

Honoraires médicaux

# Un accord qui maintient les dépassements !

Les pouvoirs publics ont obtenu à l'arraché un accord sur les dépassements d'honoraires fin 2012 (paru au J. O. le 7 décembre dernier). Un protocole décevant qui maintient le principe des dépassements et donne peu de garantie sur la sanction réelle des abus !

repère

Depuis plus de 30 ans, à partir de la création du secteur 2 (honoraires libres) en 1980, la question des dépassements d'honoraires revient régulièrement sur le tapis. Cette fois-ci, pour endiguer une inflation qui pèse sur le reste à charge des patients, le gouvernement a poussé pour obtenir un accord. Après raidissements et rebondissements et autres menaces de légiférer, syndicats de médecins, Assurance maladie et complémentaires ont finalement signé un texte le 25 octobre dernier. Les associations d'usagers ont été exclues des négociations. Mais ce protocole maintient les dépassements d'honoraires et crée une procédure bien trop compliquée pour sanctionner vraiment les dépassements abusifs. Il ne faut pas s'attendre à une forte baisse du montant total des dépassements d'honoraires, mais, au plus, à un meilleur remboursement des patients.

**S**yndicats de médecins et Assurance maladie ont trouvé un accord le 25 octobre dernier pour encadrer les dépassements d'honoraires. Trois syndicats de médecins représentatifs ont décidé de le signer : CSMF, MG France et SML, ainsi que l'Unocam qui représente les complémentaires dont les mutuelles. Le but, pour le gouvernement, est d'endiguer une tendance qui pèse sur le reste à charge des assurés : les dépassements d'honoraires ont presque triplé entre 1990 et 2010 passant de 900 millions à 2,5 milliards. Un quart des médecins pratiquent des dépassements d'honoraires. Une réalité présente sur l'ensemble du territoire et non pas uniquement dans les zones surdotées en médecins comme la région parisienne. Dans le collimateur, les médecins de secteurs 2 (ceux qui ont

des honoraires libres). Pour la plupart, des spécialistes. Le montant moyen des dépassements a atteint 56 % du tarif de la Sécurité sociale en 2011, contre 25 % en 1990, avec de grandes disparités selon les départements (150 % à Paris par exemple).

## Vague

Mais l'accord obtenu par la ministre des Affaires sociales et de la Santé, Marisol Touraine (notre

lequel les professionnels qui pratiquent des honoraires libres s'engagent à les geler durant 3 ans. Enfin, il fixe une limite, de façon assez vague, aux dépassements excessifs (150 % du tarif de la Sécurité sociale). Dans ce cadre les patients devraient être mieux pris en charge. Mais, au final, de l'opinion même notamment du professeur André Grimaldi, diabétologue à la Pitié-Salpêtrière, tout cela

## Il ne faut pas s'attendre à une forte baisse du montant total des dépassements d'honoraires

interview), n'est pas celui que les associations de défense des usagers attendaient. D'ailleurs, elles ont été exclues des discussions. D'abord, cet accord maintient les dépassements d'honoraires, même s'il permettra sans doute une meilleure prise en charge des patients qui consultent en secteur 1. Et il crée une sorte de secteur 2 bis (nouveau contrat d'accès aux soins) dans

« revient à pérenniser le secteur 2, à augmenter le volume des dépassements et donc à donner un rôle de plus en plus important aux mutuelles et aux assureurs privés. » (Rue89) • Lire p 9.

## Portée

Au vu du protocole signé cet automne, il ne faut donc pas s'attendre à une forte baisse du montant total des dépassements d'honoraires, mais, >>>

## Associations exclues

Si les associations d'usagers étaient exclues des négociations, elles n'ont pour autant pas oublié de faire valoir leur point de vue. Ainsi, la FNATH a fait part de son désaccord face au texte signé entre syndicats de médecins, Assurance maladie et complémentaires. Notre association reproche une absence véritable de solution pour les dépassements d'honoraires ordinaires (de quelques dizaines d'euros) et une définition trop floue des dépassements excessifs : le seuil de dépassement de 150 % du tarif remboursé par la Sécurité sociale - présenté au début comme un plafond au-delà duquel des sanctions seraient prononcées - s'est finalement transformé en simple « repère ». De plus, les procédures imaginées sont bien trop compliquées pour espérer voir les dérives liées aux dépassements sanctionnées rapidement, systématiquement et efficacement. « La notion de dépassement abusif est morte. Une promesse de François Hollande est jetée à la poubelle », s'insurge le Ciss auquel adhère la FNATH. D'ailleurs, un sondage du Ciss rappelle que 80 % des Français ne trouvent pas « normal » que les médecins facturent des dépassements d'honoraires. (1)

(1) Sondage Viavoice pour le Ciss, octobre 2012.

