur les honoraires bruts perçus par les praticiens avant paiement de la redevance hospitalière.

²² Le calcul des honoraires moyens des praticiens hospitaliers ayant une activité libérale agrège des situations très diverses selon le volume d'activité réalisé, le secteur conventionnel et la discipline exercée du praticien.

5.2.2 Les dépassements d'honoraires constituent une part importante voire prédominante dans les revenus des praticiens en secteur 2 et 1DP.

Les honoraires des praticiens hospitaliers du secteur 1, qui représentent les deux tiers des effectifs, s'élèvent à 145 millions d'euros soit 56% des honoraires totaux, tous secteurs confondus. Ils comprennent 1,85 millions d'euros de dépassements, soit 3% des dépassements facturés par les praticiens hospitaliers, tous secteurs confondus.

Tableau 21. Montants moyens et distribution des dépassements par discipline pour les praticiens hospitaliers conventionnés en secteur 1 en 2004

En euros	Praticiens hospitaliers conventionnés en secteur 1				
	Effectifs	Honoraires bruts totaux (1)	Dépassements (2)	Honoraires totaux moyens	Taux de dépassement 2/(1-2)
Omnipraticiens	20	880 900	1 400	44 045	0,2%
Anesthésie	115	5 015 651	22 504	43 614	0,5%
Cardiologie	335	23 448 970	69 698	69 997	0,3%
Chirurgie	381	20 919 572	778 377	54 907	3,9%
Dermato-vénéréologie	10	302 500	2 886	30 250	1,0%
Radiologie	449	38 943 391	171 671	86 734	0,4%
Gynéco-obstétrique	321	15 125 770	374 167	47 121	2,5%
Appareil digestif	137	6 210 759	20 546	45 334	0,3%
Médecine interne	71	2 464 197	29 288	34 707	1,2%
Neuro-chirurgie	11	697 278	17 453	63 389	2,6%
O.R.L.	58	2 544 965	78 887	43 879	3,2%
Pédiatrie	76	2 427 579	42 757	31 942	1,8%
Pneumologie	85	3 069 585	15 899	36 113	0,5%
Rhumatologie	18	488 048	13 428	27 114	2,8%
Ophtalmologie	31	2 273 382	8 220	73 335	0,4%
Urologie	29	1 685 602	6 179	58 124	0,4%
Neuro-psychiatrie	14	401 806	7 422	28 700	1,9%
Stomatologie	9	471 947	53 204	52 439	12,7%
R.R.F	14	416 405	2 661	29 743	0,6%
Neurologie	65	2 346 478	12 389	36 100	0,5%
Psychiatrie	114	3 481 700	32 475	30 541	0,9%
Néphrologie	44	1 491 919	5 877	33 907	0,4%
Anapath.	17	691 397	4 051	40 670	0,6%
Chirurgie	168	8 825 296	73 151	52 532	0,8%
Orthopédique					
Endocrinologie	17	439 472	6 877	25 851	1,6%
Total spécialistes	2 589	144 183 669	1 850 067	55 691	1,3%
Total médecins	2 609	145 064 569	1 851 467	55 602	1,3%

Source : CNAMTS/SNIR-PS 2004 France métropolitaine

En ce qui concerne les praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale en secteur 2 et 1DP qui représentent un tiers des effectifs, leurs honoraires s'élèvent à 111,6 millions d'euros soit 43% des honoraires totaux tous secteurs confondus et 55,4 millions d'euros de dépassements soit 97% des dépassements facturés par les praticiens hospitaliers, tous secteurs confondus.

Le taux de dépassement des praticiens hospitaliers à honoraires libres est de 99% mais cette proportion est très variable selon la discipline concernée puisqu'elle va de 20% à 152%. Pour 11 des 25 spécialités étudiées, ce taux est supérieur à 100%.

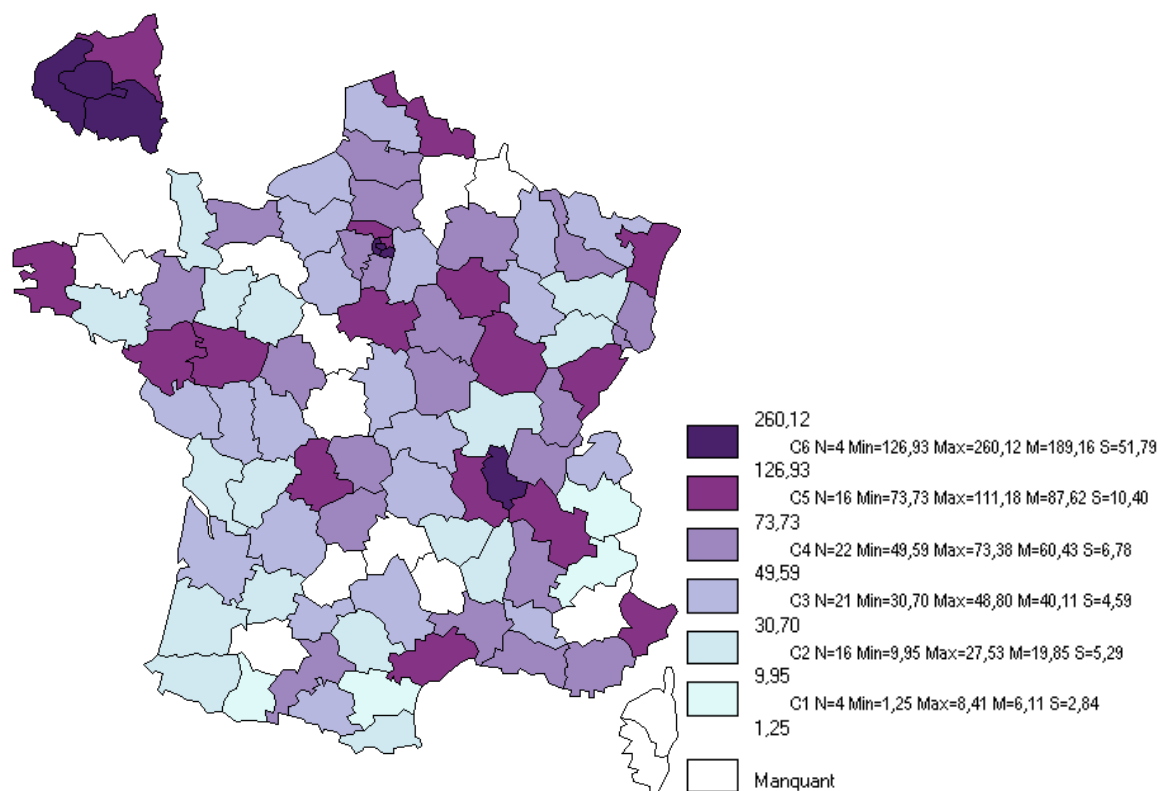
Tableau 22. Montants moyens et distribution des dépassements par discipline pour les praticiens hospitaliers conventionnés en secteur 2 et 1DP en 2004

En euros	Praticiens hospitaliers conventionnés en secteur 2 ou 1 DP				
	Effectifs	Honoraires bruts totaux (1)	Dépassements (2)	Honoraires totaux moyens	Taux de dépassement 2/(1-2)
Omnipraticiens	7	155 335	73 507	22 191	89,8%
Anesthésie	16	692 386	304 113	43 274	78,3%
Cardiologie	62	3 812 245	952 381	61 488	33,3%
Chirurgie	327	26 897 607	14 204 058	82 256	111,9%
Dermato-vénéréologie	38	1 402 655	695 150	36 912	98,3%
Radiologie	38	3 138 580	617 179	82 594	24,5%
Gynéco-obstétrique	292	20 363 813	9 754 946	69 739	92,0%
Appareil digestif	37	1 713 860	614 839	46 321	55,9%
Médecine interne	79	2 873 987	1 529 893	36 380	113,8%
Neuro-chirurgie	47	3 346 972	1 862 922	71 212	125,5%
O.R.L.	108	7 312 118	3 810 911	67 705	108,8%
Pédiatrie	25	884 589	323 461	35 384	57,6%
Pneumologie	25	968 932	428 972	38 757	79,4%
Rhumatologie	32	1 265 438	644 683	39 545	103,9%
Ophthalmologie	104	10 796 601	5 939 586	103 813	122,3%
Urologie	63	6 423 340	3 877 719	101 958	152,3%
Neuro-psychiatrie	12	448 051	254 586	37 338	131,6%
Stomatologie	24	1 728 660	873 426	72 028	102,1%
R.R.F	7	394 603	214 403	56 372	119,0%
Neurologie	29	1 120 656	548 086	38 643	95,7%
Psychiatrie	38	1 318 244	536 192	34 691	68,6%
Néphrologie	9	224 324	99 704	24 925	80,0%
Anapath.	2	185 087	30 881	92 544	20,0%
Chirurgie Ortho.	156	13 476 130	6 904 747	86 385	105,1%
Endocrinologie	24	703 774	313 229	29 324	80,2%
Total spécialistes	1 594	111 492 652	55 336 067	69 945	98,5%
Total médecins	1 601	111 647 987	55 409 574	69 736	98,5%

Source : CNAMTS/SNIR-PS 2004 France métropolitaine

Cette dispersion entre disciplines se double également aussi d'une dispersion entre régions. Les dépassements d'honoraires facturés par les praticiens hospitaliers sont concentrés sur un nombre limité de départements et régions. On retrouve l'Ile-de-France et les régions Rhône-Alpes, Alsace, Nord- Pas-de-Calais et PACA. Il convient de noter que la carte départementale des taux de dépassement d'honoraires liés à l'activité libérale des praticiens hospitaliers se superpose à celle de l'ensemble de l'activité libérale hospitalière et de ville.

Figure 4 Distribution départementale des taux de dépassements des praticiens hospitaliers publics conventionnés en secteur 2 et 1 DP. Données 1^{er} semestre 2006



Source : CNAMTS/ Erasme V1 – Mois de remboursement, régime général, praticiens conventionnés

Exemple de lecture (seconde zone supérieure la plus foncée) : Dans seize départements, le taux de dépassement des praticiens hospitaliers ayant une activité libérale à honoraires libres est compris entre 73,73% et 111,18%. La moyenne de cette tranche est de 87,62% et l'écart type de 10,4%.

5.2.3 L'activité plus faible en volume des praticiens hospitaliers en secteur 2 et 1DP est compensée par les dépassements d'honoraires

Si les praticiens hospitaliers exerçant en secteur à honoraires libres avaient la même activité que leurs confrères du secteur 1, les montants de leurs honoraires sans dépassement devraient être proches. Or, ils sont inférieurs d'un tiers.

Tableau 23. Comparaison des honoraires sans dépassement par praticien des deux secteurs conventionnels en 2004

Honoraires moyens par praticien en euros	secteur 1 (1)	Secteur 2 et 1 DP (2)	(2)/(1)
Honoraires sans dépassement	54 892 €	35 127 €	64,0%
Honoraires totaux	55 602 €	69 736 €	125,4%

Source : CNAMTS/SNIR-PS 2004 France métropolitaine, retraitement mission IGAS

Les praticiens des secteurs 2 et 1DP compensent ces écarts avec les dépassements qui contribuent à doubler les honoraires. Ce faisant, les honoraires totaux par professionnel des secteurs 2 et 1DP sont en moyenne supérieurs de 25% à ceux du secteur 1.

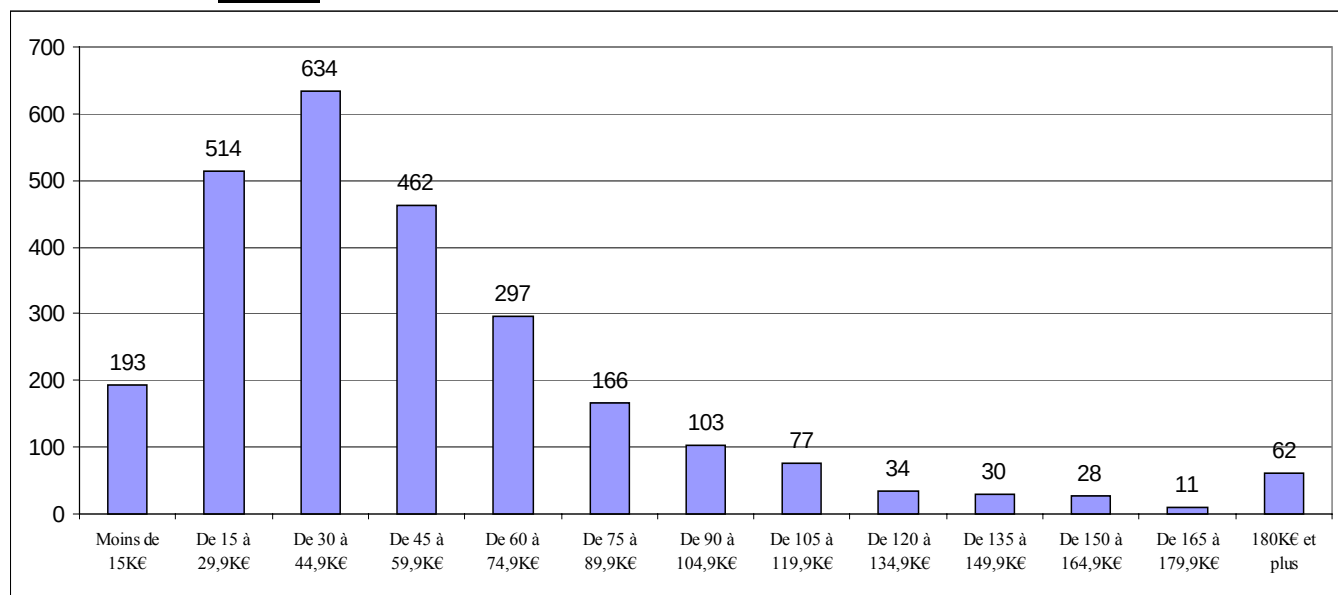
5.2.4 La dispersion des honoraires reste importante avec des valeurs hautes très élevées pour 2 à 5% des praticiens selon le secteur conventionnel

En 1998, la dispersion des honoraires variait de moins de 15 000 à plus de 183 000 euros/an²³. Un praticien hospitalier avec une activité libérale sur dix en secteur 1 et deux sur dix en secteur à honoraires libres percevaient plus de 75 000 euros par an²⁴.

En 2004, la dispersion des honoraires varie de moins de 15 000 à plus de 180 000 euros. Un médecin sur cinq en secteur 1 et un médecin sur trois en secteur à honoraires libres percevaient plus de 75 000 euros par an. Les deux tiers des praticiens percevaient moins de 60 000 euros en secteur 1 et moins de 75 000 euros en secteur 2 et 1 DP²⁵.

Les honoraires bruts de 62 praticiens de secteur 1 (soit 2,4%) et de 83 praticiens de secteur 2 et 1DP (soit 5,2%) étaient supérieurs à 180 000 euros en 2004.

Figure 5 Répartition des effectifs par tranche d'honoraires pour les praticiens hospitaliers exerçant leur activité libérale en secteur 1 en 2004



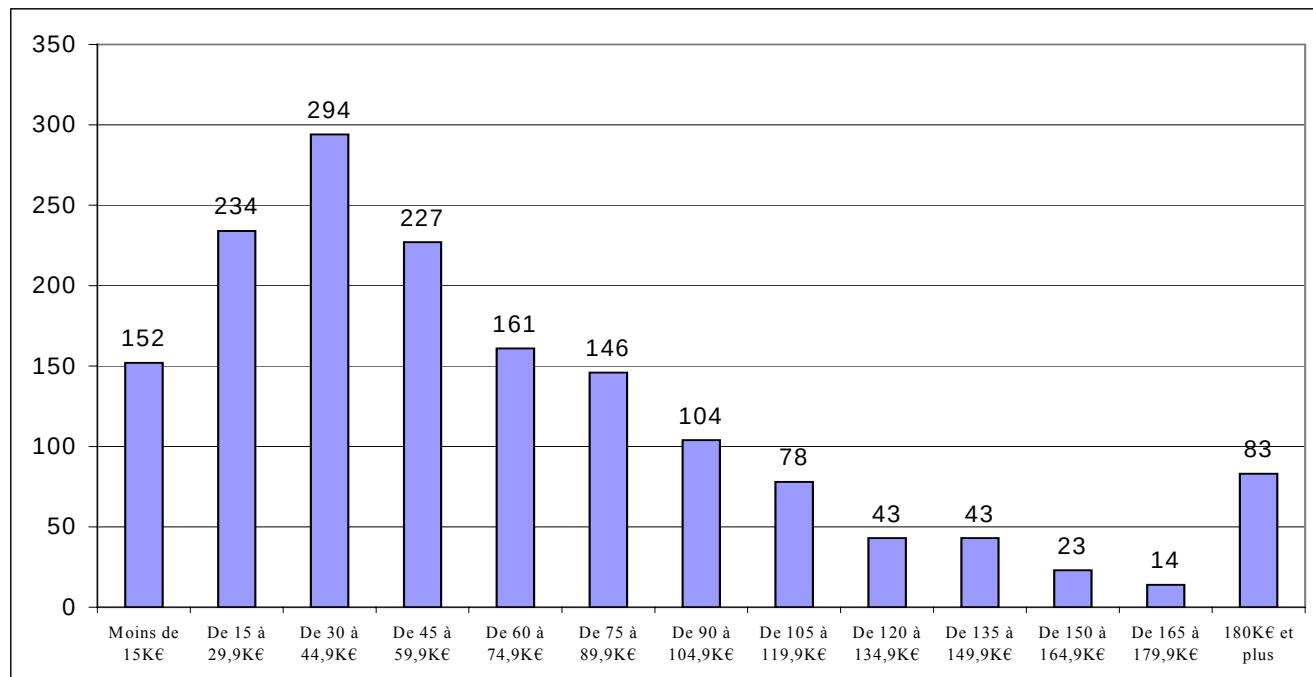
Source : CNAMTS/SNIR-PS 2004 France métropolitaine

²³ 1,2 millions de FF

²⁴ C. Le GUEN. L'activité libérale des médecins hospitaliers à temps plein en 1998. *Op.cit.*

²⁵ Les données provisoires 2005 montrent les même tendances.

