Problèmes d'accès aux soins liés aux dépassements d'honoraires : Point de situation en Lorraine

Conférence de presse
Le 07 octobre 2008

SOMMAIRE

Communiqué de presse **page1**

Première partie : rappel des règles **page 2 et 3**

Deuxième partie : la situation en Lorraine **page 4 à 7**
- Un problème d'accès aux soins page 4
- Qui pratique les dépassements page 5
- Evolution des dépassements page 6 et 7

Troisième partie :
Quel recours pour les assurés ? **page 8 à 11**

Annexe : Analyse sur trois spécialités **page 12 à 26**
(les ORL, les ophtalmologistes, les gynécologues)

Communiqué de presse
Metz, le 07-10-2008

PROBLEMES D'ACCES AUX SOINS LIES AUX DEPASSEMENTS D'HONORAIRES : POINT DE SITUATION EN LORRAINE

L'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) de Lorraine réagit face aux dépassements d'honoraires et met en place un observatoire des dépassements.

Selon un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), les dépassements d'honoraires représentaient en 2005, 2 milliards d'euros (sur 18 milliards d'euros totaux). Ils ont progressé de plus de 40 % en dix ans en valeur réelle. Les deux tiers pèsent directement sur les ménages, après intervention des organismes d'assurance complémentaire, menaçant l'égalité d'accès aux soins.

Consciente du frein à l'accès aux soins que peut représenter ces dépassements, l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) de Lorraine informe les assurés et a mis en place un observatoire des dépassements.

Cet observatoire a pour objectif de suivre l'évolution des dépassements d'honoraires de notre région et de mettre en évidence les pratiques tarifaires de certaines spécialités.

Les premiers résultats montrent que le montant des dépassements en Lorraine est relativement peu important en secteur 1 mais représente en moyenne 29,64% en secteur 2.
Le montant des dépassements varie aussi selon la spécialité du praticien. Les spécialités chirurgicales pratiquent des dépassements de plus de 25% du montant des honoraires. Pour les spécialités les plus « courantes » telles que l'ORL, l'ophtalmologie et la gynécologie, les dépassements se situent autour de 15 %.

Par ailleurs, l'Assurance Maladie enrichit l'information des assurés sur Internet et par téléphone. En effet, sur le site www.ameli.fr, les assurés peuvent consulter un annuaire avec les coordonnées et les tarifs des professionnels de santé, savoir s'ils sont de secteur 1 ou 2 ou encore s'ils prennent la carte vitale. Ses renseignements sont également disponibles par téléphone en composant le 3646 (prix d'un appel local depuis un poste fixe).

Contact presse :
Marie RÉAUX, *Chargée de communication*
mreaux@assurance-maladie.fr
Tél : 03-87-34-64-80 ou 06-08-91-70-13

RAPPEL DES REGLES…

▪ LES DIFFERENTS SECTEURS….

Les tarifs pratiqués par les médecins et le montant de base de remboursement à l'Assurance Maladie varient en fonction **de la discipline du médecin** (Généraliste ou spécialiste) et **de son secteur d'activité** (secteur 1 ou secteur 2).

Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif conventionnel. (tarifs opposables)

Un dépassement d'honoraires n'est autorisé qu'en cas d'une demande particulière de la part du patient, comme par exemple une visite en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin. Ces dépassements ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie même si le patient rentre dans le dispositif du parcours de soins coordonnés.

Les médecins doivent appliquer à leurs patients les tarifs prévus dans la convention c'est-à-dire ceux sui servent de base de remboursement par l'Assurance Maladie. En échange, l'Assurance Maladie prend en charge les deux tiers de leurs cotisations sociales.

Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres.

Il est en effet autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires avec tact et mesure. Le montant du dépassement n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie.

Selon l'article 53 du Code de déontologie médicale et selon l'article R4127-53 du Code de la Santé publique, ces dépassements doivent être pratiqués avec « tact et mesure ». Ils doivent dépendre de la nature, de l'importance ou de la durée des soins ou encore des possibilités financières du patient.

Pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire

Qu'il soit généraliste ou spécialiste de secteur 1 ou 2, le professionnel de santé doit respecter les tarifs conventionnels.

A Savoir :

L'option de coordination : un plus pour l'accès aux soins

Afin de favoriser l'accès aux soins, la convention médicale 2005, dans son volet « Parcours de soin et coordination » propose aux praticiens du secteur 2 ou titulaires d'un droit permanent à dépassement, une « option de coordination ».

Les engagements du praticien adhérant

Le praticien s'engage à :

- Respecter les tarifs conventionnels ou opposables pour les actes cliniques dans le parcours de soins coordonné
- Pratiquer des dépassements maîtrisés (DM) pour les actes techniques dans le parcours de soins coordonné, correspondant à 15 % maximum du tarif opposable (DM ≤15% du tarif conventionnel). Le DM n'est pas applicable en cas d'urgence médicalement justifiée, pour les patients de moins de 16 ans et pour les bénéficiaires de la CMUC.
- Réaliser au minimum 30% de son activité globale à tarifs opposables (avec pour base le système National Inter Régimes des Professionnels de Santé : SNIR-PS)

▪ LE REMBOURSEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE

Dans le cadre du parcours de soins, la prise en charge par l'Assurance Maladie est de **70 %** du tarif conventionnel pour les bénéficiaires du **Régime Général** et de **90 %** du tarif conventionnel pour les bénéficiaires du **Régime Local**.

Attention : Si le patient n'a pas déclaré de médecin traitant ou s'il est considéré hors du parcours de soins il sera moins bien remboursé (50 % au lieu de 70 % pour le régime Général, 70 % au lieu de 90 % pour le régime Local).

Selon la situation du patient (Affection de Longue Durée, grossesse de plus de six mois, bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire), vos consultations chez les médecins conventionnés peuvent être prises en charge à 100%.

LA SITUATION EN LORRAINE

▪ Un problème possible d'accès aux soins :

On dénombre 3 599 médecins libéraux* en Lorraine (dont 2018 médecins généralistes), 11,3% exercent en secteur 2 (honoraires libres), cette part s'élève à 24% pour les médecins spécialistes.
La répartition sur le territoire est inégale avec une concentration des médecins spécialistes autour des plateaux techniques (hôpitaux) : en Meurthe et Moselle, la densité médicale est de 180 médecins libéraux pour 100 000 habitants et seulement 121 en Meuse.

Démographie médicale en Lorraine en juin 2008

		nbre de praticiens en secteur 1	nbre de praticiens en secteur 2	nbre de praticiens total	part secteur 2	densité médicale pour 100 000 hab.
médecins généralistes	54	684	5	689	0,7%	96,5
	55	152	3	155	1,9%	80,6
	57	862	22	884	2,5%	86,4
	88	320	5	325	1,5%	85,3
	lorraine	**2018**	**35**	**2053**	**1,7%**	**88,9**
médecins spécialistes	54	410	190	600	31,7%	84,1
	55	59	19	78	24,4%	40,6
	57	551	109	660	16,5%	64,5
	88	155	53	208	25,5%	54,6
	lorraine	**1175**	**371**	**1546**	**24,0%**	**66,9**
médecins libéraux	**54**	**1094**	**195**	**1289**	**15,1%**	**180,6**
	55	**211**	**22**	**233**	**9,4%**	**121,2**
	57	**1413**	**131**	**1544**	**8,5%**	**150,9**
	88	**475**	**58**	**533**	**10,9%**	**139,9**
	lorraine	**3193**	**406**	**3599**	**11,3%**	**155,8**

Source : URCAM Lorraine - INSEE recensement 1999

Un problème d'accès aux soins peut se poser :

