

COMMUNIQUE DE PRESSE

Paris, le 21 mai 2015

Les dépassements d'honoraires des médecins toujours à la hausse

Le montant total des dépassements d'honoraires des médecins est toujours à la hausse, révèle une étude de l'Observatoire citoyen des restes-à-charge en santé*. En 2014, plus de 2,8 milliards d'euros ont été facturés aux patients au-delà des tarifs de l'Assurance maladie, en progression de 6,6% par rapport à 2012. Avec 2,5 milliards d'euros (+7,7%), les médecins spécialistes demeurent les principaux bénéficiaires de ces dépassements, toujours plus loin devant les généralistes qui eux voient leurs dépassements diminuer de 1,5 % à 300 millions d'euros (-1,5%).

Contrat d'accès aux soins : de l'effet bénéfique à l'effet d'aubaine

La mise en place du Contrat d'accès aux soins, en 2013, était censée contenir l'évolution des dépassements d'honoraires. Elle a certes permis de limiter certains excès, mais n'a pas enrayer l'augmentation globale du montant des dépassements des spécialistes. Au contraire, elle a contribué à les généraliser, puisque tous les médecins signataires d'un Contrat d'accès aux soins sont autorisés à en pratiquer. Y compris ceux qui sont établis en secteur 1 (lorsqu'ils disposent de certains titres, notamment ceux d'ancien chef de clinique ou d'assistant des hôpitaux), et qui jusqu'à présent pratiquaient leur activité aux tarifs de l'Assurance maladie. De nombreux radiologues et anesthésistes ont ainsi pu augmenter leurs honoraires, déjà élevés, grâce au Contrat d'accès aux soins.

Plus généralement, le Contrat d'accès aux soins a provoqué un effet d'aubaine chez nombre de spécialistes, qui bénéficient à la fois d'une prise en charge d'une partie de leurs cotisations et de la possibilité de facturer – ou de continuer à facturer - des honoraires relativement élevés (jusqu'à 2 fois le tarif de l'Assurance maladie, en moyenne sur l'ensemble de leur activité).

Vers une généralisation problématique des dépassements d'honoraires chez les spécialistes

Pour l'Observatoire citoyen des restes à charge en santé, qui regroupe le Collectif interassociatif sur la santé, 60 Millions de consommateurs et Santéclair, ces évolutions sont des plus inquiétantes. Elles risquent d'ouvrir la voie à une généralisation des dépassements d'honoraires des médecins spécialistes, et de rendre encore plus difficile l'accès aux soins de certains patients, pas ou peu couverts par leur assurance complémentaire. La fin du secteur 1 pour les spécialités médicales serait un changement structurel dans l'offre de soins. Ce serait le renforcement des inégalités d'accès aux soins, contraire à notre pacte social puisque le préambule de la Constitution prévoit que « *La Nation garantit à tous la protection de la santé* ».

Permettre l'accès aux données des signataires du contrat d'accès aux soins

L'Observatoire déplore enfin que la Caisse nationale d'Assurance maladie lui refuse l'accès aux données dont elle dispose sur le contrat d'accès aux soins pour permettre un suivi plus transparent de l'évolution de l'activité de ses signataires. Y aurait-il d'autres éléments dont elle ne souhaiterait pas la communication au public ? Alors que la démocratie sanitaire est regardée comme le troisième pilier de la stratégie nationale de santé, faut-il toujours devoir saisir les juges pour faire respecter le droit d'accès aux données de santé ?

***L'Observatoire citoyen des restes-à-charge en santé a été créé début 2013 par trois partenaires :**

- le Collectif interassociatif sur la santé (Ciss) regroupe quarante associations intervenant dans le champ de la santé, siège à l'Institut des Données de Santé et dispose de l'accès au SNIIRAM ;
- le magazine *60 Millions de consommateurs*, édité par l'Institut national de la consommation ;
- la société Santéclair, spécialisée dans l'information et l'orientation dans le système de soins, filiale de complémentaires santé.