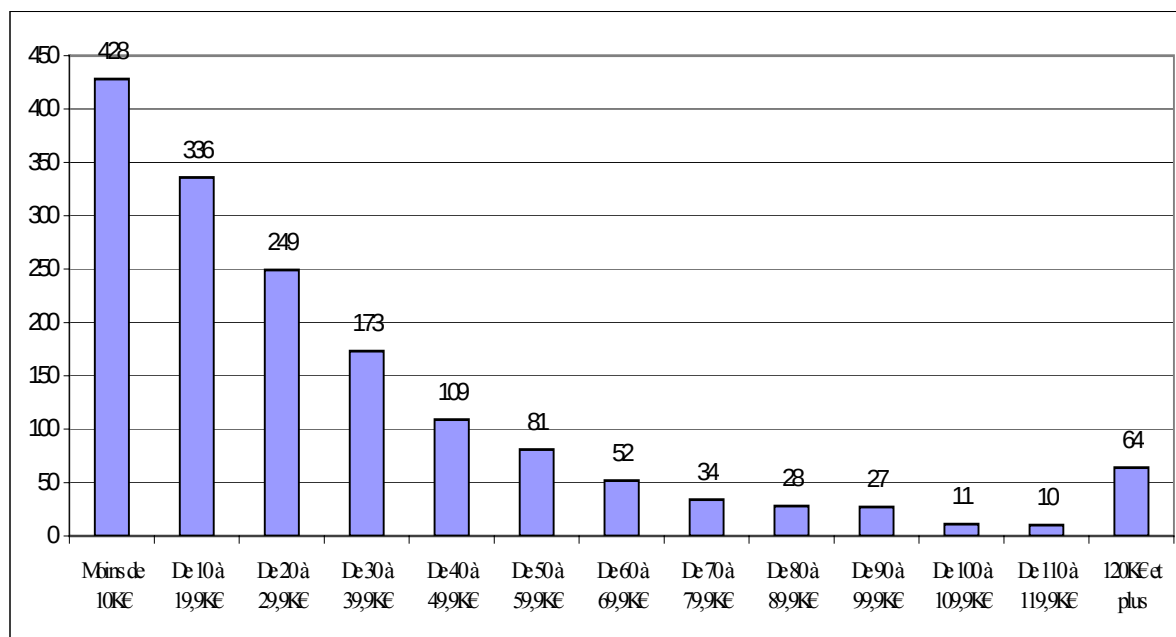
Figure 6 Répartition des effectifs par tranche d'honoraires pour les praticiens hospitaliers exerçant leur activité libérale en secteur 2 et 1DP en 2004



Source : CNAMTS/SNIR-PS 2004 France métropolitaine

S'agissant des dépassements en secteur à honoraires libres, en 2004, les deux tiers des médecins ont facturé moins de 30 000 euros de dépassements d'honoraires annuels et 4% de ces praticiens ont facturé plus de 120 000 euros de dépassements dans l'année.

Figure 7 Répartition des effectifs par tranche de dépassements pour les praticiens hospitaliers exerçant leur activité libérale en secteur 2 et 1DP en 2004



Source : CNAMTS/SNIR-PS 2004 France métropolitaine

5.2.5 En montant, les dépassements ont crû de 7% par an en moyenne entre 2000 et 2005

Tableau 24 Taux de croissance annuel moyen des dépassements et des taux de dépassement sur la période 2000-2005.

	Secteur 1		Secteur 1DP et 2		Tous secteurs	
	Dépassements	Taux dépass ^t	Dépassements	Taux dépass ^t	Dépassements	Taux dépass ^t
Omnipraticiens	-18,2%	-20,0%	+9,0%	+2,8%	+7,4%	+4,7%
Anesthésie	+8,9%	+11,3%	+2,2%	+1,6%	+2,9%	+4,9%
Cardiologie	+3,2%	-3,2%	+1,1%	-4,1%	+1,2%	-4,9%
Chirurgie	+12,9%	+10,9%	+4,7%	+2,6%	+5,1%	+3,1%
Dermatovénéréologie	+22,1%	+13,3%	+2,6%	+1,4%	+2,7%	-0,4%
Radiologie	+9,4%	+3,5%	+23,9%	-4,2%	+19,5%	+12,1%
Gynéco-obstétrique	+30,4%	+27,5%	+8,8%	+3,1%	+9,2%	+5,5%
Appareil digestif	+25,6%	+22,8%	+3,1%	+3,1%	+3,8%	+1,8%
Médecine interne	-7,5%	-7,0%	+0,1%	+6,6%	+0,2%	+3,0%
Neuro-chirurgie	+38,8%	+28,4%	+12,1%	+5,1%	+12,3%	+4,8%
O.R.L.	+10,6%	+5,2%	+7,0%	+1,1%	+7,1%	+1,4%
Pédiatrie	+25,2%	+20,4%	+1,6%	+2,8%	+3,5%	+0,5%
Pneumologie	+12,4%	+10,6%	+4,5%	+2,3%	+4,8%	+3,0%
Rhumatologie	-15,0%	-7,8%	+3,0%	-0,3%	+2,7%	+4,4%
Ophtalmologie	+13,9%	+10,8%	+7,8%	+1,9%	+7,8%	+2,8%
Urologie	-4,7%	-12,6%	+10,8%	-1,1%	+10,7%	-0,0%
Neuro-psychiatrie	-5,5%	-0,9%	-10,1%	+13,3%	-9,9%	+1,2%
Stomatologie	+5,4%	+13,2%	+11,4%	+1,7%	+11,1%	+7,5%
R.R.F	-1,4%	+4,5%	+13,0%	+12,9%	+12,8%	+17,6%
Neurologie	+14,9%	+15,7%	+9,8%	+5,8%	+10,0%	+9,9%
Psychiatrie	+6,9%	+7,2%	+13,2%	+11,8%	+13,0%	+13,0%
Néphrologie	-25,6%	-24,0%	+13,8%	+8,7%	+10,3%	+12,1%
Anapath.	+0,9%	+1,4%	-1,5%	-11,9%	-1,4%	-2,6%
Chirurgie Ortho.	+17,2%	+10,3%	+8,1%	+0,4%	+8,3%	+1,3%
Endocrinologie	+2,1%	+6,7%	+4,4%	+2,3%	+4,1%	+5,7%
Total spécialistes	+12,9%	+8,9%	+7,0%	+1,9%	+7,1%	+3,0%
Total médecins	+12,8%	+8,9%	+7,0%	+1,9%	+7,1%	+3,0%

Source : CNAMTS/ SNIR-PS de 2000 à 2004, Erasme v1 en 2005 (estimation tous régimes)

La progression annuelle des dépassements s'est élevée à plus de 7,1% et celle de leur part dans les honoraires totaux à plus de 3% sur la période 2000-2005 pour l'ensemble des praticiens. La progression annuelle des honoraires s'est, quant à elle, élevée sur cette période de 5,5% pour l'ensemble des secteurs conventionnels.

Les progressions sont proportionnellement plus fortes dans le secteur 1, en relation vraisemblablement avec les mots d'ordre syndicaux sur la revalorisation des honoraires et du déblocage de l'accès au secteur 2 pour les praticiens de ce secteur. Toutefois, il convient de rappeler que les montants de ces dépassements en secteur 1 restent faibles par rapport aux honoraires totaux, contrairement à ceux du secteur à honoraires libres.

5.3 Contrôle de l'activité libérale des praticiens publics

5.3.1 *Le contrôle interne est irrégulièrement conduit et globalement peu efficace*

La Cour des comptes rapportait en 1997²⁶ que « les commissions de l'activité libérale des hôpitaux, chargées de "veiller au bon déroulement de cette activité " et au respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant ne fonctionnent pas, à quelques exceptions près. Très peu d'établissements contrôlent les déclarations. Rares sont ceux qui rapprochent la déclaration du praticien des données du Système national inter-régimes (SNIR). Les contrôles diligentés par les chambres régionales des comptes font ressortir une fréquence élevée de minorations de déclarations, parfois pour des volumes importants d'honoraires ».

Ce jugement est toujours d'actualité. Dans l'étude menée par l'IGAS, fin 2006, auprès de l'ensemble des ARH²⁷, le fonctionnement des commissions de l'activité libérale intra-hospitalière (CAL), où siègent à parité des médecins hospitaliers et des représentants du conseil d'administration et de la tutelle Etat et Assurance Maladie, apparaît hétérogène selon les régions et inégal selon les établissements de santé (réunions peu fréquentes, souvent formelles, sans plus value décisionnelle évidente). Certaines ARH ont signalé qu'il était anormal que la présidence de ces CAL puissent échoir à un praticien directement concerné, qui dans un cas a lui-même les plus gros revenus issus de l'activité libérale de tout l'établissement. Ce constat rejoint celui d'une précédente mission IGAS dans un CHU.

De façon générale et à quelques rares exceptions, les ARH n'ont pas produit d'étude régionale ni mis en place de tableau de bord sur le fonctionnement des commissions d'activité libérale des établissements publics de santé de leur région. L'approbation des contrats des praticiens et leur suivi semblent le plus souvent délégués à l'échelon départemental, DDASS et CPAM. Ces instances siègent en principe dans les commissions lorsqu'elles se réunissent.

5.3.2 *Les contrôles externes sont difficiles et peu fréquents*

Depuis 2004, les ARH se sont globalement peu saisies de cette question alors qu'elles en ont la pleine responsabilité.

Les données des contrôles sont aujourd'hui parcellaires, souvent anciennes et relèvent principalement de l'initiative de l'Assurance Maladie ou des Chambres régionales des comptes. La Cour des comptes relevait toujours en 1997 que « *les contrôles opérés par les chambres régionales montrent que certaines règles sont trop complexes ou mal adaptées à la pratique médicale. Les dispositions actuelles n'assurent pas la transparence de l'activité libérale à l'hôpital. Elles ne garantissent pas certains équilibres entre l'hôpital et le secteur privé, entre l'activité libérale et le secteur public, avec dans ce dernier cas un risque de redoublement des coûts pour l'assurance maladie.* »

²⁶ Synthèse des contrôles auprès de 57 établissements hospitaliers appartenant à 15 régions, réalisés par les chambres régionales des comptes de 1994 à 1997.

²⁷ Cf. Annexe Etude menée auprès des ARH. Mission IGAS. 2007.

De nombreuses anomalies sont relevées dans plusieurs études : on citera entre autres une enquête régionale en Nord-Pas-de-Calais portant sur l'exercice 1998²⁸, une enquête réalisée en 1999 par l'URCAM de la région Centre²⁹, une autre par l'URCAM d'Alsace sur l'année 1999³⁰. Les dysfonctionnements signalés portant davantage sur le déséquilibre entre activité publique et privée des praticiens que sur la pratique de dépassements jugés excessifs, ils ne font pas l'objet de plus amples développements dans le cadre de ce rapport.

Toutefois, la mission a relevé que ses interlocuteurs régionaux insistaient sur le fait que les rendez-vous des consultations privées seraient accordés avec des délais plus courts que ceux des consultations publiques, incitant de fait le patient à privilégier la consultation privée et consentir par avance au dépassement lorsqu'il est demandé.

5.3.3 Les procédures de sanctions déjà rares semblent arrêtées depuis 2005

En cas d'anomalie, les commissions de l'activité libérale ou la DDASS pouvaient saisir jusqu'en 2003 le préfet et depuis 2004, l'ARH, pour sanctionner le praticien. La décision de suspension ou de retrait de l'autorisation n'est pas suspensive. Le praticien qui veut contester cette décision doit obligatoirement déposer un recours hiérarchique. Le recours est rejeté implicitement si dans un délai de quatre mois, le ministre ne s'est pas prononcé.³¹

Quatre régions signalent des suspensions, concernant au total une demi-douzaine de praticiens toutes effectuées en 2004 mais les suspensions prononcées par les ARH semblent interrompues depuis fin 2004.

L'IGAS, qui avait regretté dans un précédent rapport²⁹ qu'il n'existe pas de système consolidé des signalements et des sanctions prononcées, ne peut que renouveler cette remarque. Aujourd'hui, seuls les recours hiérarchiques sont enregistrés, au niveau national.

²⁸ C. De BATZ, F. LALANDE & G. LAURAND. Gestion des praticiens hospitaliers Rapport n°2002.143 décembre 2002.

²⁹ URCAM région Centre. Mesure de l'activité libérale des praticiens hospitaliers. Méthodologie. Document de travail.

³⁰ GLADY MP, Activité libérale des praticiens hospitaliers à temps plein. URCAM Alsace. 2000. Op.cit.

³¹ Article R.714-28-24 du code de la santé publique

**Annexe 6 - Les dépassements d'honoraires concernant quatre épisodes
de soins**

6 Les dépassements d'honoraires concernant quatre épisodes de soins

6.1 Objectifs de l'étude

A l'occasion d'une mission de contrôle en 2005 sur un groupe de cliniques en France, l'IGAS a observé de nombreux dépassements dans une maternité, dont certains appliqués de façon systématique par des professionnels de secteur 2 et 1. Le reste à charge moyen par patiente³² observé sur un échantillon de 75 dossiers d'accouchement ouverts sur la période du 16 février au 5 avril 2004, était de 605 euros dont 213 euros de dépassement d'honoraire pour les anesthésistes, 130 euros pour les gynécologues obstétriciens et environ 40 euros pour les pédiatres. Les deux tiers du reste à charge étaient donc issus des seuls dépassements d'honoraires (383 euros). Moins de 15% des dossiers ne comportaient aucun dépassement.

Dans une autre étude réalisée par la CRAM de Languedoc Roussillon en 2005³³ (données 1999 à 2003), dans neuf des onze maternités privées de la région, les dépassements pour les accouchements concernaient 16% des séjours. Mais, au sein de deux des neuf maternités, huit accouchements sans complication sur dix donnaient lieu à dépassement, pour un montant moyen pour les gynécologues-obstétriciens de 150 euros, soit des chiffres proches de ceux observés par la mission IGAS citée ci-dessus.

La situation apparaissait pour le moins contrastée et il était souhaitable de mesurer l'importance et la dispersion de ces dépassements constatés ponctuellement en réalisant une analyse sur l'ensemble de la France pour les soins en établissement de santé public ou privé.

Mais, pour réaliser un état des lieux fiable, il était important d'analyser non seulement l'acte principal (l'accouchement lui-même, la pose de la prothèse, ...) mais également l'ensemble des actes et consultations précédant ou suivant l'acte principal. En effet, la plupart des hospitalisations nécessitent d'être précédés ou suivis de soins « en ville » qui peuvent alourdir le reste à charge pour les patients. C'est pourquoi cette étude porte sur des épisodes de soins et inclut, outre l'hospitalisation, les coûts en amont et en aval afin d'établir un coût total de l'ensemble des soins ayant concouru à l'hospitalisation proprement dite de l'assuré.

³² Ces constats ne prennent pas en compte l'existence éventuelle d'une prise en charge par une assurance maladie complémentaire.

³³ Accessibilité aux soins et dépassements d'honoraires dans les cliniques privées de court séjour en Languedoc Roussillon. Etude et propositions d'actions ; CRAM Languedoc Roussillon ; novembre 2005

L'étude porte sur une sélection de quatre épisodes de soins réalisés au second semestre 2005 dans un établissement de santé public ou privé français. Les quatre épisodes de soins ont été choisis en fonction de leur fréquence élevée dans la population, de leur couverture de spécialités médico-chirurgicales différentes et de leur répartition entre les secteurs hospitaliers public et privé. Il s'agit des accouchements, de la chirurgie du cristallin, de la prothèse totale de hanche et des coloscopies.