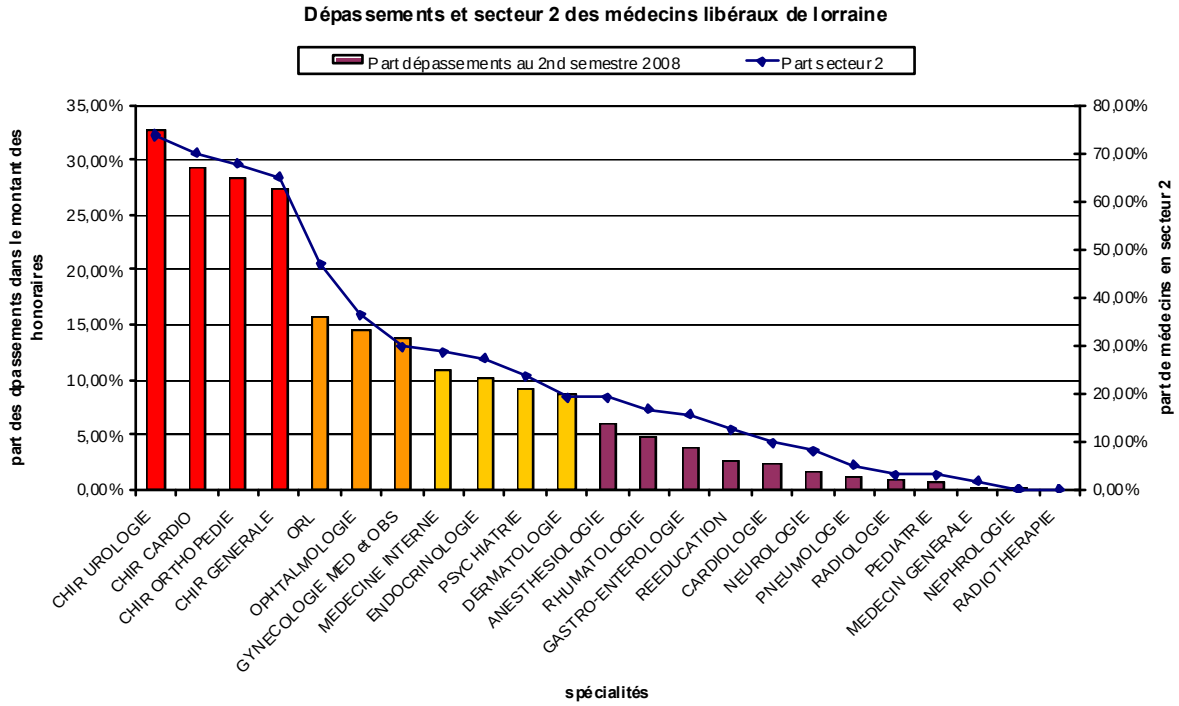
- dans les zones où la densité médicale est faible,
- si les médecins de secteur 2 constituent l'essentiel de l'offre de soins de leur spécialité,
- lorsque le montant de ses dépassements devient une charge trop importante pour le patient.

L'accumulation de ces éléments aggrave d'autant plus la situation.

(*) Il s'agit des médecins ayant un exercice libéral intégral mais aussi les médecins hospitaliers exerçant pour une partie de leur temps en secteur privé.
Nota : En ce qui concerne les spécialités chirurgicales, la part des praticiens exerçant en secteur libéral est minoritaire par rapport au secteur hospitalier public.

▪ Dépassements, qui les pratique ? :

Le montant des dépassements est relativement peu important en secteur 1 mais représente 29,64% en moyenne en secteur 2.
Le montant des dépassements variant aussi selon la spécialité du praticien. Les spécialités chirurgicales pratiquent des dépassements de plus de 25% du montant des honoraires. Au alentour de 15%, on trouve des spécialités plus « courantes » telles que l'ORL, l'Ophtalmologie et la Gynécologie (voir annexe : fiche par spécialités).

