

## TARIFS MÉDICAUX

# Dépassements d'honoraires : la hausse continue

Contrairement à ce qu'a annoncé l'Assurance maladie en avril, les dépassements d'honoraires des spécialistes continuent de grimper. C'est ce que montrent les chiffres de notre Observatoire citoyen des restes à charge en santé.

Ça va mieux du côté des dépassements d'honoraires des médecins du secteur 2, c'est-à-dire à honoraires libres, juge la direction de l'Assurance maladie. Fin avril, ses services ont dressé un premier bilan du contrat d'accès aux soins, un dispositif instauré pour réguler ces dépassements, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> décembre 2013. S'il n'y a effectivement pas eu de nouvelle flambée de ces dépassements d'honoraires - déjà établis, rappelons-le, à un niveau élevé -, nous ne pouvons malheureusement pas

partager ce satisfecit. Deux ans après la mise en place de notre Observatoire des restes à charge en santé (voir n° 483, juin 2013), nous avons souhaité faire le point sur la situation en nous appuyant, nous aussi, sur les données de l'Assurance maladie.

## CERTAINS INDICATEURS VONT POURTANT DANS LE BON SENS

Selon les chiffres inédits de l'Observatoire, les praticiens spécialistes installés en secteur 2 ont facturé,

toutes spécialités confondues, 2,30 milliards d'euros de dépassements d'honoraires en 2014. En 2012, l'addition s'élevait à 2,16 milliards. L'augmentation est donc de l'ordre de 6,5 % en deux ans ! Sur la même période, le nombre de ces praticiens n'a augmenté "que" de 2 %, selon les données sur la



**43 %**  
des spécialistes

sont établis en secteur 2, et donc autorisés à pratiquer des tarifs au-dessus de ceux de la Sécu, contre 41 % en 2012.



**2,3**  
milliards  
d'euros  
d'honoraires

au-dessus des tarifs de la Sécu ont été facturés en 2014 par ces spécialistes de secteur 2, soit 6,5 % de plus qu'en 2012.

THINKSTOCK

démographie médicale analysés par notre Observatoire.

Nous nous sommes penchés sur ces spécialistes en secteur 2, car ils sont à l'origine de la plus grande part des dépassements d'honoraires des médecins : en 2014, comme en 2012 d'ailleurs, ils en ont généré 82 %. Et pour cause, ils sont autorisés à facturer leurs actes et consultations au-delà des tarifs de base de l'Assurance maladie. Comme cette dernière, nous relevons que certains indicateurs vont dans le bon sens. Ainsi, les dépassements d'honoraires facturés par les spécialistes en secteur 2 sont effectivement en baisse si on les calcule, comme le fait l'Assurance maladie, en pourcentage des tarifs de

la Sécurité sociale : ce "taux de dépassement" est passé de 56,9 % à 55,4 %, soit une diminution de 1,5 point. Mais cette baisse doit être relativisée par le fait que certains tarifs de base ont, de leur côté, augmenté. Autre indicateur positif, la part des dépassements dans les honoraires perçus par ces médecins a très légèrement décliné en deux ans, passant de 36,4 % à 35,7 %. Globalement, les dépassements des spécialistes ont donc évolué moins vite que leurs honoraires totaux.

#### LIMITER LES TARIFS EXCESSIFS NE SUFFIT PAS

Cette légère inflexion des dépassements des spécialistes est probablement un effet du contrat d'accès aux soins, qui comporte un volet visant les praticiens aux tarifs excessifs. Dès la mi-2013, à la suite de la signature de cet accord entre l'Assurance maladie, des syndicats de médecins et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, l'Assurance maladie avait envoyé des courriers d'avertissement à un certain nombre de praticiens jugés trop gourmands. La procédure peut être enclenchée lorsque le tarif moyen pratiqué par un médecin correspond à 2,5 fois le tarif opposable, autrement dit le tarif de base de la Sécurité sociale. Le quotidien *Le Monde* croit savoir que 961 courriers