Cette étude a pour objectif de mesurer les dépassements demandés aux patients pour un acte hospitalier, mais aussi pour l'ensemble des soins médicaux et paramédicaux l'ayant précédé ou immédiatement suivi et pouvant être mis en relation avec lui. Cette période, qui est définie comme « épisode de soin » dans l'étude, englobe celle plus ponctuelle de réalisation de l'acte hospitalier lui-même.

6.2 Méthode

6.2.1 Bases des requêtes

La sélection des épisodes de soin a été réalisée à partir de deux sources :

- la base issue du programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) des établissements de santé publics et privés du second semestre 2005. Ce système d'information regroupe les séjours de tous les patients hospitalisés en France, quel que soit le régime de prise en charge, dans des groupes homogènes de malades (GHM) ; ce regroupement est établi à partir des diagnostics principaux et de certains actes³⁴ ;
- la base des consommations de soins Erasme V1 du régime général hors sections locales mutualistes (ER V1 – RG hors SLM)³⁵. Ce régime hors sections locales mutualistes représente environ 72% de l'ensemble des assurés sociaux³⁶.

6.2.2 Critères médicaux de choix des séjours et des patients

La combinaison des critères de choix s'est opérée de façon à :

- se centrer sur les actes les plus simples et les pathologies sans complication (pour limiter la dispersion des coûts qui résulterait d'une trop forte hétérogénéité des pathologies prises en charge) ;
- disposer d'un nombre d'actes suffisant pour mesurer la dispersion par décile des dépassements.

6.2.2.1 Accouchements uniques, normaux sans complication significative : tous les actes reliés au GHM 14Z02A.

Les GHM 14Z02³⁷ Accouchements par voie basse sans complication significative représentent 234 243 Résumés de Sortie Anonymisés (RSA) sur le second semestre 2005. Afin de réduire la dispersion des mesures de coût, l'étude a été centrée sur le seul groupe « accouchement unique » relevé en diagnostic principal, qui représente entre 73% (public) et 77% (privé) de tous les accouchements enregistrés dans le GHM 14Z02. Les diagnostics principaux retenus sont détaillés dans le tableau suivant :

³⁴ Actes reliés aux GHM/GHS version 9, V0 et V0 bis de la CCAM voire CdaM 1997.

³⁵ Les sections locales mutualistes ne fournissaient à cette date ni le code CCAM, ni le numéro du groupe homogène de séjour (GHS).

³⁶ Le régime général seul couvre 72% des assurés sociaux et les SLM 13%.

³⁷ GHS 5451.

Tableau 25. Nombre de RSA associés aux diagnostics principaux sélectionnés pour l'accouchement par voie basse sans complication significative

Libellés longs des diagnostics principaux	Statut de l'établissement ³⁸		
	ex-DG	ex-OQN	Total
Accouchements (unique) par forceps, autres et sans précision	150 735	68 959	219 694
Accouchement (unique) spontané par présentation du sommet	1 993	1 902	3 895
Accouchement (unique) par extraction pneumatique	1 774	1 490	3 264
Accouchement (unique) par forceps (moyen) à la partie moyenne de l'excavation	2 161	19	2 180
Accouchements (unique) par forceps, autres et sans précision	1 781	325	2 106
Accouchement (unique) par forceps bas	633	714	1 347
Accouchement (unique) spontané par présentation du siège	563	206	769
Autres accouchements (uniques) précisés, avec assistance	32	204	236
Accouchement (unique) par forceps (moyen) à la partie moyenne de l'excavation, avec rotation	84	129	213
Accouchement (unique) par association d'un forceps et d'une ventouse	98	71	169
Autres accouchements (uniques) par le siège (avec assistance)	114	17	131
Accouchement (unique) avec extraction par le siège	73	34	107
Accouchement (unique) avec assistance, sans précision	86	3	89
Autres accouchements uniques et spontanés	25	5	30
Autres accouchements (uniques) avec l'aide de manipulations	11	2	13
Total	160 163	74 080	234 243

Source : ATIH/CNAMTS base nationale PMSI MCO public privé second semestre 2005.

La date de l'accouchement appartient au second semestre 2005. Comme le jour exact de l'accouchement n'est pas connu à l'hôpital public, et pour traiter de façon identique les secteurs public et privé, la période retenue pour l'ensemble de l'épisode est de 120 jours avant le premier jour du mois de sortie et 12 jours après le dernier jour du mois de sortie. Cette période est définie par assimilation avec la période de prise en charge à 100% par l'assurance maladie de la maternité. Mais on a retenu l'ensemble des soins et non uniquement les soins remboursés au titre du régime maternité, car certains soins pouvaient ne pas y être inclus. La période de consommation de soins observée est donc mars 2005 à janvier 2006. Les soins concernent exclusivement la mère. Les soins pédiatriques n'ont pas été inclus car le rattachement à l'ayant droit « mère » n'est pas systématique.

La base de données du second semestre du PMSI 2005 comporte 234 243 séjours par accouchement selon les critères définis ci dessus. 165 952 patientes ont été appariées à ces séjours dans la base de liquidation ERASME V1 qui, comme on l'a vu ne comporte que les patientes du régime général hors sections locales mutualistes. La répartition des accouchements entre établissements de santé publics et privés est de 28% pour le privé et 72% pour le public, soit une légère sur-représentation du public.

Tableau 26. Nombre de patientes sélectionnées pour l'étude sur l'accouchement simple

Secteur d'activité	Accouchements	%
Etablissements de santé publics et PSPH	120 013	72%
Etablissements de santé privés	45 939	28%
Total	165 952	100%

Source : ATIH/CNAMTS base nationale PMSI MCO public privé second semestre 2005/ Base ERASME V1

³⁸ Le secteur antérieurement sous dotation globale (ex-DG) regroupe les établissements publics de santé et les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) ; le secteur antérieurement sous objectif quantifié national (ex-OQN) regroupe les établissements de santé privés à but lucratif.

6.2.2.2 Chirurgie du cristallin : les séjours des GHM 24C03Z et 02C05Z en relation avec un diagnostic de cataracte

Les GHM 24C03Z³⁹ « Interventions sur le cristallin : séjours de moins de 2 jours » et 02C05Z⁴⁰ « Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie » correspondent à 240 679 RSA sur le second semestre 2005. En leur sein, les diagnostics principaux retenus sont les suivants :

Tableau 27. Nombre de RSA associés aux diagnostics principaux sélectionnés pour la chirurgie du cristallin

Libellés longs des diagnostics principaux	Statut de l'établissement		
	ex-DG	ex-OQN	Total
Cataracte sénile nucléaire	12 384	74 881	87 265
Cataracte incipiente sénile	8 964	42 385	51 349
Cataracte sénile, sans précision	12 179	28 207	40 386
Autres cataractes séniles	3 994	17 446	21 440
Cataracte, sans précision	2 907	13 485	16 392
Cataracte infantile, juvénile et présénile	1 764	3 931	5 695
Autres cataractes précisées	666	4 129	4 795
Cataracte sénile, de type Morgagni	1 246	1 808	3 054
Cataracte diabétique (E10-E14 avec le quatrième chiffre .3)	789	2 223	3 012
Cataracte compliquée	735	1 254	1 989
Séquelles de cataracte	65	751	816
Cataracte traumatique	274	247	521
Luxation du cristallin	180	198	378
Aphakie	159	170	329
Cataracte médicamenteuse	111	55	166
Cataracte au cours d'autres maladies classées ailleurs	44	24	68
Cataracte au cours d'autres maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	36	13	49
Autres affections précisées du cristallin	10	21	31
Autres affections du cristallin au cours de maladies classées ailleurs	4	9	13
Affection du cristallin, sans précision	4	5	9
Total	46 515	191 242	237 757

Source : ATIH/CNAMTS base nationale PMSI MCO public privé second semestre 2005.

La date de l'intervention devait appartenir au second semestre 2005. La période encadrant l'intervention est de 1 mois avant l'intervention sur le cristallin et de 1 mois après⁴¹.

La base de données du second semestre du PMSI 2005 comporte 237 757 séjours pour chirurgie du cristallin selon les critères définis ci-dessus. 123 987 patients ont été appariés à ces séjours dans la base de liquidation ERASME V1. En leur sein, 101 752 patients ont subi une opération pour un seul œil dans la période d'observation et 22 235 pour les deux yeux⁴².

L'étude a porté sur 101 752 patients ayant subi une seule opération du cristallin, identifiés dans les bases PMSI et Erasme V1. La répartition des ces opérations entre établissements de santé publics et privés est de 76% pour le privé et 24% pour le public.

³⁹ GHS 8002.

⁴⁰ GHS 404.

⁴¹ Il est donc possible que deux épisodes de soins sur le cristallin soient identifiés pour un même patient lors de ce second semestre.

⁴² 20% des patients ont eu leur deuxième opération 7 jours après la première, 20% des patients ont eu leur deuxième opération 14 jours après la première, le délai médian entre deux opérations du cristallin est de 21 jours et le délai moyen est de 32 jours

Tableau 28. Nombre de patients sélectionnés pour l'étude sur la chirurgie du cristallin

Secteur d'activité	Total	%
Etablissements de santé publics et PSPH	24 580	24%
Etablissements de santé privés	77 172	76%
Total	101 752	100%

Source : ATIH/CNAMTS base nationale PMSI MCO public privé second semestre 2005/ Base ERASME V1

6.2.2.3 Prothèse totale de hanche : actes codés NEKA020 en relation avec un diagnostic rhumatologique et un séjour du GHM 08C023V

Les codes CCAM NEKA020 « Remplacement de l'articulation coxo-fémorale par prothèse totale » et CdAM W795 « Arthroplastie simple hanche 1^{ère} intention par prothèse totale », représentent 37 920 RSA sur le second semestre 2005. On n'a retenu que le seul groupe lié aux affections rhumatologiques, afin de se restreindre à l'activité non traumatique.

Parmi ces actes, on a retenu les seuls GHM 08C023V « Interventions majeures sur les articulations et greffes de membres sans comorbidité associée ».

La date de l'acte devait appartenir au second semestre 2005. La période encadrant l'intervention est de 2 mois avant et 2 mois après. Les diagnostics principaux retenus sont les suivants :

Tableau 29. Nombre de RSA associés aux diagnostics principaux sélectionnés pour la chirurgie de la hanche.

Libellés longs des diagnostics principaux	Statut de l'établissement		
	ex-DG	ex-OQN	Total
Autres coxarthroses primaires	4 106	9 321	13427
Coxarthrose primaire, bilatérale	1 451	2 965	4416
Coxarthrose, sans précision	1 639	1 580	3219
Autres coxarthroses dysplasiques	321	352	673
Ostéonécrose aseptique idiopathique - Région pelvienne et cuisse	180	296	476
Autres coxarthroses secondaires	237	226	463
Coxarthrose d'origine dysplasique, bilatérale	85	113	198
Autres coxarthroses post-traumatiques	103	86	189
Ostéonécrose, sans précision - Région pelvienne et cuisse	42	94	136
Autres ostéonécroses - Région pelvienne et cuisse	62	51	113
Autres gonarthroses primaires	18	69	87
Ostéonécrose aseptique idiopathique	26	58	84
Autres coxarthroses secondaires, bilatérales	19	59	78
Ostéonécrose due à un traumatisme antérieur - Région pelvienne et cuisse	36	14	50
Autres ostéonécroses secondaires - Région pelvienne et cuisse	24	22	46
Ostéonécrose, sans précision	27	15	42
Coxarthrose post-traumatique, bilatérale	27	9	36
Autres ostéonécroses	10	20	30
Gonarthrose primaire, bilatérale	15	13	28
Monoarthrite, non classée ailleurs - Articulations de la hanche et sacro-iliaque	10	13	23
Polyarthrite rhumatoïde, sans précision - Articulations de la hanche et sacro-iliaque	19	3	22
Gonarthrose, sans précision	10	11	21
Ostéonécrose, sans précision - Jambe	8	9	17
Autres ostéonécroses secondaires	10	5	15
Ostéonécrose due à un traumatisme antérieur	8	4	12
Monoarthrite, non classée ailleurs	3	7	10
Ostéonécrose médicamenteuse - Région pelvienne et cuisse	4	6	10
Autres diagnostics principaux (total <10 interventions pour chaque diagnostic)	100	76	176
Total	8 600	15 497	24 097

Source : ATIH/CNAMTS base nationale PMSI MCO public privé second semestre 2005.

La base de données du second semestre du PMSI 2005 comporte 24 097 séjours pour chirurgie de la hanche selon les critères définis ci dessus. 14 300 patients ont été appariés à ces séjours dans la base de liquidation ERASME V1. La répartition totale des ces patients entre établissements de santé publics et privés est de 63% pour le privé et 37% pour le public.

Tableau 30. Nombre de patients sélectionnés pour l'étude sur la chirurgie de la hanche

Secteur d'activité	Total	%
Etablissements de santé publics et PSPH	5 278	37%
Etablissements de santé privés	9 022	63%
Total	14 300	100%

Source : ATIH/CNAMTS base nationale PMSI MCO public privé second semestre 2005/ Base ERASME V1

6.2.2.4 Coloscopies, actes de rectoscopie et coloscopie reliés à une pathologie non tumorale et un séjour du GHM 24K02Z

Nous avons retenu :

- les codes CCAM : HHFE001 Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1cm de diamètre du côlon et/ou du rectum, par rectosigmoïdoscopie ou coloscopie partielle ; HHFE002 Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1cm de diamètre du côlon et/ou du rectum, par coloscopie totale ; HHFE004 Exérèse d'un polype de plus de 1cm de diamètre ou de plus de 3 polypes du côlon et/ou du rectum, par coloscopie totale ; HHFE005 Exérèse d'un polype de plus de 1cm de diamètre ou de plus de 3 polypes du côlon et/ou du rectum, par rectosigmoïdoscopie ou coloscopie partielle ; HHQE002 Coloscopie totale, avec franchissement de l'orifice iléocolique ; HHQE003 Exploration complète du côlon après colectomie droite, par endoscopie ; HHQE004 Coloscopie partielle au-delà du côlon sigmoïde ; HHQE005 Coloscopie totale avec visualisation du bas-fond cæcal, sans franchissement de l'orifice iléocolique ; HJQE001 Rectosigmoïdoscopie ; HJQE002 Rectoscopie au tube rigide
- les codes CdAM : L265 Fibrosigmoïdoscopie sans biopsie ; L268 Fibrocoloscopie totale sans biopsie ; L269 Fibrocoloscopie totale avec biopsie ; L271 Fibrocoloscopie totale avec polypectomie,

Ces codes CCAM ou CdAM figurent dans 533 228 RSA enregistrés au second semestre 2005. Lorsqu'ils sont classés en GHM 24K02Z (soit 428 163 RSA), ils comprennent des diagnostics principaux relevant vraisemblablement de pathologies non tumorales : D12 Tumeur bénigne du côlon, du rectum, de l'anus et du canal anal ; K57 Diverticulose de l'intestin, ce qui correspond à 136 166 RSA.

Tableau 31. Nombre de RSA associés aux diagnostics principaux sélectionnés pour les rectoscopies et coloscopies

Libellés longs des diagnostics principaux	Statut de l'établissement		
	ex-DG	ex-OQN	Total
Diverticulose du côlon, (sans perforation ni abcès)	6 448	42 687	49 135
Tumeur bénigne du côlon, sans précision	6 447	14 904	21 351
Tumeur bénigne du côlon sigmoïde	2 023	17 242	19 265
Tumeur bénigne du rectum	1 522	11 188	12 710
Tumeur bénigne du côlon ascendant	893	9 086	9 979
Tumeur bénigne du côlon transverse	772	6 862	7 634
Tumeur bénigne du cæcum	565	5 504	6 069
Tumeur bénigne du côlon descendant	597	4 792	5 389
Tumeur bénigne de la jonction recto-sigmoïdienne	300	2 244	2 544
Diverticulose du côlon, avec perforation et abcès	163	415	578
Diverticulose de l'intestin, (siège non précisé, sans perforation ni abcès)	189	294	483
Diverticulose du côlon et de l'intestin grêle, (sans perforation ni abcès)	92	277	369
Tumeur bénigne de l'anus et du canal anal	43	254	297
Diverticulose de l'intestin grêle, (sans perforation ni abcès)	48	104	152
Tumeur bénigne de l'appendice	18	108	126
Diverticulose de l'intestin grêle, avec perforation et abcès	10	18	28
Diverticulose du côlon et de l'intestin grêle, avec perforation et abcès	10	18	28
Diverticulose de l'intestin (siège non précisé), avec perforation et abcès	8	19	27
Tumeur bénigne du côlon, du rectum, de l'anus et du canal anal	0	2	2
Total	20 148	116 018	136 166

Source : ATIH/CNAMTS base nationale PMSI MCO public privé second semestre 2005.