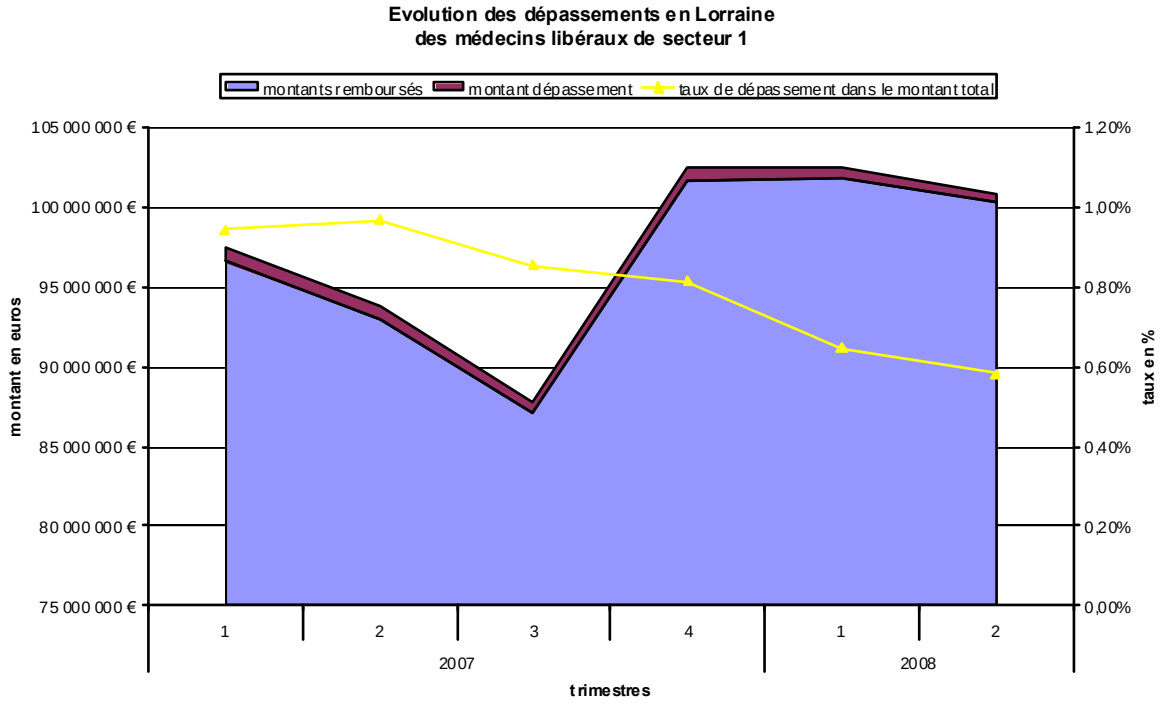


Remarque :
Les dépassements ne sont pas uniquement l'affaire des praticiens de secteur 2, certains spécialistes de secteur 1 ne respectent pas leurs engagements, ils sont alors hors la loi si ce n'est pas pour « exigence particulière du malade ».

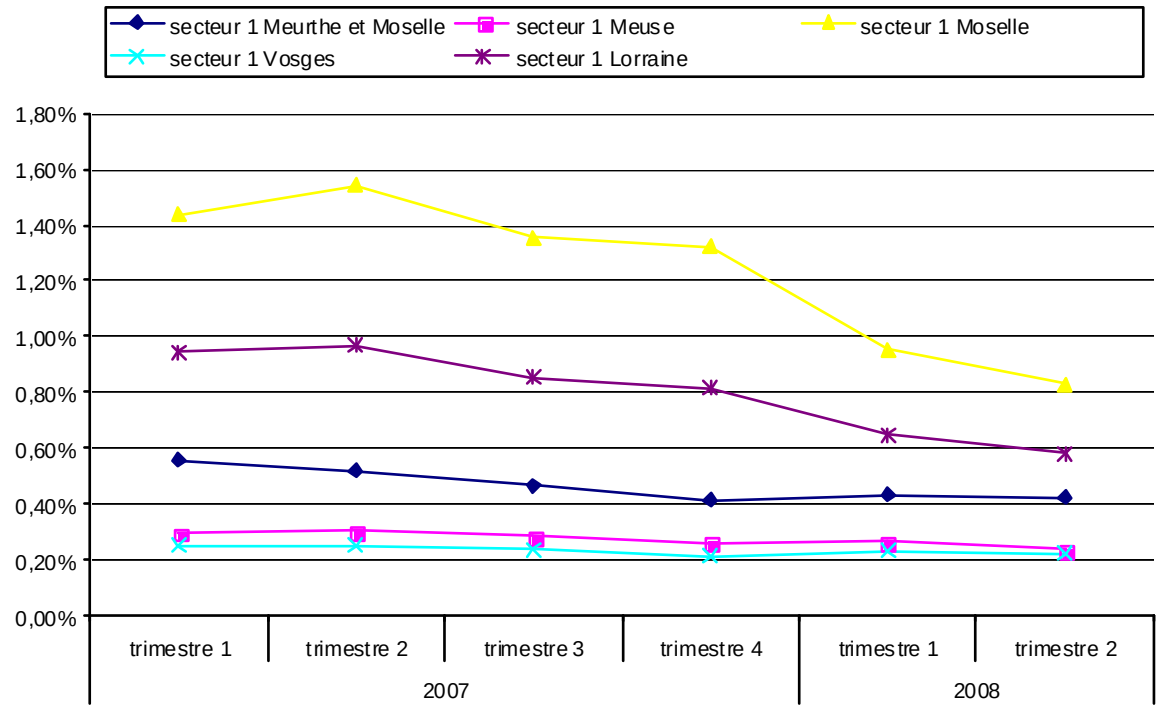
Toutes les spécialités sont concernées par des dérives comportementales en matière de facturation d'honoraires et ce quelque soit le secteur (praticiens atypiques).