Collectif interassociatif sur la santé

Marc Paris

01 40 56 94 42 / 06 18 13 66 95

communication@leciss.org

60 Millions de consommateurs

Anne Juliette Reissier

01 45 66 20 35

aj.reissier@inc60.fr

Santéclair

Céline Tamalet

01 47 61 21 36

ctamalet@santeclair.fr



Les dépassements d'honoraires des médecins toujours à la hausse

DOSSIER DE PRESSE

1/ UN RESTE A CHARGE QUI AUGMENTE, MAIS MOINS VITE QUE LA DEPENSE TOTALE	p. 3
2/ ZOOM SUR QUATRE SPECIALITES EN SECTEUR 2 : CHIRURGIENS, OPHTALMOS, GYNECOS, ORL	p. 6
3/ LE CONTRAT D'ACCES AUX SOINS : DE L'EFFET BENEFIQUE A L'EFFET D'AUBAINE	p. 9
4/ CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	p. 12
5/ L'OBSERVATOIRE CITOYEN DES RESTES A CHARGE EN SANTE	p. 14

NOTE METHODOLOGIQUE

L'essentiel des chiffres présentés dans ce dossier est issu de deux principales sources :

(1) Les données concernant les remboursements par l'Assurance maladie et les restes-à-charge avant intervention des complémentaires santé proviennent d'extractions issues du SNIIRAM (système national d'information inter-régime de l'Assurance maladie) auxquelles le CISS a accès en tant que membre de l'Institut des Données de Santé.

(2) Données générales sur la répartition, par secteur d'activité (secteur 1 / secteur 2) et par spécialité, des médecins signataires d'un CAS à fin février 2015 qu'a pu se procurer l'Observatoire citoyen des restes-à-charge en santé.

1/ UN RESTE A CHARGE QUI AUGMENTE, MAIS MOINS VITE QUE LA DEPENSE TOTALE

En 2014, les Français ont versé 42,5 milliards d'euros aux professionnels de santé exerçant à titre libéral (médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens dentistes, et auxiliaires médicaux -infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures podologues-), soit 5,8 % de plus qu'en 2012.

Sur ces 42,5 milliards d'euros, 29 milliards ont été remboursés par l'Assurance maladie (+ 6,9 %) et 13,5 milliards sont restés à la charge du patient et/ou de sa complémentaire (+ 3,4 %). Bonne nouvelle : la dépense remboursée a augmenté un peu plus vite que le total des honoraires facturés par les professionnels de santé, ce qui a permis une augmentation des restes-à-charge légèrement plus contenue à + 3,4%.

Le montant global des dépassements d'honoraires a augmenté de 8,5 %, passant de 7 milliards à 7,6 milliards d'euros. La part des dépassements dans le reste à charge a stagné (+ 0,1 point), passant de 56,5 à 56,6 %.

Chiffres globaux, tous professionnels de santé libéraux confondus :

	2012	2014	Evolution
Dépense présentée au remboursement (M€) <i>Total des montants facturés par les professionnels de santé libéraux reçu par l'Assurance maladie pour remboursement</i>	40 221	42 537	5,8 %
Dépense remboursée (M€) <i>Total des montants remboursés par l'Assurance maladie obligatoire</i>	27 156	29 034	6,9 %
Reste-à-charge (M€) <i>Différence entre le total des montants facturés reçus par l'Assurance maladie obligatoire et le total des montants qu'elle rembourse (il s'agit donc du reste-à-charge avant éventuel remboursement par les complémentaires santé)</i>	13 065	13 503	3,4 %

Détail par catégorie de professionnels de santé libéraux :