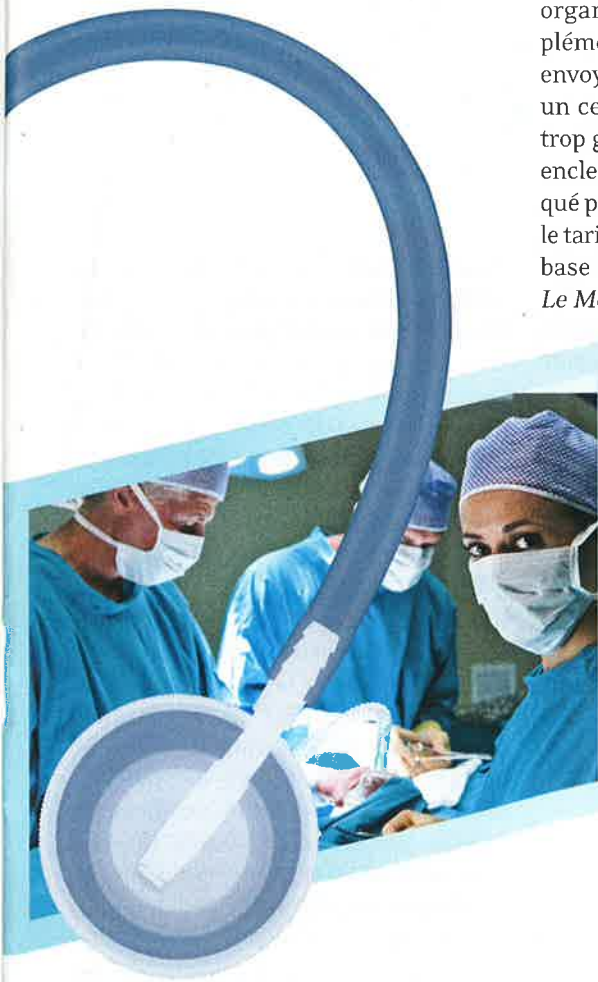
exactement auraient ainsi été envoyés. Selon un communiqué de l'Assurance maladie, « le taux de dépassement moyen des médecins dont les pratiques tarifaires étaient ciblées comme excessives en 2012 a diminué de presque 36 points en 2014, passant de 189,1 % à 153,4 % ».

Limiter la rémunération d'une minorité de praticiens qui facturent vraiment trop cher, c'est bien. Mais ce n'est pas suffisant pour inverser la tendance puisque, comme le montre notre Observatoire, le montant global des dépassements d'honoraires facturés par les spécialistes



#### Plus de chiffres sur Internet

Les chiffres présentés par l'Observatoire citoyen des restes à charge en santé, créé par le Collectif interassociatif sur la santé (Ciss), la société Santéclair et «60», proviennent de l'analyse des données issues du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie. Le Ciss y a accès en tant que membre de l'Institut des données de santé. L'intégralité des chiffres est disponible sur le site [www.60m.fr/50530](http://www.60m.fr/50530)



**50 €**  
par acte :

en 2014, les chirurgiens demeurent, de loin, ceux qui facturent les plus gros dépassements d'honoraires.



**67 €**  
à Paris

pour une consultation en ophtalmologie en secteur 2, contre 33 € dans le Cantal : les inégalités régionales perdurent, malgré un tassement des plus hauts dépassements.

a quand même augmenté. L'hypothèse la plus plausible est que les dépassements des spécialistes en secteur 2 sont plus fréquents, même si les montants les plus spectaculaires ont été rabotés. Le fait que les spécialistes en secteur 2 (à tarifs libres donc) aient vu leur nombre croître en deux ans conforte cette hypothèse. En 2014, ces derniers représentaient 43 % de la population des médecins spécialistes, contre 41,1 % en 2012. Les autres spécialistes, à l'exception d'une infime minorité qui n'a pas signé de convention avec l'Assurance maladie, exercent en secteur 1, et appliquent donc les tarifs fixés par la Sécurité sociale.