▪ Evolution des dépassements

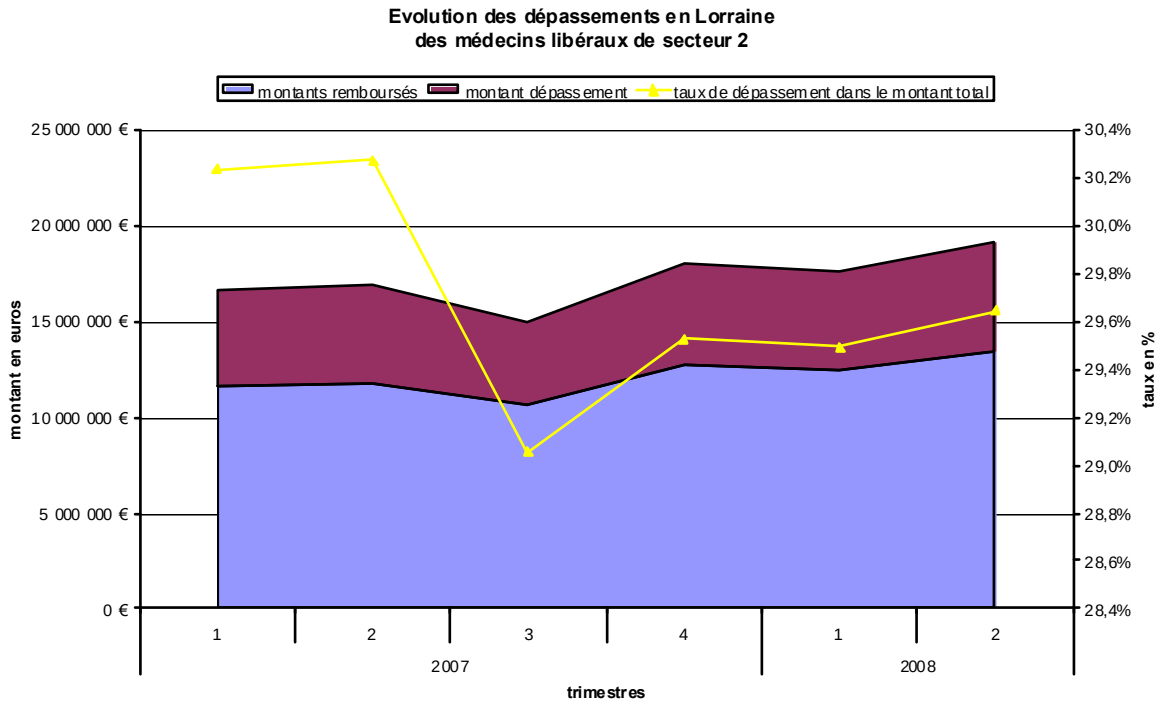
Depuis début 2007 le montant des dépassements dans les honoraires a diminué en Lorraine.