	Médecins Généralistes	Médecins Spécialistes	Total Médecins	Chirurgiens- Dentistes	Auxiliaires médicaux
Dépense présentée au remboursement (M€)					
2012	7 440	13 142	20 582	8 928	10 711
2014	7 551	13 852	21 403	9 017	12 117
<i>Evolution</i>	1,5 %	5,4 %	4,0 %	1,0 %	13,1 %
Dépense remboursée (M€)					
2012	5 530	9 154	14 684	3 239	9 233
2014	5 663	9 613	15 276	3 311	10 446
<i>Evolution</i>	2,4 %	5,0 %	4,0 %	2,2 %	13,1 %
Reste-à-charge (M€)					
2012	1 910	3 988	5 898	5 689	1 478
2014	1 888	4 239	6 127	5 706	1 671
<i>Evolution</i>	-1,2 %	6,3 %	3,9 %	0,3 %	13,1 %
Reste-à-charge moyen par acte (€)					
2012	6,6	15,9	11	52,3	1,6
2014	6,5	16,5	11,23	52,6	1,7
<i>Evolution</i>	-1,5 %	3,8 %	2,1 %	0,6 %	6,2 %
Part des dépassements dans le reste-à-charge					
2012	15,3 %	57,6 %	43,9 %	82,9 %	5,2 %
2014	15,5 %	59,4 %	45,9 %	83,2 %	5 %

Le reste à charge moyen par acte : une évolution variable selon les catégories de professionnels de santé

Le reste à charge par acte est un indicateur de suivi global, correspondant au montant à la charge de l'assuré après remboursement par l'Assurance maladie (ticket modérateur, participations forfaitaires et dépassements). Nous le calculons en divisant la somme à la charge des patients et/ou de leur complémentaire par le nombre d'actes, y compris ceux qui sont facturés sans dépassement.

Pour les médecins généralistes, il baisse en passant de 6,6 € à 6,5 € (- 1,5 %).

Pour les médecins spécialistes, il augmente en passant de 15,9 € à 16,5 € (+3,8%).

Pour les autres professionnels de santé, il stagne chez les dentistes mais à un niveau qui reste très élevé (52,6 euros / acte, + 0,6 % par rapport à 2012), alors qu'à l'inverse il augmente de façon assez conséquente chez les auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues) mais en restant à un niveau très peu élevé (1,7 euro/acte, + 6,2 par rapport à 2012).

Les dépassements d'honoraires des médecins : une augmentation globale de 6,6 % entre 2012 et 2014

<i>DH = dépassements d'honoraires</i>	DH <i>Montant total (M€)</i>	DH / médecin <i>Montant moyen (€)</i>	DH / acte <i>Montant moyen (€)*</i>	Part DH dans les honoraires
Généralistes (tous secteurs)				
2012	300	4 371	1,0	4,50 %
2014	296	4 192	1,0	3,89 %
<i>Evolution</i>	-1,33 %	-4,10 %	~ 0 %	
Spécialistes (secteur 1)				
2012	178	3 409	1,0	2,40 %
2014	212	4 134	1,2	2,83 %
<i>Evolution</i>	19,10 %	21,27 %	~ 20 %	
Spécialistes (secteur 2)				
2012	2 158	70 760	25,6	36,30 %
2014	2 303	69 894	25,3	35,67 %
<i>Evolution</i>	6,72 %	-1,22 %	~ -1,2 %	

* arrondi au dixième d'unité

Entre 2010 et 2012, les dépassements d'honoraires facturés par l'ensemble des médecins avaient augmenté de 6,4 %. La tendance s'est poursuivie entre 2012 et 2014, avec une nouvelle progression de 6,6%, les portant à plus de 2,8 milliards d'euros.

Avec 296 millions d'euros en 2014, les dépassements facturés par les généralistes ont légèrement baissé (-1,3%). Dans le même temps, les spécialistes ont augmenté leurs dépassements d'honoraires de 7,7 %, désormais supérieurs à 2,5 milliards d'euros, dont 91 % imputables aux spécialistes établis en secteur 2. En 2014, les patients ont ainsi versé près de 150 millions d'euros de dépassements d'honoraires de plus qu'en 2012 aux médecins spécialistes de secteur 2.

Par ailleurs, même si leur part demeure très minoritaire dans les dépassements d'honoraires globaux, ceux facturés par les médecins spécialistes exerçant en secteur 1 présentent des taux d'augmentation impressionnants... certainement liés au fait que, parmi eux, les médecins ayant signé un « contrat d'accès aux soins » peuvent maintenant facturer des dépassements d'honoraires tout en exerçant en secteur 1, ce qui n'était pas le cas auparavant (cf. partie 3 de ce dossier de presse).