La date de l'acte appartient au second semestre 2005. La période encadrant l'intervention est de 3 mois avant l'endoscopie et de 1 mois après.

La base de données du second semestre du PMSI 2005 comporte 136 166 séjours pour coloscopie selon les critères définis ci dessus. 87 695 patients ont été appariés à ces séjours dans la base de liquidation ERASME V1. La répartition totale des ces patients entre établissements de santé publics et privés est de 86% pour le privé et 14% pour le public.

Tableau 32. Nombre de patients sélectionnés pour l'étude sur la coloscopie

Secteur d'activité	Total	%
Etablissements de santé publics et PSPH	12 449	14,2%
Etablissements de santé privés	75 146	85,8%
Total	87 595	100,0%

Source : ATIH/CNAMTS base nationale PMSI MCO public privé second semestre 2005/ Base ERASME V1

6.2.3 Critères financiers

Seuls les dépassements supérieurs à 1 euro, et ce quel que soit le secteur conventionnel du praticien, et inférieurs à une borne maximale de 15 000 euros par acte et par professionnel (pour éliminer les valeurs aberrantes, erreurs de saisie notamment) ont été retenus. Les praticiens titulaires d'un droit permanent à dépassement (1DP) et ceux du secteur 2 ont par construction la possibilité de demander des dépassements d'honoraires. Ceux du secteur 1 ne le peuvent que dans un nombre limité de cas. Du point de vue du patient cependant, il s'agit bien de dépassements qui s'ajoutent à ceux éventuellement demandés par les praticiens des secteurs 2 et 1DP et ils ont donc été inclus dans l'étude.

6.3 Résultats

Pour chaque épisode de soins, deux axes d'analyse ont été établis. Ils portent sur la population ayant eu à régler au moins un dépassement d'honoraires au cours de l'épisode de soins.

- l'analyse des dépassements centrée sur l'épisode de soins⁴³ : axe 1 « public » pour les épisodes de soins dont l'acte a été réalisé dans un établissement public de santé et axe 1 « privé » pour les épisodes de soins avec l'acte réalisé en établissement de santé privé ;
- l'analyse du dépassement centrée sur l'acte principal uniquement : axe 2 « public » si l'acte a été réalisé dans un établissement public de santé et dans le cadre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers et axe 2 « privé » si l'acte a été réalisé dans une clinique. Ce deuxième axe est centré sur l'acte principal de l'épisode ainsi que tous les autres actes réalisés et facturés le même jour. A ce titre, il mesure bien les dépassements d'honoraires des professionnels intervenant en clinique d'une part et à l'hôpital public d'autre part.

Remarque préalable sur la comparabilité des données entre établissements de santé publics et privés

Le coût des consultations externes à l'hôpital public est compris dans la dotation d'activité complémentaire (DAC) et la facturation à l'activité. Elles ne sont pas facturées séparément comme dans le secteur privé. En conséquence, les coûts totaux moyens des consultations et actes pris en charge par l'assurance maladie obligatoire pour chaque épisode de soins ne sont pas directement comparables entre les secteurs public et privé.

En revanche, la comparaison des seuls dépassements d'honoraires entre les épisodes pris en charge en public et en privé, est quant à elle possible. Pour le premier axe d'analyse, une comparaison "public privé" est donc exposée. S'agissant de coûts portants sur des épisodes de soins, elle doit être lue en gardant à l'esprit que les patients qui ont eu l'acte dans l'un ou l'autre secteur hospitalier, ont pu être suivi avant et après en partie dans l'autre secteur. Rares sont ceux qui ne fréquentent qu'un seul secteur de soins sur l'ensemble de l'épisode de soins.

Pour les analyses centrées sur l'acte principal (axe 2), la comparaison directe entre dépassements des professionnels des deux secteurs (praticiens libéraux exerçant en clinique / activité libérale des praticiens hospitaliers publics) est possible.

⁴³ L'épisode de soin inclut par définition l'acte.

6.3.1 Accouchements

6.3.1.1 *La moitié des patientes a été confrontée à un ou plusieurs dépassements d'honoraires lors du suivi de la grossesse et de l'accouchement*

L'étude porte sur 165 952 patientes ayant accouché sans complication d'un enfant unique au second semestre 2005. Parmi ces patientes, 87 297 soit la moitié (52,6%) ont été confrontées à un ou plusieurs dépassements d'honoraires à l'occasion d'un ou plusieurs actes ou consultations durant cette période. Les patientes ayant accouché dans le public – qui ont probablement davantage été suivies dans le public - ont été confrontées à un dépassement d'honoraires dans 42% des cas et dans 81% des cas pour celles ayant accouché dans le privé.

Dans les deux cas, des dépassements sont demandés par les gynécologues, pour respectivement 31% des femmes ayant accouché dans le public et 70% des femmes ayant accouché dans le privé. La différence observée témoigne aussi vraisemblablement du fait que les femmes accouchant dans le privé ont probablement davantage été suivies en ville et donc été plus exposées aux dépassements d'honoraires.

D'autres médecins ont été à l'origine de dépassements d'honoraires pendant cette période : pour 12% des femmes ayant accouché dans le public, il s'agit principalement des généralistes ; pour 38% des femmes ayant accouché dans le privé, il s'agit des anesthésistes.

Le dépassement moyen des actes et consultations facturés lors de l'épisode de soins, toutes spécialités confondues⁴⁴, est de 74 euros pour les femmes ayant accouché dans le public et de 178 euros dans le privé. Les médianes sont respectivement de 48 euros et 110 euros.

Le 1^{er} décile du dépassement moyen de l'épisode de soins est de 7 euros dans le public (10% des femmes ayant accouché à l'hôpital ont payé au plus 7 euros de dépassement au cours de l'épisode) et le 9^{ème} décile est de 377 euros dans le privé (10% des femmes ayant accouché en clinique ont payé au moins 377 euros de dépassement au cours de l'épisode). Ils constituent les bornes hautes et basses des dépassements totaux moyens observés⁴⁵.

Le tableau suivant détaille ces données.

⁴⁴ Le total toutes spécialités médicales n'est pas le total « ligne à ligne » de chaque spécialité détaillée plus haut. En effet, chaque patient a eu à faire face à un ou plusieurs dépassements dans une ou plusieurs spécialités, y compris des spécialités non listées. Ainsi, parmi les 37 073 patientes ayant accouché en clinique privée et ayant payé au moins un dépassement quelle que soit la spécialité, 32 190 ont payé un dépassement en gynécologie obstétrique et 2 424 en radiologie.

⁴⁵ Il convient de rappeler que :

- ces dépassements ont été facturés par des praticiens de tous secteurs conventionnels ;
- les patients qui ont eu l'acte dans l'un ou l'autre secteur hospitalier, ont pu être suivis avant et après en partie dans l'autre secteur.

Tableau 33 Distribution du dépassement pour l'EPISODE accouchement sans complication selon les spécialités principalement concernées⁴⁶ pour les femmes ayant accouché dans un établissement de santé PUBLIC ou PSPH et dans le PRIVE

AXE 1 PUBLIC							Distribution du dépassement de chaque spécialité par décile			
	Nombre de praticiens concernés	Nombre de patientes concernées par un dépassement ou plus	Nombre moyen d'actes réalisés dans la période d'étude	Honoraires totaux moyens en € ⁴⁷	Dont Honoraires totaux pris en charge par l'AMO en €	Dépassement moyen en €	1 ^{er} décile en €	Médiane en €	9 ^{ème} décile en €	Rapport 1 ^{er} /9 ^{ème}
Anesthésie	220	743	1,1	61	35	25	2	17	27	14
Gynécologie obstétrique	3 843	36 664	3,1	174	97	72	7	51	158	23
Omnipraticiens	5 952	14 974	1,8	101	57	38	5	25	85	17
Radiologie	463	3 360	1,4	118	68	41	9	30	80	9
Total toutes spécialités	16 643	50 224	3,3	181	101	74	7	48	167	24
Dont activité libérale HTP du public	582	8 048	2,6	147	77	68	5	44	145	31
AXE 1 PRIVE							Distribution du dépassement de chaque spécialité par décile			
Anesthésie	911	17 402	1,2	155	85	70	4	17	222	56
Gynécologie obstétrique	2 810	32 190	4,4	316	171	140	14	95	290	21
Omnipraticiens	3 221	7 799	1,8	117	65	45	6	30	103	17
Radiologie	329	2 424	1,5	124	70	43	9	29	93	10
Total toutes spécialités	10 954	37 073	5,3	403	219	178	14	110	377	27

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

Lecture : 50 224 patientes ayant accouché à l'hôpital public ou dans un établissement privé participant au service public hospitalier (PSPH) ont été concernées par au moins un dépassement ou plus pour 3,3 actes en moyenne sur la période entourant leur accouchement. Ces dépassements ont été facturés par 16 643 médecins libéraux ou praticiens hospitaliers, à l'hôpital ou en ville, qui ont perçu 74 euros de dépassement en moyenne. 10% des femmes ayant accouché à l'hôpital ont payé moins de 7 euros de dépassement au cours de l'épisode de soins (1^{er} décile), 50% des femmes ayant accouché à l'hôpital ont payé moins/plus de 48 euros de dépassement au cours de l'épisode de soins (médiane), 10% des femmes ayant accouché à l'hôpital ont payé plus de 167 euros de dépassement au cours de l'épisode de soins (9^{ème} décile).

⁴⁶ L'identification des spécialités médicales est réalisée via les codes professionnels agrégés de la CNAMTS, rappelés entre parenthèses : la gynécologie obstétrique (07) avant, pendant et après l'acte, l'anesthésie (02) avant, pendant et après l'acte et éventuellement la radiologie (06) avant et après l'acte (notamment les échographies) et la médecine générale (01 omnipraticiens) avant et après l'acte..

⁴⁷ Rappel : les honoraires moyens ne sont pas calculés sur le même périmètre et ne sont donc pas directement comparables entre les secteurs public et privé

Pour les femmes ayant eu à payer un ou plusieurs dépassements pendant l'épisode de soins – soit une sur deux⁴⁸ - le taux de couverture moyen des honoraires libéraux par l'assurance maladie obligatoire⁴⁹ est de 56% pour les patientes ayant accouché dans le public et de 54% pour celles ayant accouché dans le privé.

La moyenne des dépassements établie toutes spécialités confondues contribue à masquer les différences importantes existant entre les différentes disciplines, dont certaines concentrent les dépassements. Le montant moyen des dépassements toutes disciplines confondues, est ainsi inférieur au montant moyen des dépassements de certaines disciplines, car ils ne sont notamment pas calculés sur les mêmes dénominateurs. L'analyse par discipline éclaire ces différences.

Ainsi, pour les patientes ayant accouché dans le secteur hospitalier public, les dépassements demandés par les gynécologues obstétriciens sont en moyenne de 72 euros et varient de 7 à 158 euros entre le 1^{er} et le 9^{ème} décile. Ces chiffres sont respectivement de 140 euros en moyenne et varient de 14 à 290 euros entre le 1^{er} et le 9^{ème} décile pour les femmes accouchant dans le secteur hospitalier privé.

Pour les anesthésistes, la différence est encore plus marquée : les dépassements pour les patientes ayant accouché dans le public vont de 2 euros à 27 euros entre le 1^{er} et le 9^{ème} décile, contre 4 euros à 222 euros pour celles ayant accouché dans le privé. On peut noter que les anesthésistes facturent un seul acte en moyenne dans la période observée, contre 3 à 4 pour les gynécologues obstétriciens.

Les dépassements facturés dans le cadre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers publics ont concerné 8 048 patientes ayant accouché dans le secteur public (soit 7% des femmes ayant accouché à l'hôpital). Les dépassements d'honoraires moyens (68 euros) et médians (44 euros) sont comparables à ceux facturés à l'ensemble des patientes ayant accouché dans le secteur public.

Les dépassements ont aussi été mesurés sur les seuls actes facturés le jour même de l'accouchement. Ceci concerne essentiellement les patientes ayant accouché dans le secteur privé, puisque par définition les patientes accouchant en secteur public n'ont pas à payer de dépassements sur l'acte même, à l'exception des femmes accouchant dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien hospitalier.

6.3.1.2 18% des femmes accouchant en clinique se sont vu facturer des dépassements d'honoraires de 283 euros en moyenne pour les actes réalisés le jour de l'accouchement

8 090 patientes accouchant dans le secteur privé ont eu à régler des dépassements d'honoraires aux praticiens pour les actes réalisés pour leur accouchement proprement dit, soit 17,6% des femmes ayant accouché dans le privé.

⁴⁸ 52% tous secteurs confondus et 42% lorsque l'accouchement a été réalisé dans le public, et 81% dans le privé.

⁴⁹ Le taux de couverture moyen des honoraires par l'assurance maladie obligatoire est défini comme le rapport entre les honoraires libéraux totaux pris en charge par l'AMO et les honoraires totaux.

Tableau 34 Distribution du dépassement pour l'ACTE accouchement sans complication selon les spécialités principalement concernées dans le secteur PRIVE

AXE 2 PRIVE							Distribution du dépassement de chaque spécialité par décile			
	Nombre de praticiens concernés	Nombre de patientes concernées par un dépassement ou plus	Nombre moyen d'actes réalisés le jour de l'intervention	Honoraires totaux moyens en €	Dont Honoraires totaux pris en charge par l'AMO en €	Dépassement moyen en €	1 ^{er} décile en €	Médiane en €	9 ^{ème} décile en €	Rapport 1 ^{er} /9 ^{ème}
Anesthésie	537	5 327	1	384	202	182	80	150	272	3
Gynécologie obstétrique	700	4 767	1	555	298	257	52	150	500	10
Total toutes spécialités	1 424	8 090	1	604	320	283	50	167	588	12

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

Le dépassement moyen des actes réalisés le jour de l'accouchement dans le secteur privé, toutes spécialités confondues⁵⁰, est de 283 euros. La médiane est de 167 euros. Cet écart s'explique par une distribution très étalée des dépassements vers les valeurs élevées. Si la moitié des femmes payent plus de 167 euros, 10% des patientes (soit 809 patientes dans notre étude) ont eu à payer plus de 588 euros de dépassement.

Certaines spécialités concentrent les dépassements. Ainsi les dépassements demandés par les gynécologues obstétriciens pour l'acte accouchement concernent 4 767 patientes, soit 10% des patientes ayant accouché en privé. Ils sont en moyenne de 257 euros et varient de 52 à 500 euros entre le 1^{er} et le 9^{ème} décile. Pour mémoire, le prix de l'acte accouchement unique est, dans la plupart des cas, tarifé dans la CCAM à 313,5 euros. Le taux de dépassement moyen est donc de 82% du prix de l'acte et se distribue de 17% pour le premier décile à 159% pour le 9^{ème} décile.

Pour les anesthésistes, les dépassements facturés aux patientes sont de 182 euros⁵¹ en moyenne et vont de 80 à 272 euros entre le 1^{er} et le 9^{ème} décile.

⁵⁰ Le total toutes spécialités médicales n'est pas le total « ligne à ligne » des deux spécialités détaillées dans ce tableau. En effet, chaque patiente a eu à faire face à un dépassement dans une ou plusieurs spécialités, y compris dans des spécialités non détaillées dans le tableau.

⁵¹ Pour mémoire, les valeurs observées par la mission de contrôle de 2005 étaient de 213€ de dépassement d'honoraire pour les anesthésistes et 130€ pour les gynécologues.

6.3.1.3 0,2% des femmes accouchant à l'hôpital public se sont vu facturer des dépassements d'honoraires de 288 euros en moyenne pour les actes réalisés le jour de l'accouchement par les praticiens hospitaliers publics

Pour les actes réalisés lors de leur accouchement à l'hôpital public, 274 patientes ont eu à régler un ou des dépassements d'honoraires aux praticiens hospitaliers exerçant en activité libérale, soit 0,2% des femmes ayant accouché dans le public dans notre étude. Ce chiffre, très faible, est cohérent avec le petit nombre de praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale en secteur 2.