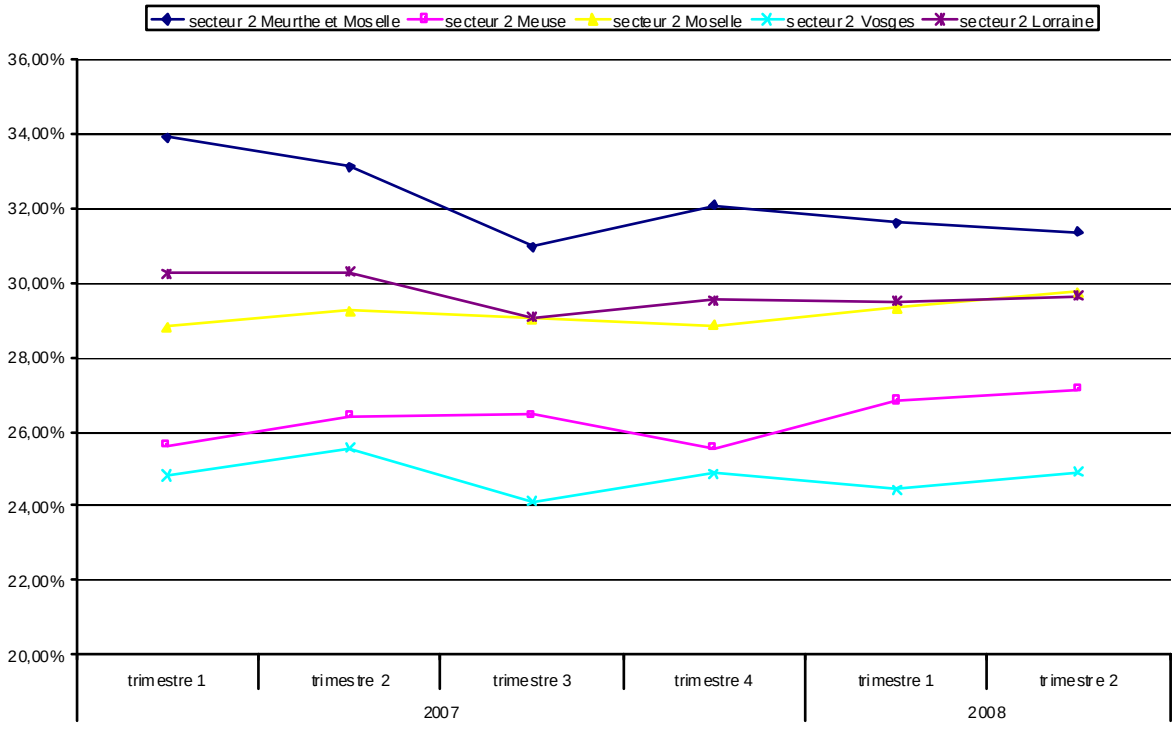


Les praticiens ayant diminué le plus sont ceux ayant des taux de dépassements les plus élevés (comme en Moselle).



Entre le 1er semestre 2007 et le 1er semestre 2008 le montant des dépassements dans les honoraires a diminué en Lorraine chez les praticiens de secteur 2, mais de façon très légère (-2%).





L'offre de soins est une problématique locale. Outre les tarifs, la distance géographique séparant le patient du praticien peut pour certaines populations être un frein à l'accès aux soins.

QUEL RECOURS POUR LES ASSURES ?

▪ L'Assurance Maladie facilite la vie des assurés

Vous cherchez les coordonnées d'un professionnel de santé proche de chez vous, le tarif des consultations d'un médecin et leur niveau de remboursement ? Vous cherchez les tarifs des actes dentaires les plus fréquents ?

L'Assurance Maladie enrichit l'information des assurés sur Internet et par téléphone.