## Honoraires : comment ça marche ?

On parle de dépassement d'honoraires lorsque les tarifs sont supérieurs aux tarifs conventionnés fixés par la Sécurité sociale. Les médecins libéraux du secteur 1, qui adhèrent à la convention médicale, pratiquent un seul tarif fixé par la « Sécu » : 23 euros pour un généraliste, 25 euros pour un spécialiste. Les médecins libéraux du secteur 2 pratiquent des honoraires libres. Le conventionnement ouvre aux assurés sociaux le droit au remboursement des soins à la condition que l'assuré ait un « médecin traitant » (parcours de soins).



**Nouvel accord du 25 octobre 2012 :** On est loin de l'ambition première qui était de limiter les dépassements d'honoraires pratiqués par les spécialistes installés en secteur 2 (honoraires libres).

>>> au plus, à un meilleur remboursement des patients, à condition que les médecins spécialistes optent en nombre suffisant pour ce nouveau contrat d'accès aux soins. On est loin de l'ambition première qui était de limiter les dépassements d'honoraires pratiqués par les spécialistes installés en secteur 2 (honoraires libres). La forte baisse des dépassements espérée n'aura donc pas lieu. Par contre, l'accord devrait stopper leur croissance exponentielle. En outre, les dépassements baisseront mécaniquement puisque des hausses de tarifs de Sécurité sociale sont programmées. Bref, le patient devrait être mieux remboursé sur sa part de Sécurité sociale.

### Du pour et du contre

Pour sa part, le président de la Mutualité française, Étienne Caniard, souhaite « donner sa chance à ce protocole que nous considérons comme un pari sur l'avenir. S'il ne fonctionne pas, il faudra bien sûr en

tirer les conséquences et prendre d'autres mesures. » La Mutualité, avec l'Unocam, a donc dit oui à cet accord ; un « oui, mais... restons vigilants », précise M. Caniard ! Car cet accord « constitue une première étape qui permet une prise de conscience du poids des dépassements d'honoraires dans les difficultés d'accès aux soins tout en cherchant, pour la première fois depuis 30 ans, à les diminuer plutôt que de les « solvabiliser ». » Les patients y gagneront, selon lui, « un dispositif qui permettra peu à peu de remplacer des dépassements d'honoraires par des tarifs opposables. » Ils y gagneront aussi « en visibilité sur le coût de leur consultation ». Cela limitera « surtout leur reste à charge ! » Jean-François Chadelat, président d'honneur du Fonds CMU, souligne quant à lui, l'intérêt évident de cet accord pour les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé (ACS) qui ne doivent ainsi plus subir de dépassement. Concernant l'accord dans

son ensemble, M. Chadelat y voit des avancées positives : « Cela fait 32 ans que l'on connaît ces problèmes de dépassement, depuis la création du secteur 2, en 1980. On vient de réaliser quelques progrès sur l'encadrement des dépassements excessifs, en remplaçant, par exemple, une mention vague (« tact et mesure ») par un chiffre précis (150 %). C'est déjà cela. En outre, ces problèmes ne relèvent plus seulement de l'Ordre des médecins. » Sans surprise, côté syndicats de médecins, qui n'ont pas tous signé, les réactions divergent. Le Bloc et la FMF estiment que chirurgiens et médecins ont été oubliés. Et parmi les signataires, on se félicite que l'accord préserve le secteur 2 et permette de revaloriser le secteur 1. Pour MG France, premier syndicat généraliste, on espère l'avènement d'un parcours de santé co-organisé avec le médecin traitant où le reste à charge doit être nul pour le patient. <>

Pierre LUTON

## Les principaux points de l'accord

### Contrat d'accès aux soins

Ce nouveau contrat rentre en vigueur au 1er juillet prochain. Il crée *de facto* un secteur « 2 bis » et s'adresse aux médecins à honoraires libres de même qu'aux médecins ayant le titre de chef de clinique du secteur 1. Il leur propose de geler leurs honoraires et de s'engager à ne pas augmenter leurs tarifs et à limiter leur taux moyen de dépassement qui ne devra pas dépasser 100 % du tarif de la Sécurité sociale, soit 56 euros (chez un spécialiste). Pour les urgences et les patients bénéficiaires de la CMU ou ceux disposant d'une attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), ils doivent pratiquer les tarifs de la « Sécu ». En échange, l'Assurance maladie remboursera mieux les dépassements (+ 20 % pour les patients). Ils bénéficieront aussi d'allègements de cotisations. Les complémentaires ne devraient plus prendre en charge les dépassements que dans ce cadre. Il faut qu'au moins 8 300 praticiens y adhèrent !