Tableau 35 Distribution du dépassement pour l'ACTE accouchement sans complication selon les spécialités des Praticiens hospitaliers du secteur PUBLIC, au titre de leur activité libérale

AXE 2 ACTIVITE LIBERALE PUBLIQUE							Distribution du dépassement (8) de chaque spécialité par décile			
	Nombre de praticiens concernés	Nombre de patientes concernées par un dépassement ou plus	Nombre moyen d'actes réalisés le jour de l'intervention	Honoraires totaux moyens en €	Dont Honoraires totaux pris en charge par l'AMO en €	Dépassement moyen en €	1 ^{er} décile en €	Médiane en €	9 ^{ème} décile en €	Rapport 1 ^{er} /9 ^{ème}
Anesthésie	1	5	-	-	-	-	-	-	-	-
Gynécologie obstétrique	34	269	1	609	324	285	2	132	426	284
Total toutes spécialités	36	274	1	610	321	288	2	137	426	284

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

Mais, lorsqu'il est facturé, le dépassement moyen des actes réalisés le jour de l'accouchement dans le secteur privé de l'hôpital public, toutes spécialités confondues, est comparable à celui des praticiens libéraux : il s'établit à 288 euros. Il se confond pratiquement avec les dépassements demandés par les seuls gynéco-obstétriciens ; les autres spécialités, notamment les anesthésistes, ne demandent pas de dépassement. La médiane des dépassements demandés par les gynéco-obstétriciens est de 132 euros. Si la moitié des femmes payent plus de 132 euros, 10% des patientes (soit 27 patientes dans notre étude) ont payé plus de 426 euros de dépassement à un praticien hospitalier gynécologue-obstétricien.

6.3.2 Chirurgie unique du cristallin

On présente ici les résultats concernant les coûts d'une chirurgie portant sur un seul cristallin, réalisée dans la période d'observation.

6.3.2.1 Plus de deux patients opérés sur trois ont été confrontés à un ou plusieurs dépassements d'honoraires au cours de l'épisode de soins

L'étude porte sur 101 752 patients ayant été opéré une seule fois du cristallin au second semestre 2005. Parmi ces patients, 71 807 soit plus des deux tiers (71%) ont été confrontés à un ou plusieurs dépassements d'honoraires à l'occasion d'un ou plusieurs actes ou consultations durant cette période. Les patients opérés dans le public - et probablement davantage suivis dans le public - ont été confrontés à un dépassement d'honoraires dans 40% des cas, et dans 80% des cas pour ceux opérés dans le privé.

Dans les deux cas, des dépassements sont demandés par les ophtalmologues, pour respectivement 64,6 % des patients opérés dans le public et 87,2% des patients opérés dans le privé. La différence observée témoignant ici aussi vraisemblablement du fait que les patients opérés dans le privé ont probablement davantage été suivis dans ce secteur et donc été plus exposés aux dépassements d'honoraires. Dans le privé toujours, les patients sont aussi exposés à des dépassements pratiqués par les anesthésistes dans 42,4% des cas.

Le dépassement moyen des actes et consultations facturés lors de l'épisode de soins, toutes spécialités confondues⁵², est de 91 euros pour les patients opérés dans le public et de 200 euros pour le privé. Cette différence des montants moyens doit être pondérée par le fait que les patients opérés à l'hôpital public se voient facturer 1,5 acte de moins en moyenne que ceux opérés en privé (2,5 actes contre 4 actes en moyenne dans la période de soins observée).

Les médianes sont très divergentes, respectivement à 30 et 124 euros témoignant de distributions très différentes. Le 1^{er} décile du dépassement moyen de l'épisode de soins est de 7 euros dans le public et 13 euros en clinique, le 9^{ème} décile est de 189 euros dans le public et 465 euros dans le privé. Le rapport du 9^{ème} décile sur le 1^{er} décile est de 27 pour les patients opérés à l'hôpital et de 36 pour ceux opérés en clinique⁵³.

Le tableau suivant détaille ces données.

⁵² Le total « toutes spécialités médicales » n'est pas le total « ligne à ligne » de chaque spécialité détaillée plus haut et des spécialités non listées. En effet, chaque patient a eu à faire face à un dépassement dans une ou plusieurs spécialités, y compris des spécialités non listées. Ainsi, parmi 62 075 patients opérés dans le privé, 54 159 ont payé un dépassement pour l'ophtalmologie et 26 339 pour l'anesthésie.

⁵³ Il convient de rappeler que :

- ces dépassements ont été facturés par des praticiens de tous secteurs conventionnels ;
- les patients qui ont eu l'acte dans l'un ou l'autre secteur hospitalier, ont pu être suivis avant et après en partie dans l'autre secteur.

Tableau 36 Distribution du dépassement pour l'EPISODE Chirurgie du cristallin selon les spécialités principalement concernées⁵⁴ pour les patients opérés dans un établissement de santé PUBLIC ou PSPH et dans le PRIVE

AXE 1 PUBLIC							Distribution du dépassement de chaque spécialité par décile			
	Nombre de praticiens concernés	Nombre de patients concernés par un dépassement ou plus	Nombre moyen d'actes réalisés dans la période	Honoraires totaux moyens en € ⁵⁵	Dont Honoraires totaux pris en charge par l'AMO en €	Dépassement moyen en €	1 ^{er} décile en €	Médiane en €	9 ^{ème} décile en €	Rapport 1 ^{er} /9 ^{ème}
Anesthésistes	170	321	1,4	94	54	32	4	12	82	20,5
Cardiologues	447	708	1,5	85	53	24	3	18	49	19,4
Ophthalmologues	1 233	6 255	2,1	191	77	100	10	33	234	23,4
Total	6 643	9 732	2,5	188	81	91	7	30	189	27,0
Dont activité libérale HTP public	245	1 720	1,6	419	152	258	14	107	528	37,5
AXE 1 PRIVE							Distribution du dépassement de chaque spécialité par décile			
Anesthésistes	1 637	26 339	1,6	180	102	72	5	50	174	37,0
Cardiologues	1 024	5 026	1,6	70	43	21	4	15	40	9,8
Ophthalmologues	2 994	54 159	2,9	413	219	178	14	125	403	28,8
Total	19 054	62 075	4,0	472	252	200	13	124	465	35,8

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

Pour les patients ayant eu à payer un ou plusieurs dépassements pendant l'épisode de soins – soit plus de deux sur trois⁵⁶ - le taux moyen de prise en charge des honoraires libéraux par l'assurance maladie obligatoire est de 43% pour les patients opérés dans le public et de 53% pour ceux opérés dans le privé.

Pour les patients opérés à l'hôpital public, les dépassements demandés par les ophtalmologues les ayant suivis et/ou opérés sont en moyenne de 100 euros et varient de 10 à 234 euros entre le 1^{er} et le 9^{ème} décile.

S'agissant de l'activité libérale des praticiens hospitaliers publics, elle a conduit à facturer des dépassements à 1 720 personnes (soit 7% des patients ayant été opérés à l'hôpital). Les dépassements d'honoraires moyens et médians observés sont deux à trois fois plus élevés que ceux observés pour l'ensemble des patients opérés dans le secteur public.

Pour les patients opérés en clinique, les dépassements demandés par les ophtalmologues les ayant suivis et/ou opérés sont en moyenne de 178 euros et varient de 14 à 403 euros entre le 1^{er} et le 9^{ème} décile. Il faut noter qu'en moyenne les ophtalmologues ont facturé 2 actes au cours de la période observée pour les patients opérés à l'hôpital, contre 3 actes en moyenne pour les patients opérés en clinique.

⁵⁴ L'identification des spécialités médicales est réalisée via les codes professionnels agrégés de la CNAMTS, rappelés entre parenthèses : l'ophtalmologie (15), avant, pendant et après l'acte ; l'anesthésie (02) avant, pendant et après l'acte et éventuellement la cardiologie (03) avant l'acte (en complément du bilan anesthésique).

⁵⁵ Rappel : les honoraires moyens ne sont pas calculés sur le même périmètre et ne sont donc pas directement comparables entre les secteurs public et privé

⁵⁶ 70,6 % tous secteurs confondus et 39,6% lorsque l'intervention a été réalisée dans le public, et 80,4% dans le privé.

6.3.2.2 *La moitié des patients opérés en clinique se sont vu facturer des dépassements d'honoraires de 228 euros en moyenne pour les actes réalisés le jour de l'intervention.*

38 460 patients opérés dans le secteur privé ont eu à régler des dépassements d'honoraires aux praticiens pour les actes réalisés le jour de l'intervention proprement dite, soit 50% des patients opérés dans le privé dans cette étude.

Tableau 37 Distribution du dépassement pour l'ACTE Intervention sur le cristallin selon les spécialités principalement concernées dans le secteur PRIVE

AXE 2 PRIVE	Distribution du dépassement (8) de chaque spécialité par décile									
	Nombre de praticiens concernés	Nombre de patientes concernées par un dépassement ou plus	Nombre moyen d'actes réalisés le jour de l'intervention	Honoraires totaux moyens en €	Dont Honoraires totaux pris en charge par l'AMO en €	Dépassement moyen en €	1 ^{er} décile en €	Médiane en €	9 ^{ème} décile en €	Rapport 1 ^{er} /9 ^{ème}
Anesthésie	634	15 722	1,2	228	136	92	30	75	194	6,5
Ophtalmologie	1 194	34 750	1,1	475	264	210	70	150	400	5,7
Total toutes spécialités	1 911	38 460	1,5	523	294	228	50	160	467	9,3

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

Le dépassement moyen des actes réalisés le jour de l'intervention dans le secteur privé, toutes spécialités confondues⁵⁷, est de 228 euros. La médiane est de 160 euros. Cet écart s'explique par une distribution très étalée des dépassements vers les valeurs élevées. Si la moitié des patients se voit facturer plus de 160 euros de dépassement, 10% des patients (soit 3 846 patients dans notre étude) se sont vu facturer plus de 467 euros de dépassement.

Pour mémoire, le tarif conventionnel d'une extraction extra capsulaire du cristallin est de 271,7 euros et celui de l'implantation secondaire d'un cristallin artificiel de 125,4 euros.

6.3.2.3 *3% des patients opérés dans le secteur public se sont vu facturer des dépassements d'honoraires de 429 euros en moyenne pour les actes réalisés le jour de l'intervention par les praticiens hospitaliers publics*

Pour les actes réalisés le jour de l'intervention, le dépassement moyen dans le secteur public par les praticiens hospitaliers, toutes spécialités confondues⁵⁸, est de 429 euros. La médiane est de 338 euros. Si la moitié des patients se voient facturer plus de 338 euros de dépassement, 10% des patients (soit 74 patients dans notre étude) se sont vu facturer plus de 945 euros de dépassement. De même que pour les accouchements, les dépassements facturés sont essentiellement le fait des chirurgiens, les anesthésistes ne demandant sauf exception, aucun dépassement.

⁵⁷ Rappel : le total « toutes spécialités médicales » n'est pas le total « ligne à ligne » des deux spécialités détaillées dans ce tableau. En effet, chaque patient a eu à faire face à un dépassement dans une ou plusieurs spécialités, y compris des spécialités non listées.

⁵⁸ Rappel : le total toutes spécialités médicales n'est pas le total « ligne à ligne » de deux spécialités détaillées dans ce tableau et des spécialités non listées. En effet, les patients n'ont eu à faire face à un dépassement que dans une ou plusieurs spécialités, combinées différemment à chaque fois. La ligne de total reprend donc le résultat de toutes ces combinaisons à chaque fois qu'un dépassement a été noté dans une ou plusieurs spécialités

Tableau 38 Distribution du dépassement pour l'ACTE Intervention sur le cristallin selon les spécialités des Praticiens hospitaliers du secteur PUBLIC, au titre de leur activité libérale

AXE 2 ACTIVITE LIBERALE PUBLIQUE							Distribution du dépassement de chaque spécialité par décile			
	Nombre de praticiens concernés	Nombre de patientes concernées par un dépassement ou plus	Nombre moyen d'actes réalisés le jour de l'intervention	Honoraires totaux moyens en €	Dont Honoraires totaux pris en charge par l'AMO en €	Dépassement moyen en €	1 ^{er} décile en €	Médiane en €	9 ^{ème} décile en €	Rapport 1 ^{er} /9 ^{ème}
Anesthésie	3	8	-	-	-	-	-	-	-	-
Ophthalmologie	48	746	1,0	696	265	430	78	338	945	12
Total toutes spécialités	51	749	1,0	695	265	429	78	338	945	12

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

6.3.3 Prothèse totale de hanche

6.3.3.1 Plus de deux patients opérés sur trois ont été confrontés à un ou plusieurs dépassements d'honoraires au cours de l'épisode de soins

L'étude porte sur 14 300 patients dont l'articulation de la hanche a été remplacée par une prothèse totale, pour un motif rhumatologique, au second semestre 2005. Parmi ces patients, 10 249, soit plus des deux tiers (72%), ont été confrontés à un ou plusieurs dépassements d'honoraires à l'occasion d'un ou plusieurs actes ou consultations durant cette période. Les patients opérés à l'hôpital public - et probablement davantage suivis dans le public - ont été confrontés à un dépassement d'honoraires dans 41,6% des cas, et dans 89,2% des cas pour ceux opérés dans le privé.

Des dépassements sont demandés par les orthopédistes pour 32,1 % des patients opérés dans le public et 82,2% des patients opérés en clinique. La différence observée témoignant ici aussi toujours du fait que les patients opérés dans le privé ont probablement davantage été suivis dans ce secteur et donc été plus exposés aux dépassements d'honoraires. Dans le privé toujours, les patients sont aussi exposés à des dépassements pratiqués par les anesthésistes dans 48,1% des cas.

Le dépassement moyen des actes et consultations facturés lors de l'épisode de soins, toutes spécialités confondues⁵⁹, est de 225 euros pour les patients opérés dans le public et de 454 euros pour le privé. Les médianes sont très divergentes, respectivement 32 et 314 euros, témoignant de distributions très différentes. Cette différence des montants moyens doit être pondérée par le fait que les patients opérés dans le public se voient facturer deux actes de moins en moyenne que ceux opérés en clinique (2,9 actes contre 4,8 actes en moyenne en clinique, dans la période de soins observée).

⁵⁹ Le total toutes spécialités médicales n'est pas le total « ligne à ligne » de chaque spécialité détaillée plus haut. En effet, chaque patient a eu à faire face à un dépassement dans une ou plusieurs spécialités, y compris des spécialités non listées. Ainsi, parmi les 8 052 patients opérés dans le privé et ayant payé au moins un dépassement, 6 621 en ont payé au moins un pour l'orthopédie et 3 870 pour l'anesthésie.

Le 1^{er} décile du dépassement moyen sur l'épisode de soins est de 7 euros dans le public et le 9^{ème} décile est de 964 euros dans le privé. Ils constituent les bornes hautes et basses des dépassements totaux moyens observés⁶⁰.

Tableau 39 Distribution du dépassement pour l'EPISODE prothèse totale de hanche selon les spécialités principalement concernées⁶¹ pour les patients opérés dans un établissement de santé PUBLIC ou PSPH et dans le PRIVE

AXE 1 PUBLIC							Distribution du dépassement de chaque spécialité par décile			
	Nombre de praticiens concernés	Nombre de patients concernés par un dépassement ou plus	Nombre moyen d'actes réalisés dans la période d'étude	Honoraires totaux moyens en € ⁶²	Dont Honoraires totaux pris en charge par l'AMO en €	Dépassement moyen en €	1 ^{er} décile en €	Médiane en €	9 ^{ème} décile en €	Rapport 1 ^{er} /9 ^{ème}
Orthopédie	211	705	1,7	809	289	511	10	100	1 440	144
Anesthésie	50	74	1,7	186	108	70	Effectifs insuffisants pour calcul distribution			
Soins de suite après l'acte	7	12	3,6	143	50	82	Effectifs insuffisants pour calcul distribution			
Kinésithérapie	153	139	13,3	289	141	68	10	45	137	14
Cardiologie – avant l'acte	203	254	1,5	93	60	23	2	16	44	20
Toutes spécialités – total période	2 636	2 197	2,9	400	156	225	7	32	567	81
Dont activité libérale HTP du public	234	690	1,9	889	314	566	7	193	1 467	216
AXE 1 PRIVE							Distribution du dépassement de chaque spécialité par décile			
Orthopédie	910	6 621	2,3	838	449	377	27	300	715	26
Anesthésie	1 020	3 870	1,9	379	207	166	7	110	383	55
Soins de suite après l'acte	16	17	1,2	62	31	22	Effectifs insuffisants pour calcul distribution			
Kinésithérapie	307	285	11,2	241	115	65	8	35	150	20
Cardiologie – avant l'acte	394	793	1,6	80	48	20	2	18	40	17
Toutes spécialités – total période	6 745	8 052	4,8	1 030	551	454	25	314	964	39

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

⁶⁰ Il convient de rappeler que :

- ces dépassements ont été facturés par des praticiens de tous secteurs conventionnels ;
- les patients qui ont eu l'acte dans l'un ou l'autre secteur hospitalier, ont pu être suivis avant et après en partie dans l'autre secteur.