Des constats qui nous amènent à formuler un bémol au "bilan positif" fourni par l'Assurance maladie en avril dernier !

... malgré une diminution des dépassements facturés par médecin

Entre 2012 et 2014, le montant moyen d'honoraires en dépassement perçu par chaque spécialiste du secteur 2 a pourtant légèrement régressé, passant de 70 760 euros à 69 894 euros par médecin et par an (-1,22 %). La part des dépassements dans les honoraires totaux des spécialistes de secteur 2 est ainsi passée de 36,3 % à 35,7 %.

Des dépassements en hausse au niveau collectif, mais en baisse au niveau individuel... Pour expliquer ce paradoxe, deux éléments peuvent être retenus :

- D'une part, l'augmentation du nombre de médecins appliquant des dépassements d'honoraires : en 2014, 43 % des spécialistes exercent en secteur 2, contre 41,1% en 2012. Auxquels s'ajoutent dorénavant les médecins exerçant en secteur 1 signataires d'un contrat d'accès aux soins.
- D'autre part, un effet de plafonnement des dépassements les plus excessifs, plafonnement qui reste à chiffrer plus précisément.

Ainsi, nous pouvons nous réjouir de la limitation de certains dépassements excessifs. Mais cette limitation ne peut pas masquer le mouvement de fond que représente la généralisation rampante des dépassements d'honoraires chez les médecins spécialistes.

Lors d'une précédente étude de l'Observatoire des restes à charge en santé, réalisée en 2013 à partir des données disponibles pour l'année 2012, nous avons étudié plus spécifiquement quatre spécialités particulièrement concernées par les dépassements d'honoraires, les médecins y étant plus nombreux en secteur 2 qu'en secteur 1 : chirurgie, gynécologie/obstétrique, ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie (ORL).

Deux ans après, nous avons voulu voir comment la situation avait évolué pour chacune de ces spécialités.

Chirurgiens : + 10 % en deux ans

En 2014, les chirurgiens demeurent les médecins dont la rémunération est la plus liée aux dépassements d'honoraires, tant en pourcentage de praticiens concernés qu'en montant des dépassements facturés.

Entre 2012 et 2014, les dépassements d'honoraires des chirurgiens de secteur 2 sont passés de 595 à 651 millions d'euros, soit une progression de 10 %.

Cette augmentation résulte à la fois de l'augmentation du nombre de praticiens en secteur 2 (5 600, soit + 4 %), du nombre d'actes qu'ils ont pratiqués (13 millions, soit + 7 %) et du montant moyen de dépassement par acte (49,90 €, soit + 2%).

CHIRURGIENS SECTEUR 2	2012	2014	<i>Evolution</i>
Montant de la dépense présentée au remboursement (M€)	1 548	1 687	9 %
Nombre de médecins (référence : ayant eu une activité au cours du mois de novembre 2012 VS novembre 2014)	5 440	5 648	4 %
Nombre d'actes	12 173 820	13 039 665	7 %
Montant des dépassements (M€)	594	651	10 %
Montant des dépassements par acte (€)	48,8	49,9	2 %
Part des dépassements dans les honoraires	38,4 %	39 %	

Nota : le regroupement "chirurgie" comprend les chirurgiens de toutes les spécialités, en dehors de la chirurgie dentaire : chirurgie générale, infantile, maxillo-faciale, maxillo-faciale et stomatologie, orthopédique et traumatologique, plastique reconstructive et esthétique, thoracique et cardio-vasculaire, urologique, vasculaire et digestive, neurochirurgie.

Ophtalmologues : hausse du nombre d'actes, baisse du dépassement par acte

Les dépassements d'honoraires des ophtalmologues de secteur 2 ont augmenté de 8% entre 2012 et 2014, passant de 361 à 389 millions d'euros.

Le dépassement moyen par acte a cependant diminué de 4 %, passant de 19,70 € à 18,90 €. Mais cette baisse a été annulée par l'augmentation importante du nombre d'actes réalisée par les ophtalmologues de secteur 2 (20,5 millions en 2014 contre 18,3 millions en 2012, soit une augmentation de 12 %).

