

LE SYSTÈME DE SANTÉ EN QUESTION

par Élisabeth Labaye

DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

Alors que les honoraires de certains médecins du secteur 2* ont depuis longtemps dépassé le «tact et la mesure», et que l'accès aux soins s'en trouve largement affecté, un accord qualifié d'historique est intervenu entre la caisse d'assurance maladie, les organisations représentatives de médecins, et l'UNOCAM (union nationale des organismes complémentaires). L'objectif affiché: faire diminuer ces dépassements, qui représentent aujourd'hui 2,4 milliards d'euros !

Le contenu de l'accord

L'accord prévoit deux dispositifs qui seront mis en place au 1er Juillet 2013 si 30 % des médecins concernés y adhèrent:

- la création d'un contrat d'accès aux soins proposé aux médecins du secteur 2
- la mise en place de sanctions pour des dépassements qui seraient abusifs

Le préambule de l'accord indique que l'objectif du contrat d'accès aux soins est de « *mieux rembourser les patients et développer l'activité à tarif opposable* ». Ce contrat devrait permettre de réduire « *le reste à charge des patients au fur et à mesure de la mise en œuvre de la revalorisation des tarifs de remboursement et de la baisse des dépassements* »

Les praticiens qui adhèrent à ce dispositif pour une durée de trois ans, s'engagent à diminuer leurs dépassements d'honoraires en proportion des revalorisations tarifaires qui interviendront sur la période en échange d'une prise en charge de leurs cotisations sociales. Leurs actes seront remboursés sur une base revalorisée au niveau du secteur 1 (base inférieure actuellement).

Aucune obligation de prise en charge de dépassements d'honoraires par les complémentaires n'est inscrite dans le dispositif mais celles-ci compléteront « *à hauteur de 150 millions d'euros* » le financement par l'assurance maladie des revalorisations tarifaires et de l'instauration de forfaits (par exemple 5 euros pour la prise en charge de chaque patient de plus de 85 ans), dont le montant devrait s'élever à plus de 300 millions d'euros. Ces mesures seront réservées aux médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins : les

*Il existe 2 secteurs :

- *Le secteur 1, secteur à tarifs opposables : les médecins doivent appliquer les tarifs négociés avec les caisses d'Assurance maladie et sur lesquels sont basés les remboursements des assurés. En contrepartie ces médecins bénéficient de la prise en charge d'une partie de leurs cotisations sociales par l'Assurance maladie.*
- *Le secteur 2, à dépassements d'honoraires : les médecins ont le droit de pratiquer des dépassements d'honoraires non remboursés par l'Assurance-maladie (sauf pour les patients bénéficiaires de la CMU). Le secteur 2 a été mis en place en 1980, il était alors ouvert à tous les médecins. En 1990, l'accès au secteur 2 a été réservé aux praticiens nouvellement installés ayant des titres hospitaliers (anciens chefs de clinique notamment). Ce secteur a été ré-ouvert en 2004 (loi Douste-Blazy)*

médecins éligibles sont ceux qui ne pratiquent pas de dépassements de plus de 100 % du tarif de la Sécurité sociale, soit 56 euros pour une consultation de spécialiste. Une fois adhérents au contrat, ils ne pourront pas pratiquer de dépassements d'honoraires pour les consultations des bénéficiaires de la CMU et des patients ayant droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

Des sanctions sont prévues pour ceux qui dépasseraient de 150% le tarif opposable, un simple « repère » des « pratiques tarifaires excessives ». L'assurance-maladie avait initialement proposé un taux inférieur.

Certains syndicats de spécialistes et chirurgiens libéraux ont lancé un mot d'ordre de grève à partir du 12 Novembre pour protester contre ce qu'ils estiment être un plafond de dépassement « trop bas ».

Selon un sondage réalisé par Viavoice, un tiers des Français juge un dépassement abusif à partir de 50% du tarif de la Sécurité sociale (soit une consultation chez un médecin spécialiste à 42 euros au lieu de 28 euros sans dépassement). Pour 36% d'entre eux, «*tout dépassement est abusif*». En cas de dépassement abusif, pour 37% des Français, les éventuelles sanctions doivent être du ressort de la Sécurité sociale, en concertation avec des représentants de médecins. Seuls 7% d'entre eux estiment que les médecins ne doivent pas être sanctionnés pour ce motif.

Quelle analyse ?

L'un des problèmes majeurs de notre système de santé — pourtant l'un des meilleurs du monde — est le taux élevé de renoncements aux soins : d'environ 10% en 2002, il est passé à 15,4 % en 2008. Certes, c'est un indicateur complexe car les renoncements ont des causes multiples : géographique (éloignement d'une structure de soins) ; psychologique ; peur de la révélation d'un diagnostic ou de la souffrance ; manque de temps pour des soins ; faiblesse de la prévention ; mais aussi et peut-être surtout cause financière qui a pour conséquence l'abandon des soins dentaires en premier lieu, puis de la lunetterie et des consultations de médecins généralistes et spécialistes (3,4%). Selon l'étude de l'IRDES, les femmes renoncent plus fréquemment à se faire soigner que les hommes, le taux de renoncement augmente de façon continue de 18 à 40 ans, se stabilise entre 40 et 50 ans avant de diminuer progressivement. La faiblesse du pouvoir d'achat, l'origine sociale et l'absence de mutuelle constituent selon cette étude des facteurs essentiels.

Les dépassements en sont responsables pour une part croissante.