⁶¹ L'identification des spécialités médicales est réalisée via les codes professionnels agrégés de la CNAMTS, rappelés entre parenthèses : les spécialités médicales concernées par les dépassements sont : l'orthopédie (41), avant, pendant et après l'acte ; l'anesthésie (02), avant, pendant et après l'acte ; les soins de suite et de réadaptation (31) après l'acte ; en kinésithérapie (26) et éventuellement la cardiologie (03) avant l'acte (en complément du bilan anesthésique).

⁶² Rappel : les honoraires moyens ne sont pas calculés sur le même périmètre et ne sont donc pas directement comparables entre les secteurs public et privé

Pour les patients ayant eu à payer un ou plusieurs dépassements pendant l'épisode de soins – soit plus de deux sur trois - le taux moyen de prise en charge des honoraires libéraux par l'assurance maladie obligatoire est de 39% pour les patients opérés dans le public et de 54% pour ceux opérés dans le privé.

Pour les patients opérés à l'hôpital, les dépassements demandés par les orthopédistes les ayant suivi et/ou opérés sont en moyenne de 511 euros. Ils sont très dispersés : ils varient de 10 à 1 440 euros entre le 1^{er} et le 9^{ème} décile. Ces chiffres sont respectivement de 377 euros en moyenne et varient de 27 à 715 euros pour les patients opérés en clinique.

Sur l'ensemble de l'épisode de soins, l'activité libérale des praticiens hospitaliers publics a conduit à facturer des dépassements à 690 patients opérés à l'hôpital, soit 13 % des patients de ce secteur. Les dépassements d'honoraires moyen (566 euros) et médian (193 euros) observés sont très supérieurs à ceux observés pour l'ensemble des patients opérés dans le secteur public.

6.3.3.2 71% des patients opérés dans le secteur privé se sont vu facturer des dépassements d'honoraires de 491 euros en moyenne pour les actes réalisés le jour de l'intervention

6 437 patients opérés dans le secteur privé ont eu à régler des dépassements d'honoraires aux praticiens pour les actes réalisés le jour de l'intervention proprement dite, soit 71% des patients opérés dans le privé dans cette étude.

Tableau 40 Distribution du dépassement pour l'ACTE prothèse totale de hanche selon les spécialités principalement concernées dans le secteur PRIVE

AXE 2 PRIVE	(1)	(2)	(3)	(4)	(6)	(7)	Distribution du dépassement (8) de chaque spécialité par décile			
	Nombre de praticiens concernés	Nombre de patientes concernées par un dépassement ou plus	Nombre moyen d'actes réalisés le jour de l'intervention	Honoraires totaux moyens en €	Dont Honoraires totaux pris en charge par l'AMO en €	Dépassement moyen en €	1 ^{er} décile en €	Médiane en €	9 ^{ème} décile en €	Rapport 1 ^{er} /9 ^{ème}
Orthopédie	741	5 631	1,1	902	492	410	150	300	750	5,0
Anesthésie	617	2 640	1,5	498	278	220	60	150	500	8,3
Total toutes spécialités	1 473	6 437	1,7	1 086	595	491	150	350	960	6,4

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

Le dépassement moyen des actes réalisés le jour de l'intervention dans le secteur privé, toutes spécialités confondues⁶³, est de 491 euros. La médiane est de 350 euros. Cet écart s'explique par une distribution très étalée des dépassements vers les valeurs plus élevées. Si la moitié des patients se voient facturer plus de 350 euros de dépassement, 10% des patients (soit 643 patients dans notre étude) se sont vu facturer plus de 960 euros de dépassement, à l'occasion des seuls actes pratiqués le jour de l'intervention.

⁶³ Rappel : le total toutes spécialités médicales n'est pas le total « ligne à ligne » des deux spécialités détaillées dans ce tableau.

Pour mémoire, le tarif de l'acte opératoire « remplacement de l'articulation coxo-fémorale par prothèse totale » (NEKA020) est de 459.8 euros. Le taux de dépassement moyen de l'orthopédiste sera donc de 89% du tarif de l'acte chirurgical, le taux de dépassement pour le 1^{er} décile étant de 32% et de 163,1% pour le 9^{ème} décile.

6.3.3.3 7% des patients opérés à l'hôpital public public se sont vu facturer des dépassements d'honoraires de 869 euros en moyenne pour les actes réalisés le jour de l'intervention par les praticiens hospitaliers publics

Pour les actes réalisés le jour de l'intervention proprement dite, 371 patients opérés dans le secteur public ont eu à régler des dépassements d'honoraires aux praticiens hospitaliers publics, soit 7% des patients opérés à l'hôpital.

Tableau 41 Distribution du dépassement pour l'ACTE prothèse totale de hanche selon les spécialités des Praticiens hospitaliers du secteur PUBLIC, au titre de leur activité libérale

AXE 2 ACTIVITE LIBERALE PUBLIQUE	Distribution du dépassement de chaque spécialité par décile									
	Nombre de praticiens concernés	Nombre de patients concernés par un dépassement ou plus	Nombre moyen d'actes réalisés le jour de l'intervention	Honoraires totaux moyens en €	Dont Honoraires totaux pris en charge par l'AMO en €	Dépassement moyen en €	1 ^{er} décile en €	Médiane en €	9 ^{ème} décile en €	Rapport 1 ^{er} /9 ^{ème}
Orthopédie	94	350	1,0	1 322	474	847	83	490	2 540	31
Anesthésie	5	13	1,4	439	258	181				
Total toutes spécialités	112	371	1,1	1 349	480	869	83	490	2 510	30

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

Le dépassement moyen des actes réalisés le jour de l'intervention dans le secteur privé de l'hôpital public, toutes spécialités confondues⁶⁴, est de 869 euros. La médiane est de 490 euros. Si la moitié des patients se voit facturer plus de 490 euros de dépassement, 10% des patients (soit 37 patients dans notre étude) se sont vu facturer plus de 2 510 euros de dépassement, à l'occasion des seuls actes pratiqués le jour de l'intervention. Ce niveau de dépassement est le plus élevé relevé sur l'ensemble des actes étudiés dans cette étude ; il correspond à plus de cinq fois le tarif opposable de l'acte. Il relève principalement des orthopédistes, les anesthésistes du public demandant très rarement des dépassements.

⁶⁴ Rappel : le total « toutes spécialités médicales » n'est pas le total « ligne à ligne » des deux spécialités détaillées dans ce tableau.

6.3.4 Coloscopie

6.3.4.1 Plus de deux patients sur trois ont été confrontés à un ou plusieurs dépassements d'honoraires au cours de l'épisode de soins

L'étude porte sur 87 595 patients chez qui a été réalisée une coloscopie mise en relation avec une pathologie non tumorale, au second semestre 2005. Parmi ces patients, 57 978, soit les deux tiers (66%), ont été confrontés à un ou plusieurs dépassements d'honoraires à l'occasion d'un ou plusieurs actes ou consultations durant cette période. Les patients qui ont subi une coloscopie à l'hôpital public - et probablement davantage suivis dans le public - ont été confrontés à un dépassement d'honoraires dans 39% des cas, et dans 71% des cas pour ceux explorés en clinique.

Lorsque des dépassements sont demandés au cours de l'épisode de soins, ils le sont par les gastro-entérologues pour respectivement 15% des patients explorés à l'hôpital et 50% des patients explorés en clinique. La différence observée tient ici encore vraisemblablement au fait que les patients opérés dans le privé ont probablement davantage été suivis dans ce secteur et donc été plus exposés aux dépassements d'honoraires. En clinique, les patients sont aussi exposés à des dépassements pratiqués par les anesthésistes dans 46% des cas.

Le dépassement moyen des actes et consultations facturés lors de l'épisode de soins, toutes spécialités confondues⁶⁵, est de 60 euros pour les patients opérés dans le public et de 105 euros pour le privé. Les médianes sont respectivement à 23 et 51 euros.

Cette différence des montants moyens doit être pondérée par le fait que les patients explorés à l'hôpital et ayant payé au moins un dépassement se voient facturer en moyenne un acte de moins que ceux explorés en privé (2,6 actes contre 3,7 actes en moyenne au cours de la période de soins observée).

Au cours de l'épisode de soins, les dépassements facturés au titre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers publics ont concerné 361 patients ayant subi une coloscopie à l'hôpital, soit 2,9% de l'ensemble des patients explorés à l'hôpital. Les dépassements d'honoraires moyen et médian observés pour l'activité libérale sont comparables à ceux observés pour l'ensemble des patients explorés à l'hôpital et ayant payé au moins un dépassement.

Le 1^{er} décile du dépassement moyen sur l'épisode de soins est de 5 euros dans le public et le 9^{ème} décile est de 226 euros dans le privé. Ils constituent les bornes hautes et basses des dépassements totaux moyens observés⁶⁶.

⁶⁵ Rappel : le total toutes spécialités médicales n'est pas le total « ligne à ligne » de chaque spécialité détaillée plus haut. En effet, chaque patient a eu à faire face à un dépassement dans une ou plusieurs spécialités, y compris des spécialités non listées. Ainsi 53 139 patients explorés dans le privé ont payé au moins un dépassement mais le nombre de patients confrontés à un dépassement est de 26 788 pour la gastro-entérologie et de 24 422 pour l'anesthésie.

⁶⁶ Il convient de rappeler que :

- ces dépassements ont été facturés par des praticiens de tous secteurs conventionnels ;
- les patients qui ont eu l'acte dans l'un ou l'autre secteur hospitalier, ont pu être suivis avant et après en partie dans l'autre secteur.

Tableau 42 Distribution du dépassement pour l'EPISODE Coloscopie selon les spécialités principalement concernées pour les patients opérés dans un établissement de santé PUBLIC ou PSPH⁶⁷ et dans le PRIVE

AXE 1 PUBLIC							Distribution du dépassement de chaque spécialité par décile			
	Nombre de praticiens concernés	Nombre de patients concernés par un dépassement ou plus	Nombre moyen d'actes réalisés dans la période d'étude	Honoraires totaux moyens en € ⁶⁸	Dont Honoraires totaux pris en charge par l'AMO en €	Dépassement moyen en €	1 ^{er} décile en €	Médiane en €	9 ^{ème} décile en €	Rapport 1 ^{er} /9 ^{ème}
Gastro-entérologie	245	711	1,4	96	57	29	3	16	73	22
Anesthésie	176	251	1,4	110	60	43	2	12	132	66
Cardiologie – avant l'acte	147	169	1,8	97	61	27	2	18	59	26
Toutes spécialités – total période	5 416	4 839	2,6	148	69	60	5	23	110	22
Dont activité libérale HTP du public	263	361	1,5	142	64	68	2	27	104	52
AXE 1 PRIVE							Distribution du dépassement de chaque spécialité par décile			
Gastro-entérologie	1 442	26 788	1,9	234	152	73	7	50	150	21
Anesthésie	1 973	24 422	1,5	97	47	43	4	26	97	24
Cardiologie – avant l'acte	837	1 826	1,6	94	59	24	2	17	50	22
Toutes spécialités – total période	27 186	53 139	3,7	280	153	105	8	51	226	28

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

Pour les patients ayant eu à payer un ou plusieurs dépassements au cours de l'épisode de soins – soit deux sur trois - le taux moyen de prise en charge des honoraires libéraux par l'assurance maladie obligatoire est de 47% pour les patients opérés dans le public et de 55% pour ceux opérés dans le privé.

Pour les patients explorés dans le secteur hospitalier public, les dépassements sur l'ensemble de l'épisode de soin, demandés par les gastro-entérologues les ayant suivi et/ou explorés sont en moyenne de 29 euros et varient de 3 à 73 euros entre le 1^{er} et le 9^{ème} décile. Pour les patients explorés en clinique, les dépassements demandés par les gastro-entérologues sont en moyenne de 73 euros et varient de 7 à 150 euros entre le 1^{er} et le 9^{ème} décile.

⁶⁷ L'identification des spécialités médicales est réalisée via les codes professionnels agrégés de la CNAMTS, rappelés entre parenthèses. Les spécialités médicales concernées par les dépassements sont: la gastro-entérologie (08), avant, pendant et après l'acte ; l'anesthésie (02), avant, pendant et après l'acte et éventuellement la cardiologie (03) avant l'acte (en complément du bilan anesthésique).

⁶⁸ Rappel : les honoraires moyens ne sont pas calculés sur le même périmètre et ne sont donc pas directement comparables entre les secteurs public et privé

6.3.4.2 Un tiers des patients opérés en clinique se sont vu facturer des dépassements de 92 euros en moyenne pour les actes réalisés le jour de l'intervention

32% des patients opérés dans le privé (soit 23 709 patients) ont eu à régler des dépassements d'honoraires aux praticiens pour les actes réalisés le jour de l'intervention proprement dite.

Tableau 43 Distribution du dépassement pour l'ACTE de coloscopie selon les spécialités principalement concernées dans le secteur PRIVE

AXE 2 PRIVE							Distribution du dépassement de chaque spécialité par décile			
	Nombre de praticiens concernés	Nombre de patients concernés par un dépassement ou plus	Nombre moyen d'actes réalisés le jour de l'intervention	Honoraires totaux moyens en €	Dont Honoraires totaux pris en charge par l'AMO en €	Dépassement moyen en €	1 ^{er} décile en €	Médiane en €	9 ^{ème} décile en €	Rapport 1 ^{er} /9 ^{ème}
Gastro-entérologues	737	18 385	1,2	269	187	82	25	50	150	6
Anesthésie	642	11 059	1,3	114	58	55	20	50	100	5
Toutes spécialités	1 649	23 709	1,6	270	177	92	25	55	180	7

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

Le dépassement moyen pour les actes réalisés le jour de l'intervention dans le secteur privé, toutes spécialités confondues⁶⁹, est de 92 euros. La médiane est de 55 euros. Cet écart s'explique par une distribution étalée des dépassements vers les valeurs plus élevées. Si la moitié des patients se voient facturer plus de 50 euros de dépassement, 10% des patients (soit 2 370 patients dans notre étude) se sont vu facturer plus de 180 euros de dépassement pour les seuls actes et consultations facturés le jour de l'exploration.

Pour mémoire, les tarifs opposables des principaux actes d'endoscopie concernés par l'étude s'échelonne de 66,67 euros à 153,6 euros.

6.3.4.3 0,4% des patients explorés à l'hôpital se sont vu facturer des dépassements d'honoraires pour les actes réalisés le jour de l'intervention par les praticiens hospitaliers publics

Le dépassement moyen demandé à ces patients s'élève à 64 euros. Mais le nombre de patients opérés à l'hôpital et ayant eu à régler des dépassements d'honoraires aux praticiens hospitaliers publics est insuffisant pour calculer des distributions sur ces dépassements.

⁶⁹ Rappel : le total « toutes spécialités médicales » n'est pas le total « ligne à ligne » de deux spécialités détaillées dans ce tableau. En effet, chaque patient a eu à faire face à un dépassement dans une ou plusieurs spécialités, y compris des spécialités non listées.

Annexe 7 - Etude complémentaire auprès des ARH

7 Etude complémentaire auprès des ARH

7.1 Objectifs et méthode

Les ARH ont été interrogées par messagerie mi-octobre 2006. L'objectif principal de l'étude portait sur la place des dépassements d'honoraires dans la problématique régionale de planification (SROS3) et de régulation (contrat pluriannuel d'objectif et de moyens). Par ailleurs un questionnaire complémentaire a été adressé sur les plaintes connues et traitées par les ARH et leurs membres sur ce sujet ainsi que sur l'activité libérale des praticiens hospitaliers publics.

Cette étude par messagerie a été complétée par des entretiens auprès des cinq ARH, rencontrées lors des déplacements régionaux de la mission en Alsace, Bretagne, Ile de France, Nors-Pas de Calais et Rhône-Alpes, réalisés entre septembre et novembre 2006.

Le questionnaire figure en pièce jointe. Les réponses des ARH sont présentées ci dessous.