OPHTALMOLOGUES SECTEUR 2	2012	2014	<i>Evolution</i>
Montant de la dépense présentée au remboursement (M€)	959	1 059	10 %
Nombre de médecins (référence : ayant eu une activité au cours du mois de novembre 2012 VS novembre 2014)	2 698	2 748	2 %
Nombre d'actes	18 312 203	20 533 773	12 %
Montant des dépassements (M€)	361	389	8 %
Montant des dépassements par acte (€)	19,7	18,9	-4 %
Part des dépassements dans les honoraires	37,7 %	36,7 %	

Gynécologues obstétriciens et oto-rhino-laryngologues : une augmentation contenue

Avec 300 millions d'euros en 2014, la hausse des dépassements d'honoraires des gynécologues obstétriciens de secteur 2 est contenue à 2 % depuis 2012. Le dépassement par acte est en régression, passant de 31,20 € à 29,70 € (- 5 %), et le nombre d'actes en augmentation de 7 %, à 10,1 millions en 2014.

Chez les ORL de secteur 2, le montant du dépassement par acte est quasi stable, passant de 20,50 € à 20,70 € (+ 1 %). Pour autant, le montant total des dépassements facturés augmente de 4%, à 96 millions d'euros, en raison là aussi de l'augmentation du nombre d'actes (+ 3 %).

GYNECOLOGUES OBSTETRICIENS SECTEUR 2	2012	2014	<i>Evolution</i>
Montant de la dépense présentée au remboursement (M€)	659	691	5 %
Nombre de médecins (référence : ayant eu une activité au cours du mois de novembre 2012 VS novembre 2014)	3 194	3 207	0 %
Nombre d'actes	9 451 549	10 115 169	7 %
Montant des dépassements (M€)	295	300	2 %
Montant des dépassements par acte (€)	31,25	29,71	-5 %
Part des dépassements dans les honoraires	44,8 %	43 %	

ORL SECTEUR 2	2012	2014	<i>Evolution</i>
Montant de la dépense présentée au remboursement (M€)	277	291	5 %
Nombre de médecins (référence : ayant eu une activité au cours du mois de novembre 2012 VS novembre 2014)	1 318	1 339	2 %
Nombre d'actes	4 497 171	4 633 735	3 %
Montant des dépassements (M€)	92	96	4 %
Montant des dépassements par acte (€)	20,5	20,7	1 %
Part des dépassements dans les honoraires	33,2 %	33 %	

Instauré fin 2012 par avenant à la convention médicale liant les médecins libéraux à l'Assurance maladie, le Contrat d'accès aux soins (CAS) est entré en vigueur le 1er décembre 2013. Il a notamment pour objectif de limiter les dépassements d'honoraires des médecins. En contrepartie d'un engagement à une - relative - modération, les médecins signataires bénéficient notamment d'une prise en charge d'une partie de leurs cotisations sociales sur la part de leur activité réalisée sans dépassements d'honoraires. Dans certaines spécialités, ils bénéficient également d'une revalorisation des tarifs de remboursement de l'Assurance maladie (identiques aux tarifs en vigueur pour les médecins de secteur 1) pour une partie de leurs actes techniques et de consultation.

Au 31 décembre 2014, un peu plus de 11 000 médecins avaient signé un CAS. Il serait tout à fait intéressant d'analyser spécifiquement l'activité de ces médecins, pour évaluer précisément l'impact du CAS. Mais, malgré nos demandes formelles auprès de l'Assurance maladie, nous n'avons à ce jour pu obtenir les données liées au CAS via l'accès pourtant officiel aux données du SNIIRAM dont dispose le CISS en tant que membre de l'Institut des Données de Santé (IDS).

Faute d'une analyse précise, l'Observatoire a procédé par recoupements pour mesurer l'impact du CAS, à partir des données habituelles dont le CISS dispose en tant que membre de l'IDS (dépassements d'honoraires des professionnels de santé, par spécialités et en fonction de leur secteur d'exercice – secteur 1 / secteur 2) et de données qu'il s'est procurées concernant la démographie médicale des signataires d'un CAS en février 2015 (recensant un peu plus de 11 400 signataires).