### Dépassements excessifs

Un taux maximum est certes fixé : 70 euros soit 150 % du tarif de la Sécurité sociale pour une consultation chez le spécialiste à 28 euros, normalement. Mais ce taux n'est qu'un « repère » parmi d'autres critères, telle que l'implantation géographique.

### Augmentation en secteur 1

Les tarifs des actes techniques des médecins augmenteront à partir du 1er juillet 2013, notamment dans le cadre de la prise en charge des insuffisants cardiaques et des personnes âgées. Les complémentaires de santé s'engagent à prendre en compte cette revalorisation.

### Observatoire

Le projet crée un observatoire composé d'experts désignés par l'Assurance maladie, les complémentaires de santé et les syndicats de médecins libéraux. Les associations d'usagers devraient y siéger en tant que personnes qualifiées. <>

### Patients : quels recours ?

« En cas de dépassement excessif, les patients pourront toujours continuer de saisir leur caisse, mais il faudra vérifier qu'on a bien affaire à un dépassement excessif, nous explique le service de presse de la Cnamts. Il faut attendre aussi la mise en place de la convention et du contrat d'accès aux soins (en juillet 2013). Les caisses effectueront des contrôles. »

[www.vosdroits.service-public.fr](http://www.vosdroits.service-public.fr)

## Interview

# “Des effets rapides”



Ministère des Affaires sociales/DICOM/PRM/SIPA

**Marisol Touraine est ministre des Affaires sociales et de la Santé.**

### Quels seront les premiers effets concrets de l'accord sur les dépassements d'honoraires ?

L'accord sur les dépassements d'honoraires aura des effets très rapidement. Tout d'abord, les personnes qui bénéficient de l'aide à la complémentaire santé (ACS) auront le droit, dès publication de l'accord, d'avoir des soins sans dépassement d'honoraires. On compte cinq millions de personnes concernées, et j'ai demandé à l'Assurance maladie de les informer chacune sur ce nouveau droit. Concrètement, j'ai aussi souhaité que les sanctions prévues par l'accord en cas de dépassement abusif soient mises en œuvre dès le premier semestre 2013. Il est fondamental de ne pas laisser perdurer ces dépassements abusifs.

### Combien de temps vous donnez-vous pour voir si ce système donne satisfaction ?

Nous verrons dans les tous prochains mois les résultats des premières sanctions : cela sera un élément important. Le deuxième enjeu portera sur la mise en place du contrat d'accès aux soins auquel doit adhérer un nombre suffisant de médecins. C'est une condition de l'accord, c'est pour moi une étape très importante

pour notre système de soins. Nous ne pourrions pas régler en un an toutes les difficultés qui se sont développées en 30 ans. Mais il est important de marquer des avancées concrètes pour les patients.

### Que vont vraiment gagner les malades ?

Lorsqu'ils iront consulter un médecin qui aura signé le contrat d'accès aux soins, les malades seront mieux remboursés. Pour les patients les plus précaires, ils auront le droit d'être soignés au tarif de la Sécurité sociale, même s'ils consultent un médecin de secteur 2. C'est le cas des personnes qui bénéficient de la CMU, ce sera aussi le cas pour les personnes qui ont droit à l'ACS.

### Est-ce vraiment important de revaloriser les honoraires des médecins en pleine crise ?

Il est important de valoriser la médecine de secteur 1 -c'est-à-dire celle qui ne pratique aucun dépassement. Il est également nécessaire de reconnaître le rôle du médecin traitant, dans la perspective de la réorganisation de notre système de soins autour de la médecine de proximité. Et je le répète, mettre fin aux dépassements abusifs, c'est permettre à tous les médecins de pratiquer leur métier dans un cadre budgétaire pérenne et transparent.

### Quelle garantie a-t-on sur la sanction réelle des dépassements excessifs ?

Les procédures de sanction sont en cours de lancement et j'en suivrai la mise en œuvre de très près. Mes priorités étaient claires lorsque j'ai lancé cette négociation et je les mettrai en œuvre.

Propos recueillis par  
Pierre Luton