#### DES TENDANCES DIFFÉRENTES SELON LES DISCIPLINES

Notre étude montre également que l'évolution de la pratique tarifaire n'est pas uniforme selon les disciplines médicales. Pour l'année 2014, nous nous sommes à nouveau penchés sur les dépassements d'honoraires dans les quatre spécialités médicales que nous avons identifiées en 2012 comme générant le plus de dépassements d'honoraires : la chirurgie, l'oto-rhino-laryngologie (ORL), la gynécologie et l'ophtalmologie. Du côté des chirurgiens, les dépassements d'honoraires ont continué à grimper, passant en moyenne de 48,80 € à 49,90 € par acte en deux ans. Chez les ORL, on constate une quasi-stagnation de la situation, puisque leurs dépassements moyens par acte étaient de 20,70 € en 2014, contre 20,50 € en

2012. Les gynécologues (gynécologie générale et obstétrique confondues) et les ophtalmologistes ont, quant à eux, mis un léger frein aux plus gros dépassements facturés à leurs patients. Par acte, en moyenne, les premiers sont passés de

31,20 € à 29,70 € de dépassement ; les seconds, de 19,70 € à 18,90 €. Force est de constater, à la lecture de ces résultats, que le contrat d'accès aux soins a bien eu un impact mesurable, mais modeste, pour certaines spécialités comme la gynécologie et l'ophtalmologie. Mais pour d'autres comme la chirurgie, il n'a pas permis d'inverser la tendance.

#### QUI EST SOUS CONTRAT ? MYSTÈRE !

Le contrat d'accès aux soins a pourtant un coût. D'une part, la base de la Sécurité sociale pour certains actes pratiqués par les médecins adhérant au dispositif a été revalorisée. Une liste des spécialités médicales qui peuvent bénéficier de cette revalorisation a été établie, dont les consultations en ORL et en gynécologie, et certains actes de chirurgie. On citera pour exemple la pose d'une prothèse de genou ou encore la chirurgie de la main

#### Remboursements variables

## Comprendre le contrat d'accès aux soins

À côté des médecins à tarifs fixes et de ceux à honoraires libres, le nouveau dispositif crée les médecins à "dépassements maîtrisés". En pratique, rien ne les empêche de facturer certains actes au prix fort.



Jusqu'à présent, vous aviez le choix entre les médecins dont les honoraires sont fixés aux tarifs de la Sécurité sociale (ils sont dits "conventionnés en secteur 1"), et ceux qui pratiquent des honoraires libres, c'est-à-dire des dépassements d'honoraires (dits "conventionnés en secteur 2" ou "non conventionnés"). Depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2013, dans le cadre du contrat d'accès aux soins (CAS), une nouvelle catégorie a été créée : les médecins dont les honoraires sont « à dépassements maîtrisés ». Sauf que l'assuré n'en sort pas toujours gagnant...



## UNE MÊME CONSULTATION CHEZ UN SPÉCIALISTE, TROIS SITUATIONS DIFFÉRENTES

	SECTEUR 1	SECTEUR 2	C.A.S. <sup>(1)</sup>
	Tarifs fixes	Tarifs libres	Tarifs libres maîtrisés
Tarif de consultation	28 €	45 € <sup>(2)</sup>	45 € <sup>(2)</sup>
Base du remboursement	28 €	23 €	28 €
Montant remboursé <sup>(3)</sup>	18,60 €	15,10 €	18,60 €
Reste à charge pour l'assuré <sup>(4)</sup>	9,40 €	29,90 €	26,40 €

(1) Contrat d'accès aux soins. (2) Tarif choisi à titre indicatif, les honoraires réels peuvent varier. (3) En tenant compte de la participation forfaitaire de 1 € retenue pour chaque consultation. (4) Avant l'intervention éventuelle de la complémentaire santé.

→ **Première hypothèse** : vous consultez un spécialiste à honoraires libres qui facture sa consultation 45 €. Si ce médecin est en secteur 2 classique, vous serez remboursé 15,10 € (soit 70 % du tarif de base de remboursement établie à 23 € pour les spécialistes en secteur 2, moins 1 € de participation forfaitaire). Il restera donc 29,90 € à votre charge ou à celle de votre assurance complémentaire. S'il adhère au

contrat d'accès aux soins, le montant qui sert de base à votre remboursement grimpera de 23 € à 28 €. Vous serez remboursé 18,60 € (soit 70 % de 28 €, moins 1 €), et votre reste à charge sera abaissé à 26,40 €. Vous en sortez donc gagnant, tant que votre praticien continue de vous appliquer les mêmes tarifs. Mais pour une partie de ses consultations, rien ne l'empêche de revoir ses honoraires à la hausse, tant que la

moyenne de ses tarifs n'atteint pas 57,50 €. Car, pour l'Assurance maladie, les tarifs ne sont jugés excessifs que s'ils excèdent, en moyenne, 2,5 fois le tarif de base de la Sécu (2,5 fois 23 € dans notre exemple).