Premier constat : en secteur 2, les principaux responsables des dépassements d'honoraires ne sont pas forcément les principaux signataires du CAS

En effectifs, les principaux signataires des CAS sont les médecins généralistes : on en dénombre un peu plus de 2600. Rapporté au nombre total de généralistes (90 000, dont 52 000 libéraux), ce chiffre doit cependant être relativisé : moins de 3 % des généralistes ont signé un CAS.

Autre point notable, il s'agit dans l'immense majorité des cas (97 %) de généralistes déjà établis en secteur 2, pourtant peu représentés dans la population des généralistes.

Chez les spécialistes, les principaux signataires d'un CAS se retrouvent chez :

- les radiologues (1 341 signataires),
- les chirurgiens (1 155 signataires, toutes spécialités confondues),
- les gynécologues (668 signataires),
- les cardiologues (647 signataires),
- les anesthésistes (607 signataires),
- les psychiatres (583 signataires),
- les gastro-entérologues (498 signataires).

On constate ainsi que les spécialités pour lesquelles les dépassements d'honoraires sont les plus élevés ne correspondent pas forcément à celles qui ont été les plus nombreuses à signer un CAS.

Si l'on rapporte le nombre de signataires d'un CAS à l'effectif des médecins exerçant à titre libéral, on constate aussi des différences notables d'une spécialité à l'autre : le pourcentage de signataires est de l'ordre de 24 % chez les radiologues, 18 % chez les chirurgiens et 15 % chez les gastro-entérologues. Il est en revanche inférieur à 9 % en psychiatrie générale et 7 % en ophtalmologie.

Deuxième constat : chez certains spécialistes de secteur 1, le CAS semble avoir provoqué un effet d'aubaine

Une des surprises de cette étude a été de voir l'importance des spécialistes de secteur 1 ayant souscrit un CAS : 3 344 au total, soit 30 % des signataires tous médecins confondus (et 40 % des spécialistes signataires, si on met de côté les généralistes pour lesquels le problème des dépassements d'honoraires ne se pose pas réellement puisqu'ils exercent toujours à 90 % en secteur 1). Ainsi, en deux ans, ce sont donc 3 344 spécialistes supplémentaires qui ont ainsi été autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires... sans compter tous les spécialistes nouvellement installés en libéral et ayant choisi le secteur 2.

Parmi les 1155 chirurgiens signataires d'un CAS, 324 sont ainsi en secteur 1, soit 28 %. La proportion de professionnels établis en secteur 1 parmi les signataires d'un CAS atteint des taux record en radiologie (77 %), néphrologie (70 %), anatomie cyto-pathologie (68 %) ou anesthésie (54 %).

L'exemple des radiologues est particulièrement frappant : cette profession bénéficie de tarifs de l'Assurance maladie élevés, et en conséquence des revenus nets parmi les plus élevés de toutes les disciplines médicales, sans qu'il soit besoin de pratiquer des dépassements d'honoraires.

Plus de 1 000 radiologues en secteur 1 ont signé un CAS - et bénéficié, à ce titre, des aides de l'Assurance maladie tout en se voyant ouvrir le droit à facturer des « dépassements d'honoraires mesurés ». Entre 2012 et 2014, les dépassements d'honoraires facturés par les radiologues de secteur 1 sont ainsi passés, sans doute par simple effet d'aubaine, de 16 millions d'euros à 30 millions d'euros.

Dans certains départements, le montant annuel des dépassements facturés en moyenne par chaque radiologue de secteur 1 a littéralement explosé. C'est le cas par exemple en Indre-et-Loire, où il est passé de 184 € à 5 454 €, en Isère de 207 € à 5361 €, ou en Haute-Loire de 355 € à 5310 €.

Ce chiffre moyen tient compte des dépassements totaux répartis sur l'ensemble des radiologues de secteur 1 du département. Il serait certainement beaucoup plus élevé si on pouvait obtenir les données des seuls radiologues de secteur 1 ayant signé un CAS.