En effet, si seulement 11 % des généralistes font des dépassements, c'est le cas de 40% des spécialistes. De ce point de vue, si l'on comprend bien que la suppression de tous les dépassements ne peut se faire d'un seul coup, les faiblesses de l'accord apparaissent pour autant très importantes : pas de réelle sanction et l'indication des 150% n'est de fait qu'un « repère » de toutes façons très élevé et qui ne concerne qu'une minorité de spécialistes ou chirurgiens.

Il faut rappeler que la moyenne actuelle des dépassements d'honoraires en secteur 2 est de 85%, que ces praticiens facturent déjà 34% de leurs actes au

tarif opposable. L'accord ne changera donc pas grand-chose sur ce plan. Il est cependant positif pour les 4,7 millions de patients éligibles à l'aide à la complémentaire santé (ACS) qui ne paieraient pas plus que le tarif opposable, comme les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU). En espérant que la scandaleuse pratique de certains spécialistes consistant à refuser un rendez-vous à ces personnes cesse effectivement...

On est en tout cas loin de l'objectif que s'étaient fixé les OS et la Mutualité dans leur communiqué commun en Avril dernier : aller très vite vers la suppression des dépassements d'honoraires.

Ouvrir une négociation globale sur la rémunération et l'installation des médecins

Si cet accord est de si faible niveau, au-delà du forçage de certains syndicats de médecins, c'est qu'il ne s'attaque pas globalement au problème et se condamne donc à des décisions marginales.

Selon la DREES un médecin gagnait en moyenne en 2008 8.117 euros, un chiffre qui masque d'énormes disparités. En 2011, un quart des anesthésistes affichait 31.247 euros mensuels alors qu'un généraliste déclarait en moyenne 6.572 euros de revenu net mensuel.

Faire évoluer le système de santé, c'est réfléchir aux études médicales, à l'installation, mais aussi à la rémunération des médecins et au mode d'exercice de ceux-ci. Leur rémunération doit sans doute être revalorisée. Seuls des tarifs opposables conséquents permettront la disparition des dépassements et l'égalité d'accès aux soins. Cela suppose de poser clairement aussi la question des modalités de rémunération et de développer une médecine salariée que de nombreux jeunes praticiens semblent aujourd'hui ne pas rejeter. Les économies réalisées sur une médecine moins productiviste en actes et en ordonnances permettraient de revaloriser les tarifs opposables des actes médicaux.

Le secteur 1 doit redevenir très vite attractif pour les jeunes médecins. Mais ceux-ci comme leurs aînés doivent s'engager sur de nouvelles modalités d'exercice mieux articulées avec les autres professionnels de santé, prendre en charge de manière forfaitisée un suivi global des patients, travailler dans des centres de santé...

En tout état de cause, comme le demande Marie Kaiser du SMG « le débat sur les dépassements d'honoraires doit sortir du huis clos entre médecins, assurance maladie et complémentaires santé, et faire l'objet d'un débat démocratique. C'est la loi qui devrait déterminer le niveau de protection sociale des citoyens et les choix de santé publique».

Elizabeth Labaye

DES RÉACTIONS :

La Fnath (accidentés de la vie), regrette que le seuil de dépassement de 150 % du tarif remboursé par la Sécurité sociale, qui était présenté au début comme un plafond au-delà duquel des sanctions seraient prononcées, ait été finalement transformé en simple « repère ».

Pour le **CISS**, il s'agit «d'un accord illisible».

La CGT estime que cet accord est «un leurre». «En effet, aucune contrainte réelle n'empêchera les médecins de continuer à pratiquer des dépassements. La signature d'un «contrat de bonne pratique» est laissé au libre choix du médecin, en dehors de ce dispositif aucun plafond n'est fixé, aucun système de sanction efficace n'est mis en place...En bref, les assurés sociaux vont continuer de payer et leur reste à charge d'augmenter»

La CFDT considère que «le compte n'y est pas, notamment sur la régulation des dépassements en secteur 2». Elle estime que «la collectivité se doit d'être exigeante à la fois sur la réponse apportée en termes de soins à la population et sur le niveau des tarifs pratiqués par les professionnels de santé ».Elle demande que « les effets de cette nouvelle convention soient évalués au bout d'un an »

Pour **Etienne Caniard, président de la FNMF**, le contrat d'accès aux soins prévu par cet accord « est un dispositif utile puisqu'il conduit à une réduction des dépassements en les remplaçant par des tarifs remboursables ». Il estime que la mise en place de ce dispositif pourra «marquer un coup d'arrêt et inverser la tendance après 30 ans de dérive, pour contribuer à une diminution des dépassements d'honoraires»

Pour **Thierry Beaudet, président de la MGEN**, «Le dispositif proposé peut marquer un coût d'arrêt à l'inflation continue des dépassements d'honoraires, qui frôlent les 2,5 milliards d'euros par an. Mieux, il pourrait contribuer à inverser la tendance après trente ans de dérive. Il pourrait permettre de regagner du terrain, de commencer à faire reculer le renoncement aux soins, par un retour, à terme, à des tarifs "opposables", c'est-à-dire remboursables complètement, sans reste à charge ». Mais -ajoute-t-il- « notre enthousiasme est plus que limité. Ce n'est pas un tournant majeur. Ce n'est pas un accord historique. C'est un pari *a minima*... « Notre objectif politique demeure l'extinction du secteur 2. Il n'est pas de rembourser des dépassements d'honoraires sans contrepartie mais de les remplacer peu à peu par des tarifs remboursables permettant à la fois une juste rémunération des médecins et un zéro renoncement aux soins pour les assurés sociaux».