7.2 La connaissance du phénomène des dépassements et l'intégration de cette problématique dans les SROS 3 et les CPOM

Tableau 44. Dépassements d'honoraires et intégration dans SROS3 et CPOM

Région	Connaissance	Etudes spécifiques dans SROS 3	Difficultés liées aux dépassements ?	Actions réalisées ou envisagées ?
Alsace	Oui	Oui	Non	Sans objet
Aquitaine	Oui	Oui	Non	CPOM
Auvergne	Non	Non	Non	Sans objet
Basse-Normandie	Non	Non	Cas particuliers signalés sur chirurgie	CPOM
Bourgogne	Non	Non	En ophtalmologie gynécologie et urologie dans la Nièvre	Non documenté
Bretagne	Oui	Non, car Problème pas majeur	- Dépassements ponctuels - Existence de dessous de table ?	Suivi dans programme ARH 2005-2006
Centre	Non	Non, car offre publique Existe sur chaque territoire	Non	Non documenté
Champagne-Ardenne	Non	Non	Non documenté	Sans objet
Corse	Non	Non	Pas de difficultés notées	Sans objet

Franche-Comté	Non	Non	Non	Sans objet
Guadeloupe	Oui	Non	Non	Réaliser une enquête sur la question
Guyane	Non	Non	Accès au secteur public si refus de soins	Non documenté
Haute-Normandie	Oui	Non	Oui	Non documenté
Ile de France	Oui	Non	Accessibilité compromise sur certaines disciplines ou zones	
Languedoc-Roussillon	Oui	Oui	Accès au secteur public difficile dans certaines zones	Allocations MIGAC Clauses de modération CPOM
Limousin	Non	Non	Non	Sans objet
Lorraine	Oui, pour PH	Non	Non documenté	Objectifs du SROS 3, Accessibilité financière figurera dans les CPOM
Martinique	Non	Non	Non	Sans objet
Midi-Pyrénées	Oui	Oui	Sur obstétrique	Non documenté
Nord Pas de Calais	Non	Non	Non	Non
PACA	Existence du phénomène connu, Mais pas évalué	Non	1 seul service public en OPH Pour 6 cliniques à Avignon	Respect accessibilité financière Rappelé - dans le SROS de Médecine - dans annexe 1 CPOM des privés
Pays de la Loire	Non documenté	Non	En chirurgie et obstétrique	Recommandation Dans SROS 3
Picardie	Non	Non	Non	Sans objet
Poitou-Charentes	Non	Non	Non	Sans objet
Réunion	Non	Non	Non	Sans objet
Rhône-Alpes	Non	Non	Non	Recommandation dans SROS 3

Les ARH ont été incitées lors de l'élaboration de l'annexe opposable du SROS 3 à « tenir compte, dans un principe d'équité, de l'accessibilité financière des soins à l'échelle du territoire de santé, notamment dans le cadre des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens »⁷⁰. La première partie de cette recommandation, isolée parmi d'autres, n'a pas été privilégiée par les ARH qui ont concentré leurs efforts sur l'élaboration des objectifs quantifiés de l'offre de soins, objet principal de la circulaire. En revanche, parfois,

⁷⁰ CIRCULAIRE N° DHOS/O/2005/254 du 27 mai 2005 relative à l'élaboration des objectifs quantifiés de l'offre de soins

l'introduction d'une modération des dépassements d'honoraires est envisagée à l'occasion de la contractualisation avec les établissements de santé, notamment privés.

7.2.1 Rares sont les ARH qui ont exploré la question de l'accessibilité financière aux soins dans le cadre de la préparation du SROS 3.

En Aquitaine, une annexe reprend le taux de dépassement en valeur et en volume des actes réalisés en ville. Les travaux les plus aboutis ont été réalisés en Languedoc Roussillon⁷¹. Dans cette région 28% des spécialistes exercent en secteur 2 (contre 38% en France). Si les dépassements ont crû de 50% entre 1999 et 2003 en médecine et obstétrique, ils restent majoritairement réalisés en Chirurgie. La CRAM isole 3 types de territoires : bassins excentrés, bassins intermédiaires et grandes zones urbaines. Il existe des problèmes d'accessibilité financière en chirurgie dans 2 bassins excentrés avec situation de monopole de fait du secteur privé. Dans les deux autres zones, les pratiques de dépassements des professionnels se rapprochent même si les niveaux de dépassement sont plus importants dans les grandes zones urbaines. Il semble exister un « effet clinique » sur les pratiques de dépassement, certaines cliniques concentrant les dépassements en volume d'acte et en valeur.

7.2.2 Certaines ARH, conscientes de l'émergence de ce problème, envisagent d'inscrire une clause spécifique dans les CPOM

Certaines agences, à l'instar de celles ayant mené les travaux cités, envisagent d'inscrire des clauses de garantie d'accessibilité financière et de respect du tact et de la mesure, dans les objectifs des CPOM des établissements. Les clauses peuvent également porter sur l'information tarifaire.

Cette démarche vient de recevoir le soutien de la Fédération de l'hospitalisation privée FHP, dans sa plate-forme pour 2007 en cas de situation monopolistique du secteur libéral⁷².

7.2.3 Les ARH butent sur la possibilité pour les cliniques de retranscrire ces éléments dans les contrats individuels avec les praticiens.

Le dispositif réglementaire n'inclut pas les professionnels libéraux lors de la signature des contrats et les ARH ne peuvent pas imposer aux cliniques d'inscrire ces engagements dans les contrats individuels des praticiens.

⁷¹ CRAM Languedoc Roussillon. Accessibilité aux soins et Dépassements d'honoraires dans les cliniques privées de court séjour en Languedoc Roussillon. Etude et propositions d'actions, novembre 2005, 14 pages

⁷² « les dépassements d'honoraires sont souvent vus comme un obstacle qui empêcherait le libre accès de tous aux soins. La FHP rappelle que cette question ne se pose que lorsque le patient n'a pas d'autre choix que de s'adresser au secteur privé. C'est pourquoi elle préconise qu'en cas de situation monopolistique du secteur libéral, le nombre d'actes de secteur 2 soit limité pour l'ensemble des praticiens qui se trouve dans cette situation monopolistique. Le moyen pourrait être une annexe du contrat d'objectifs et de moyens après contractualisation entre les médecins et l'établissement concerné. En contrepartie de cette limitation des actes de secteur 2 en cas de monopole libéral, la Fédération propose que les médecins libéraux et les cliniques concernées se voient enfin reconnaître leur participation à une mission d'intérêt général. » Fédération de l'hospitalisation privée, PLATEFORME 2007 Propositions pour un nouveau projet hospitalier, novembre 2006, 27 pages.

La modalité de négociation des contrats individuels et notamment de la redevance des praticiens aux cliniques privées, est globalement mal connue des ARH, y compris de ses membres « assurance maladie ».

Les conseils de l'Ordre des médecins départementaux, via leur comité des contrats sont les seuls acteurs locaux à qui sont transmis pour avis, les contrats entre praticiens et cliniques. Des différents entretiens menés par la mission, il apparaît que, historiquement, les praticiens n'ont pas ou peu établi de contrats écrits. Cette situation semble s'être peu à peu normalisée.

La Fédération de l'hospitalisation privée, dans son document cité ci-dessus, rappelle que les obligations qui pourraient être introduites par l'ARH sur ce sujet, ne pourront l'être qu'à la condition qu'elles s'inscrivent dans les contrats individuels.

7.2.4 Existence de plaintes et suites données

Tableau 45. Existence de plaintes concernant les dépassements d'honoraire ou les dessous de table et suites éventuelles données

Région	Plaintes sur dépassements honoraires ?	Dessous de tables ?	Suites ?
Alsace	Oui	non	non documenté
Aquitaine	Non	non documenté	sans objet
Auvergne	Non	non	sans objet
Basse-Normandie	Non	non	sans objet
Bourgogne	Non	non	sans objet
Bretagne	1 sur 60 plaintes enregistrées en 2006	Interrogations sur existence du phénomène	courrier mise en garde à une clinique
Centre	1 ou 2 plaintes sur une clinique	non documenté	rappel de l'ARH
Champagne-Ardenne	Non	non	sans objet
Corse	Non	non	sans objet
Franche-Comté	Oui	non documenté	enquête en cours
Guadeloupe	Non	non	sans objet
Guyane	Non	non	sans objet
Haute-Normandie	non, mais doléances	non documenté	rappel aux professionnels
Ile de France	Exceptionnel	Non	Sans objet
Languedoc-Roussillon	Oui	non	enquête régionale
Limousin	Non	non	sans objet
Lorraine	Non	non documenté	sans objet
Martinique	Non	non documenté	sans objet
Midi-Pyrénées	Non	non documenté	sans objet

Nord Pas de Calais	Non	Non	sans objet
PACA	Non	non	sans objet
Pays de la Loire	Non	non documenté	sans objet
Picardie	Non	non	sans objet
Poitou-Charentes	Non	non	sans objet
Réunion	Non	non	sans objet
Rhône-Alpes	Exceptionnel	non	sans objet

7.2.5 Il n'existe pas ou exceptionnellement de plaintes vers les ARH ou leurs membres sur le sujet des dépassements d'honoraires

Les plaintes de patients concernant un séjour hospitalier peuvent être dirigées vers différentes instances administratives ou judiciaires. Il n'existe pas de système d'information standardisé d'enregistrement des plaintes hospitalières adressées aux instances administratives en France. Certaines ARH ont mis en place depuis quelques années ou projettent de le faire, des cellules de coordination régionale et de suivi des plaintes adressées à ses membres.

La mission a interrogé l'ensemble des membres des ARH rencontrés en région ainsi que les DDCCRF. Ces dernières semblent très peu sollicitées sur le sujet santé et les patients s'orientent spontanément vers les interlocuteurs de proximité qu'ils connaissent, DDASS et CPAM principalement.

La question des dessous de table, partout évoquée lors des entretiens, n'est jamais établie. Les ARH ne signalent aucune plainte sur ce sujet.

Les dépassements d'honoraires dans les établissements de santé ne sont quant à eux qu'exceptionnellement un motif de plainte principal. Ils peuvent parfois être signalés comme motif associé ou connexe d'un autre motif de plainte.

7.3 Le contrôle de l'activité libérale des praticiens hospitaliers

L'ordonnance du 4 septembre 2003, confie aux ARH la compétence d'approbation, suspension et retrait d'autorisation des contrats d'activité libérale des praticiens hospitaliers temps plein, auparavant dévolue aux préfets.

Une commission d'activité libérale (CAL) est chargée d'assurer le suivi du bon fonctionnement de cette activité au sein de l'établissement public de santé⁷³. Les ARH ont été interrogées spécifiquement sur ces deux dimensions.

73 Circulaire n°DHOS/M2/2005/469 du 14 octobre 2005 relative au contrôle de l'activité libérale, au rôle de la commission locale, à la procédure à suivre dans le cas d'une suspension ou d'un retrait de l'autorisation d'exercer une activité libérale et à certaines dispositions relatives à cette activité.

Les résultats figurent dans le tableau suivant.

Tableau 46. Fonctionnement des comités d'activité libérale et retrait éventuel d'autorisation par les ARH

Région	Fonctionnement satisfaisant de la CAL	suspension autorisation PH
Alsace	oui	non
Aquitaine	Dysfonctionnements ayant entraîné un rappel par courrier de la DDASS 33 aux praticiens	non
Auvergne	réunions peu fréquentes, pas de dysfonctionnement	non
Basse-Normandie	CR non exploités	non
Bourgogne	correct à médiocre	non documenté
Bretagne	hétérogène	non
Centre	oui	non
Champagne-Ardenne	oui	oui
Corse	1 seule réunion depuis 2004	non
Franche-Comté	globalement satisfaisant	non
Guadeloupe	RAS	non
Guyane	oui	non
Haute-Normandie	pas de dysfonctionnement signalé	non
Ile de France	Non documenté	Non documenté
Languedoc-Roussillon	à optimiser	non
Limousin	variable selon les établissements de santé	2 suspensions
Lorraine	probablement disparate	oui, par le directeur de l'établissements de santé
Martinique	doit être amélioré	non documenté
Midi-Pyrénées	irrégulièrement suivi	non
Nord Pas de Calais	non documenté	non documenté
PACA	fonctionnement inégal	non
Pays de la Loire	oui	non
Picardie	activité libérale > activité publique	oui
Poitou-Charentes	pas de suivi	oui
Réunion	non documenté	non
Rhône-Alpes	oui	non

7.3.1 Le suivi du fonctionnement des commissions d'activité libérale et de l'activité des praticiens apparaît globalement peu porté par des ARH

A quelques exceptions près, les ARH n'ont pas produit d'étude régionale ni mis en place de tableau de bord sur le fonctionnement des commissions d'activité libérale des établissements de santé publics de leur région. L'approbation des contrats des praticiens et leur suivi semblent le plus souvent délégués à l'échelon départemental, DDASS et CPAM. Ces instances siègent en principe dans les commissions lorsqu'elles se réunissent.

Le fonctionnement est qualifié par beaucoup d'ARH d'hétérogène, inégal selon les établissements de santé (réunions peu fréquentes, souvent formelles, sans plus value décisionnelle évidente). Certaines ARH ont signalé qu'il était anormal que la présidence de ces CAL puissent échoir à un praticien directement concerné, qui dans un cas a lui-même les plus gros revenus issus de l'activité libérale de tout l'établissement. Ce constat rejoint celui d'une précédente mission IGAS dans un CHU.

Beaucoup d'ARH conviennent au total que le sujet de l'activité libérale a été peu porté jusqu'à présent. Mais seules quelques unes signalent en avoir fait une priorité dans leur plan de contrôle annuel 2007.

7.3.2 Très peu de praticiens ont fait l'objet d'une suspension de leur autorisation d'exercer une activité libérale ces trois dernières années.

Dans ce contexte, les suspensions prononcées par les ARH sont rares depuis 2004, années où les ARH ont reçu la responsabilité de cette activité. Quatre régions signalent des suspensions, concernant au total une demi-douzaine de praticiens. Il n'existe pas de système de consolidation de ces données au niveau national qui n'enregistre que les recours hiérarchiques.

Ce constat rejoint celui d'une précédente mission IGAS qui notait en 2002 qu'il n'existait aucune donnée sur le nombre de signalements et de sanctions prises par les préfets en l'absence de tableau de bord national sur ce sujet⁷⁴. Elle ajoutait que seuls étaient connus, le nombre de recours hiérarchiques devant le ministre effectués les années précédentes : en moyenne moins d'un par an dans cette période.

Le transfert de la responsabilité des préfets vers les ARH en 2003 a contribué à une augmentation transitoire en 2004 des recours hiérarchiques au niveau national, principalement liée à une suspension simultanée de quatre praticiens dans une même région. Il n'y a pas eu de saisine en 2005 ni 2006.

⁷⁴ C. De BATZ, F. LALANDE & G. LAURAND. Gestion des praticiens hospitaliers IGAS : Rapport n°2002.143 décembre 2002.

7.4 Questionnaire adressé aux ARH

1) Connaissance des dépassements, planification et régulation de l'offre de soins

L'ARH a-t-elle connaissance des dépassements d'honoraires pratiqués dans la région ?

L'ARH a-t-elle inclus dans sa préparation du SROS 3 des études relatives à l'accessibilité financière aux soins (offre de soins en secteur 2 et 1, ...) ? Si oui, peut-on en disposer ?

Existe t-il dans votre région, de votre point de vue, des difficultés sur ce sujet et si oui sur quels territoires et pour quelles disciplines ? Quelles sont les possibilités d'action envisagées ou mises en œuvre par l'ARH face aux éventuelles difficultés constatées ?

2) Plaintes

L'ARH ou ses membres ont-ils été saisis de plaintes à propos de dépassements « excessifs » voire de dessous de table, demandés à l'occasion de soins dans les établissements de santé ? Si oui, quelles ont été les suites données ?

3) Activité libérale des praticiens hospitaliers dans les établissements de santé publics

Comment l'ARH juge-t-elle le fonctionnement des commissions d'activité libérale de la région ? Existe-t-il des dysfonctionnements patents vous ayant conduit à suspendre ou retirer l'autorisation d'un ou de plusieurs praticiens depuis 2004 ?

4) Commentaires

Merci de compléter le cas échéant votre réponse par tout commentaire, analyse ou document que vous estimeriez utiles à notre mission.

**Annexe 8 - Etude sur la facturation aux tarifs opposables et la modulation
des tarifs au sein de la clientèle des praticiens de secteur 2**

8 Etude sur la facturation aux tarifs opposables et la modulation des tarifs au sein de la clientèle des praticiens de secteur 2

L'étude porte sur les consultations des praticiens à honoraires libres, dès lors qu'ils ont réalisé au moins 50 consultations. Les consultations étudiées correspondent aux soins liquidés de mai à juillet 2006 et effectués depuis moins de six mois. Les tarifs de consultation insuffisamment fréquents ont été écartés⁷⁵.

Afin de compléter l'analyse de l'offre tarifaire des praticiens à honoraires libres, l'étude vise à apprécier dans quelle mesure les praticiens modulent leurs tarifs de consultations (C, CS et CNP pour les psychiatres) au sein de leur patientèle. Toutefois les données sur les revenus des patients qui permettraient de voir si les praticiens ont adapté leurs tarifs à la situation socioéconomique de leur clientèle font gravement défaut.