Une autre spécialité évocatrice pour le grand public : les anesthésistes. Ils sont plus de 600 à avoir signé un CAS, parmi lesquels plus de 300 exercent en secteur 1. En parallèle, on constate que le montant total des dépassements d'honoraires facturés par les anesthésistes en secteur 1 est passé de 33 millions d'euros en 2012 à 42 millions en 2014, soit une augmentation de près de 30 %.

Comme pour les radiologues, le montant annuel des dépassements facturés en moyenne par chaque anesthésiste de secteur 1 a connu une inflation exponentielle puisqu'il partait de très bas, s'agissant de médecins exerçant en secteur 1. Ainsi, dans les Hautes-Pyrénées il est passé de 19,5 euros par an à 4 065 euros par an, et dans la Somme de 19,5 euros à 10 850 euros. Et il a continué à augmenter dans certains départements où il était déjà élevé pour des médecins de secteur 1, comme à Paris où le montant de dépassements annuel moyen par anesthésiste de secteur 1 passe de 15 845 euros en 2012 à 20 019 euros en 2014, ou les Alpes-Maritimes (de 12 979 à 19 566 euros), mais aussi dans des départements moins habitués aux dépassements élevés comme le Pas-de-Calais, où le montant passe en moyenne de 6 485 euros à 13 943 euros (+ 115 %).

Notre principale conclusion vise les effets du « contrat d'accès aux soins » qui nous semblent en l'état beaucoup trop relatifs et mitigés pour constituer une solution viable aux problèmes d'accès aux soins que posent les dépassements d'honoraires

- D'abord parce que, chez les médecins spécialistes exerçant en secteur 2, ces dépassements n'ont globalement pas baissé. Ils se sont au mieux stabilisés, alors qu'ils étaient déjà à un niveau élevé... certainement du fait que le plafond fixé à 100 % du tarif de la sécurité sociale (plafond qui, de plus, est calculé en moyenne sur l'ensemble des actes d'un médecin ayant signé un CAS et non pas sur chaque acte pris séparément) est vraisemblablement trop élevé.
- Ensuite parce que de nombreux médecins spécialistes exerçant en secteur 1 sont également signataires d'un contrat d'accès aux soins, et que cela se traduit par une augmentation notable des dépassements au sein de ce secteur d'activité qui en était jusqu'à présent quasiment épargné. 3 344 spécialistes de secteur 1 sont signataires du CAS, soit 40 % de l'ensemble des spécialistes ayant opté pour ce contrat.

Nos recommandations

- **Ne surtout pas généraliser le contrat d'accès aux soins et ajuster à la baisse le plafond de dépassements d'honoraires autorisé dans son cadre.**
Ouvrir le contrat d'accès aux soins à tous les médecins exerçant en secteur 1 se traduirait inévitablement, à plus ou moins court terme, par la généralisation des dépassements d'honoraires. Pour ceux ayant accès au CAS, la limitation du montant de leurs dépassements passera forcément par la baisse du plafond moyen autorisé car on voit qu'à son niveau actuel il ne permet au mieux qu'une stagnation du montant des dépassements facturés.
- **Poursuivre la diversification des modes de rémunération et informer le public sur la multiplicité des sources de revenus des professionnels.**
La rémunération des médecins doit intégrer plus favorablement les mécanismes de forfait, notamment pour toutes les pathologies chroniques. Elle doit être abordée globalement lors de la négociation de la convention médicale. Et le citoyen doit être informé plus activement des composantes de cette rémunération afin, dans une perspective de plus grande démocratie sanitaire, d'apporter plus de transparence et d'objectivité aux débats que ces questions soulèvent.
- **Ouvrir les négociations conventionnelles aux différentes parties prenantes.**
Les négociations conventionnelles entre les représentants des professionnels de santé libéraux et ceux de l'Assurance maladie doivent s'ouvrir à l'ensemble des parties prenantes dans la prise en charge financière des rémunérations de ces professionnels. De la même façon que l'Union des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) est dorénavant admise au sein de ces négociations, l'organisation représentative des usagers prévue par l'article 1 de modernisation du système de santé doit y participer.