→ **Seconde hypothèse** : votre spécialiste, en secteur 1, applique les tarifs de la Sécu, c'est-à-dire 28 € pour une consultation. S'il adhère au contrat d'accès aux soins, il sera autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires, ce qui lui était interdit jusqu'alors, et votre reste à charge augmentera. C'est ce qui risque de vous arriver si vous vous rendez chez l'un des quelque 1 000 radiologues de secteur 1 ayant souscrit un contrat d'accès aux soins. Au quotidien, pour éviter les mauvaises surprises, avant de vous rendre chez un médecin, vérifiez ses pratiques tarifaires sur [www.ameli-direct.fr](http://www.ameli-direct.fr). Après avoir inscrit son nom et sa profession dans la liste proposée, vous accéderez à ses tarifs pour les consultations et pour les principaux actes qu'il pratique. ||

ou de la prostate. D'autre part, les spécialistes qui souscrivent au dispositif bénéficient, de surcroît, d'un allègement de leurs cotisations sociales pour tous les actes et consultations facturés aux tarifs de la Sécurité sociale. Le montant versé en avril dernier aux médecins de secteur 2 signataires d'un contrat d'accès aux soins au 31 décembre 2013 a ainsi été de 5500 € en moyenne.

Malgré ces incitations, le contrat d'accès aux soins ne semble pas avoir atteint ses objectifs avec les chirurgiens. Comment l'expliquer ? Difficile de répondre car, dans les données de l'Assurance maladie dont nous disposons, rien ne permet de distinguer les praticiens qui ont souscrit un contrat d'accès aux soins des autres médecins. En mars dernier, les membres de notre Observatoire ont fait une demande auprès de la direction de l'Assurance maladie pour disposer de ces informations. Au moment où nous

bouclons ce numéro, aucune réponse ne nous est encore parvenue... Par d'autres sources, nous avons toutefois pu nous procurer des données qui nous permettent d'apporter des éléments de réponse.

### UN EFFET PERVERS SUR LES SPÉCIALISTES EN SECTEUR 1

Certes, une proportion non négligeable de chirurgiens a souscrit au contrat d'accès aux soins, de 9 % à 25 % selon les spécialités (hors chirurgie infantile, maxillo-faciale et stomatologie). Sauf qu'une partie d'entre eux - autour de 20 % pour chacune des spécialités que nous avons étudiées - est établie en secteur 1. En d'autres termes, ces chirurgiens qui, jusqu'à présent, ne pouvaient pas facturer de dépassements d'honoraires, sont désormais en mesure de le faire grâce au contrat d'accès aux soins. Ce "dommage collatéral" du nouveau dispositif n'affecte pas uniquement les chirurgiens.

Plus des trois quarts des radiologues ayant souscrit un contrat d'accès aux soins sont, eux aussi, installés en secteur 1. Jusqu'à présent, ces praticiens appliquaient exclusivement les tarifs de la Sécurité sociale. L'an dernier, ils ont facturé près de 30 millions de dépassements, contre 15 millions en 2012. Cet effet pervers du contrat d'accès aux soins, relevé aussi chez les cardiologues et les pneumologues, n'explique pas à lui seul pourquoi les dépassements d'honoraires des médecins spécialistes n'ont pas connu la baisse annoncée. Les dépassements encore très élevés que peuvent pratiquer les médecins, sans risquer de sanction, sont également en cause (voir encadré ci-dessus). Quoi qu'il en soit, le constat est là : pour la majorité de nos concitoyens, les dépassements d'honoraires se généralisent, se banalisent, même si les tarifs les plus scandaleux sont en retrait. ||

VICTOIRE N'SONDÉ