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

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

Tableau 47 Répartition des effectifs (en%) de médecins à honoraires libres selon le nombre de tarifs différents de consultations

Spécialité	Un seul tarif	Deux tarifs	Un ou deux tarifs	Trois tarifs	Quatre tarifs ou plus	Total	Effectif total
01- Médecine générale	5%	36%	41%	28%	31%	100%	6853
02- Anesthésie-réanimation chirurgicale	4%	39%	43%	33%	24%	100%	856
03- Pathologie cardio-vasculaire	18%	30%	49%	23%	28%	100%	505
04- Chirurgie générale	10%	36%	46%	27%	27%	100%	1917
05- Dermato-vénéréologie	6%	23%	28%	33%	39%	100%	1331
07- Gynécologie obstétrique	14%	33%	47%	27%	26%	100%	2769
08- Gastro-entérologie et hépatologie	5%	29%	34%	25%	41%	100%	691
09- Médecine interne	10%	19%	29%	23%	48%	100%	240
10- Neurochirurgie	19%	35%	54%	30%	16%	100%	97
11- Oto-rhino-laryngologie	9%	29%	38%	30%	32%	100%	1157
12- Pédiatrie	2%	16%	18%	28%	54%	100%	852
13- Pneumologie	7%	22%	29%	26%	46%	100%	167

⁷⁵ Ceci a peu d'incidence sur la masse des consultations étudiées : en moyenne pour chaque spécialité, écarter les tarifs dont la fréquence est inférieure à 2,5% conduit à éliminer de l'étude seulement 2% à 4% des consultations facturées. On conserve donc en moyenne au moins 95% des consultations de chaque praticien.

14- Rhumatologie	5%	23%	29%	30%	41%	100%	774
15- Ophtalmologie	8%	30%	38%	30%	32%	100%	2339
Spécialité	Un seul tarif	Deux tarifs	Un ou deux tarifs	Trois tarifs	Quatre tarifs ou plus	Total	Effectif total
16- Chirurgie urologique	14%	38%	52%	24%	24%	100%	532
17- Neuropsychiatrie	2%	10%	12%	20%	68%	100%	109
18- Stomatologie	5%	28%	33%	24%	43%	100%	402
31- Rééducation et réadaptation fonctionnelle	9%	19%	27%	32%	41%	100%	175
32- Neurologie	7%	28%	36%	29%	35%	100%	205
33- Psychiatrie	3%	13%	16%	17%	67%	100%	1549
41- Chirurgie orthopédique et traumatologie	7%	39%	46%	29%	24%	100%	1345
42- Endocrinologie et métabolisme	7%	25%	32%	32%	37%	100%	444
total chirurgiens (04,10,16,41)	10%	37%	47%	27%	25%	100%	3891

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

8.2 Lorsque le praticien a deux tarifs de consultation, il s'agit le plus souvent du tarif conventionnel et d'un tarif différent du tarif dit "opposable"

Cette pratique de tarification est particulièrement répandue parmi les anesthésistes (36% d'entre eux ont deux tarifs de consultation dont un est égal au tarif conventionnel) et les chirurgiens (29% d'entre eux).

Dans ce cas de figure, le tarif différent du tarif conventionnel est le plus fréquemment compris entre 150 et 200% du tarif conventionnel, et ce quelle que soit la spécialité.

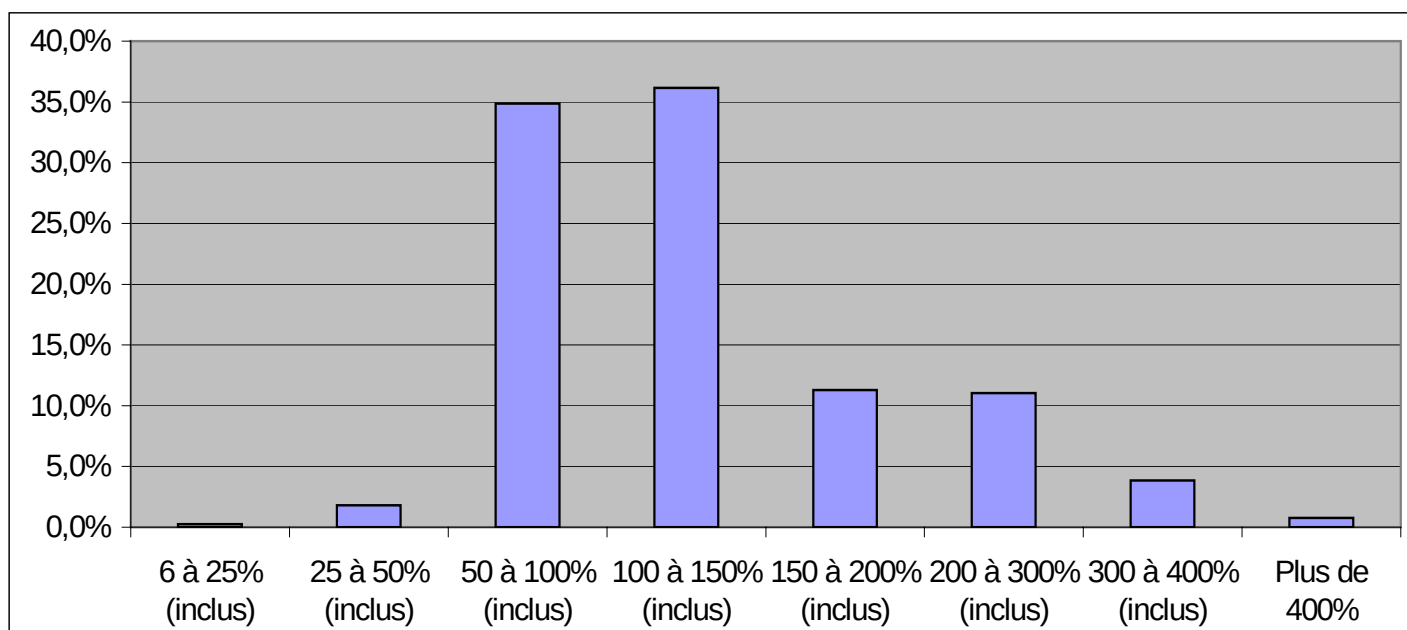
8.3 Un nombre non négligeable de praticiens n'a qu'un seul tarif de consultation quel que soit le patient, et son montant peut être élevé

7,8% des spécialistes à honoraires libres (contre 4,5% des généralistes) n'ont qu'un seul tarif de consultation. Par spécialité, ce taux atteint 8,3% pour les ophtalmologistes, 8,6% pour les chirurgiens, 14,1% pour les gynécologues, 15,0% pour les cardiologues et 17,5% pour les neurochirurgiens.

Toutes spécialités confondues, le niveau de ce tarif unique est élevé chez les spécialistes, en comparaison des généralistes. Un tiers des généralistes ont un tarif unique compris entre 100 et 150% du tarif opposable et un deuxième tiers des généralistes ont un tarif unique compris entre 150 et 200% du tarif opposable. Par contre, pour les spécialistes pratiquant un tarif unique, ce tarif est supérieur à 150% du tarif opposable pour 95% d'entre eux. Il est même supérieur à 200% du tarif opposable pour la moitié des spécialistes pratiquant un tarif unique.

Parmi les spécialités pratiquant le plus un tarif unique de consultation, seuls les cardiologues ont une distribution du niveau du tarif unique similaire à celle des généralistes. En gynécologie, le tarif unique de consultation, pratiqué par 14% des praticiens soit 390 gynécologues, est compris entre 150 et 200% du tarif conventionnel pour 35% d'entre eux, entre 200 et 250% du tarif conventionnel pour 36% d'entre eux et supérieur à 250% du tarif conventionnel pour 27% d'entre eux.

Figure 8 Distribution du taux de dépassement sur le tarif unique de consultation pratiqué par 390 gynécologues



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

Parmi les ophtalmologistes, le tarif unique est dans la moitié des cas compris entre 150% et 200% du tarif conventionnel de la consultation.

Enfin, la neurochirurgie, spécialité où les effectifs sont faibles, se distingue : sur 97 neurochirurgiens à honoraires libres, 17 pratiquent un tarif unique de consultation qui n'est jamais inférieur à 200% du tarif conventionnel. Ce tarif dépasse même 500% pour quatre d'entre eux.

**Annexe 9 - Etude des dépassements d'honoraires facturés aux bénéficiaires
de la CMU complémentaire**

9 Etude des dépassements d'honoraires facturés aux bénéficiaires de la CMU complémentaire

Des travaux récents⁷⁶ ont souligné les refus de soins auxquels pouvaient faire face les bénéficiaires de la CMU complémentaire, en particulier par des praticiens à honoraires libres. La présente annexe vient compléter l'analyse en étudiant spécifiquement les dépassements d'honoraires auxquels les bénéficiaires de la CMU complémentaire peuvent être amenés à faire face.

9.1 Des dépassements d'honoraires en principe interdits

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

Les textes autorisent toutefois deux exceptions pour des dépassements dont la fréquence est, soit par définition soit en pratique, très limitée :

- le dépassement pour exigence particulière du patient (DE) : selon l'article L 162-5-13 du code de la sécurité sociale, l'exigence particulière du patient peut notamment consister en une « visite médicalement injustifiée » ; selon la convention nationale conclue le 12 janvier 2005, le médecin peut s'affranchir des tarifs opposables « en cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade non liée à un motif médical » ; le montant du DE n'est nulle part plafonné ;
- les dépassements autorisés en cas de soins non coordonnés au sens de la convention (DA) : comme le taux de déclaration du médecin traitant est plus faible parmi les bénéficiaires de la CMU complémentaire que dans la population générale, ces dépassements pourraient être fréquents ; en pratique, ils sont à ce jour peu pratiqués ; par ailleurs, leur montant est plafonné à 17,5% des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés.

Ces deux types de dépassement ne sont pas cumulables selon la convention nationale.

9.2 Mais la loi est largement méconnue dans certaines spécialités et zones géographiques

9.2.1 La facturation de dépassements peut être fréquente

En France métropolitaine, parmi l'ensemble des consultations facturées à des bénéficiaires de la CMU complémentaire par des praticiens à honoraires libres ou en secteur 1, 1,6% ont donné lieu à un dépassement d'honoraires. Pour les consultations en

⁷⁶ Cf. le rapport de Jean-François Chadelat, directeur du fonds CMU, remis au ministre de la santé et des solidarités le 13 décembre 2006.

chirurgie générale ou urologique, ce taux est de 13%. Il est d'environ 8% pour les anesthésistes, dermatologues, gynécologues et chirurgiens orthopédiques.

De plus, certains départements d'Ile de France (Paris, Hauts-de-Seine, Yvelines, Val d'Oise, Val de Marne), de Rhône-Alpes et de Provence-Alpes-Côte d'Azur ont des taux supérieurs à la moyenne nationale de 1,6% (cf. tableau suivant qui détaille par spécialité le pourcentage de consultations avec dépassement facturées à des bénéficiaires de la CMU complémentaire dans ces départements).

On note en particulier qu'un tiers des bénéficiaires de la CMU complémentaire qui ont consulté en chirurgie générale et urologique à Paris sur la période d'étude ont payé un dépassement d'honoraires, et ce quel que soit le secteur conventionnel du praticien consulté.

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

Tableau 48 Pourcentage de consultations facturées à des bénéficiaires de la CMU complémentaire avec dépassement, quel que soit le secteur conventionnel du praticien

Département	75	92	78	95	94	91	74	77	83	13	69	6	33	TOTAL FRANCE METROPOLI TAINE
Médecine générale	1,8%	1,5%	1,2%	1,0%	0,9%	0,9%	1,2%	1,2%	1,0%	0,5%	0,7%	0,7%	0,6%	0,5%
Anesthésie	24,5%	28,3%	11,9%	21,4%	11,9%	19,2%	8,6%	8,6%	4,4%	5,6%	9,6%	8,5%	15,7%	7,7%
Pathologie cardio-vasculaire	8,1%	8,0%	10,9%	8,5%	3,9%	3,7%	5,4%	10,3%	1,3%	2,2%	4,2%	2,7%	4,6%	3,7%
Chirurgie générale	33,7%	29,2%	23,3%	26,7%	13,0%	17,8%	21,7%	11,9%	11,8%	22,3%	11,5%	15,0%	17,0%	13,0%
Dermato-vénérologie	17,4%	12,5%	14,4%	14,1%	8,8%	11,2%	14,4%	9,0%	8,6%	8,7%	9,0%	5,2%	7,9%	7,7%
Gynécologie obstétrique	23,3%	19,4%	18,9%	14,6%	14,2%	12,0%	7,9%	13,9%	10,9%	13,1%	10,2%	12,1%	5,4%	8,6%
Gastro-entérologie	17,7%	20,0%	17,8%	13,9%	10,7%	13,3%	7,9%	18,3%	7,1%	4,3%	13,9%	4,3%	7,5%	6,3%
Oto-rhino-laryngologie	20,0%	19,3%	20,8%	9,4%	10,3%	4,9%	7,1%	6,2%	6,4%	5,5%	8,1%	8,1%	5,7%	6,4%
Pédiatrie	9,3%	8,2%	7,0%	7,1%	5,4%	3,6%	4,9%	6,9%	5,6%	7,5%	3,6%	4,3%	2,0%	3,9%
Rhumatologie	17,8%	13,0%	13,0%	15,7%	5,7%	6,9%	3,5%	5,1%	2,0%	5,4%	7,1%	4,5%	3,3%	5,4%
Ophtalmologie	18,1%	12,9%	11,1%	11,6%	8,7%	7,8%	13,0%	7,7%	4,6%	5,1%	6,7%	5,5%	4,4%	6,3%
Chirurgie urologique	37,1%	41,4%	43,1%	17,0%	22,6%	39,5%	43,0%	12,1%	17,8%	21,0%	13,5%	9,3%	18,6%	13,3%
Stomatologie	24,5%	29,9%	47,9%	14,4%	45,0%	18,3%	21,8%	10,5%	22,3%	14,0%	12,2%	22,0%	7,2%	12,1%
Psychiatrie	21,4%	18,0%	18,9%	13,1%	14,9%	8,5%	6,6%	4,5%	1,3%	3,6%	7,1%	1,6%	1,9%	4,8%
Chirurgie orthopédique	15,7%	14,1%	18,8%	13,5%	8,0%	10,6%	16,7%	6,0%	9,8%	17,3%	12,6%	11,4%	11,7%	8,6%
Total toutes spécialités (y compris médecine générale)	6,4%	5,1%	4,5%	3,4%	2,9%	2,7%	2,6%	2,6%	2,3%	2,0%	2,0%	2,0%	1,8%	1,6%

Source : CNAMTS (régime général ; soins liquidés entre février et août 2006)

9.2.2 Lorsqu'un dépassement est facturé, son montant n'est pas négligeable

Le tableau ci-dessous présente, pour la ville de Paris, les montants de dépassement facturés aux bénéficiaires de la CMU complémentaire à l'occasion de consultations.

Montants en euros des dépassements facturés aux bénéficiaires de la CMU complémentaire à Paris	rappel : part des consultations avec dépassement	montant médian du dépassement	9ème décile
Médecine générale	1,8%	15	47
Anesthésie	24,5%	7	27
Chirurgie générale	33,7%	20	67
Gynécologie obstétrique	23,3%	27	57
Oto-rhino-laryngologie	20,0%	17	47
Ophtalmologie	18,1%	17	47
Chirurgie urologique	37,1%	20	67
Stomatologie	24,5%	7	37
Psychiatrie	21,4%	10,70	40,70
Chirurgie orthopédique	15,7%	17	52

Source : CNAMTS (régime général ; soins liquidés entre février et août 2006)

Ainsi, un tiers des bénéficiaires de la CMU complémentaire qui ont consulté en chirurgie générale et urologique à Paris sur la période d'étude ont payé un dépassement d'honoraires et, pour la moitié d'entre eux, le montant du dépassement était d'au moins 20 euros ; dans 10% des cas, il était d'au moins 67 euros⁷⁷.

La mission n'est pas en mesure de déterminer si les praticiens qui ont facturé ces dépassements ont contrevenu à la loi, sciemment⁷⁸. Mais il semble que les bénéficiaires de la CMU complémentaire ayant eu à faire face à ces dépassements se soient vus appliquer la facturation habituelle du praticien.

⁷⁷ Pour mémoire, les ressources mensuelles maximum pour bénéficier de la CMU complémentaire en métropole sont au plus de 600 euros par mois, soit 20 euros par jour.

⁷⁸ La mission a eu connaissance du cas d'un chirurgien qui aurait opéré deux personnes bénéficiaires de la CMU complémentaire ; il leur aurait appliqué des honoraires supérieurs à une trentaine de fois les honoraires opposables après leur avoir demandé d'aller souscrire un contrat d'assurance qui permettait de couvrir ces sommes. Il a été radié en première instance par le conseil régional de l'ordre des médecins ; le conseil national a décidé une interdiction d'exercer la médecine pendant trois ans dont trente mois avec sursis, soit six mois d'interdiction effective.