- **Rendre accessibles les données sur le CAS selon les mêmes modalités que les autres données du SNIIRAM.**

Il est indispensable que le dispositif du contrat d'accès aux soins puisse être évalué de manière transparente et indépendante, non seulement sous l'angle des dépassements d'honoraires et des restes-à-charge mais aussi dans une approche macro-économique par rapport à ce que coûte ce dispositif à la CNAM ainsi qu'aux complémentaires santé et aux usagers. Ceci suppose l'accès notamment aux données du SNIIRAM concernant le contrat d'accès aux soins.

Alors que dans la loi de modernisation du système de santé, notre pays entend renforcer le droit d'accès aux données de santé, il est inacceptable que l'Assurance maladie continue à s'opposer à l'accès aux données agrégées permettant de suivre au sein de chaque département l'évolution des pratiques tarifaires des médecins ayant signé un CAS. Il ne s'agit pas d'appliquer le droit futur issu de la loi Touraine, mais d'appliquer le droit existant aujourd'hui sans contraindre la société civile à saisir les juges pour faire respecter des droits qui lui sont d'ores et déjà reconnus, et seront renforcés demain.

L'Observatoire citoyen des restes à charge en santé a été créé fin 2012 par le Collectif interassociatif sur la Santé, 60 Millions de consommateurs et Santéclair, afin de disposer de données objectives permettant d'assurer un suivi documenté de l'évolution des restes à charge.

Il s'appuie sur les données de l'Assurance maladie, auxquelles le CISS a accès en tant que membre de l'Institut des données de santé (IDS).

En deux ans, il a réalisé les études suivantes sur :

- dépassements d'honoraires des médecins (mai 2013)
- les tarifs dentaires (novembre 2013)
- les tarifs hospitaliers (mai 2014)
- les dispositifs médicaux (novembre 2014).



Collectif Interassociatif Sur la Santé

Collectif Interassociatif Sur la Santé – CISS

Le CISS regroupe 40 associations nationales intervenant dans le champ de la santé à partir des expériences complémentaires de personnes malades et en situation de handicap, de consommateurs, de familles et de personnes âgées. Ses missions sont de représenter et défendre les intérêts communs de tous les usagers du système de santé, de former les acteurs associatifs représentant les usagers dans les instances hospitalières et de santé publique, d'observer et de veiller au bon fonctionnement et à l'équité du système de santé, et enfin d'informer et de communiquer qui constituent deux piliers de son action militante. Qu'il s'agisse des droits en matière de recours aux soins ou des revendications pour placer l'humain au cœur du système de santé, le CISS se veut porte-parole et conseil de chacun des usagers, dans une démarche collective et solidaire pour garantir l'accès de tous à des soins de qualité.

Des collectifs existent aussi en région.

www.leciss.org, et Santé Info Droits 0 810 004 333, la ligne d'information du CISS.



60 millions de consommateurs

60 millions de consommateurs est édité par l'Institut national de la consommation (INC), établissement public à caractère industriel et commercial, dont l'une des principales missions est de « regrouper, produire, analyser et diffuser des informations, études, enquêtes et essais ». Sans publicité commerciale, à l'abri de toute pression, le magazine informe depuis plus de 40 ans les consommateurs et usagers du système de santé. Il est rédigé par une équipe de journalistes spécialisés, qui s'appuient sur le

travail des experts de l'INC (ingénieurs, juristes, économistes, documentalistes...).



Santéclair

Santéclair est une société spécialisée dans l'information et l'orientation des usagers qui travaille pour les complémentaires en les accompagnant dans l'amélioration de la prise en charge de leurs

assurés santé. Plus d'une quarantaine de compagnies d'assurance, mutuelles, courtiers ou institutions de prévoyance font déjà confiance à Santéclair, dont ses 4 actionnaires : Allianz, MAAF-MMA, IPECA et la Mutuelle Générale de la Police.

Santéclair s'appuie sur 10 ans d'expérience dans la gestion du risque santé, au bénéfice de 6,6 millions d'assurés.

Contact : contactpresse@santeclair.fr – 01.47.61.21.36