Une adresse, un tarif sur ameli.fr …

Depuis fin juillet 2008, ce service est accessible via le site Internet ameli.fr.

Ce service propose :

- **Un annuaire avec les coordonnées des professionnels de santé***

(médecins, infirmières, kinésithérapeutes, chirurgiens dentistes, …) proches de chez vous. Ainsi, en cliquant sur le nom de la ville où vous habitez, et en sélectionnant une profession, vous voyez apparaître la liste de tous les professionnels de santé qui y exercent. La recherche peut aussi être faite par nom tout simplement.

- **Des repères sur les tarifs de consultations* des médecins**

Pour les médecins, l'annuaire précise leur secteur d'appartenance et lorsque le médecin est à honoraires libres (secteur 2) l'assuré peut obtenir des repères sur le tarif de ses consultations, soit le tarif pratiqué le plus fréquemment soit une fourchette de tarifs.

- **Les tarifs des actes dentaires***

Pour les chirurgiens dentistes, ce service indique les tarifs des soins dentaires les plus courants (carie, dévitalisation…) dont les prix sont fixes mais aussi ceux des actes avec dépassements, les plus fréquents : couronne, inlay-core, orthodontie, …. Comme pour les consultations des médecins, l'internaute dispose d'une fourchette des tarifs pratiqués par chaque chirurgien dentiste.

Et pour tous les professionnels de santé, les assurés peuvent savoir s'ils prennent la carte Vitale.

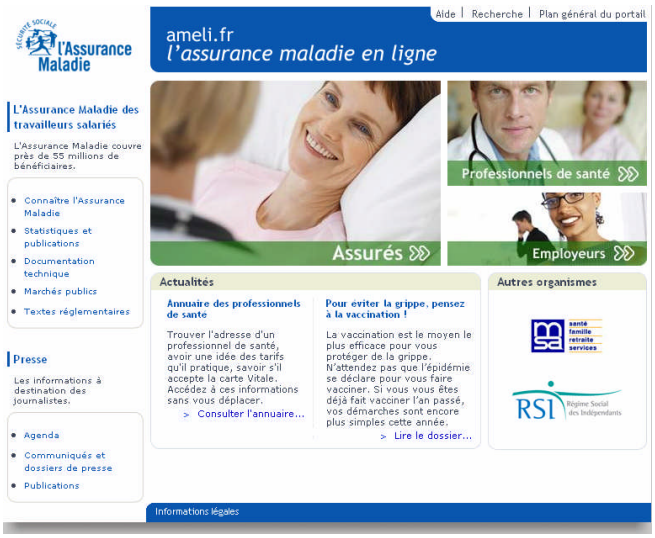
A noter : l'Assurance Maladie ne peut pas donner les tarifs habituellement pratiqués par un professionnel dont l'activité est trop faible pour que l'information disponible soit représentative. C'est par exemple le cas pour les professionnels qui viennent de s'installer.

*Coordonnées de tous les professionnels de santé.

*Tarifs des consultations médicales pratiquées sur les trois derniers mois et mis à jour chaque mois.

*Tarifs de certains actes dentaires sur les six derniers mois et mis à jour chaque trimestre.

Les mises à jours sont effectuées par l'Assurance Maladie.



Accédez simplement et rapidement à ces informations sur ameli.fr, - espace Assurés - en cliquant sur le bandeau « Une adresse ? Une information sur un tarif ? Sans vous déplacer».

Par téléphone avec le 36 46 nouveau numéro unique pour joindre votre CPAM

Toutes ces informations peuvent aussi être obtenues par téléphone auprès d'un téléconseiller en composant le **36 46**. Le 36 46 est maintenant **le seul numéro à retenir pour appeler votre Caisse d'Assurance Maladie**. Ce nouveau numéro, moins cher que le service précédent (**prix d'un appel local depuis un poste fixe**) est mis en service depuis le 1er juillet 2008.

▪ Les médecins doivent afficher leurs tarifs

Les médecins doivent afficher dans leur cabinet leur secteur conventionnel (secteur1 ou 2) et les tarifs qu'ils pratiquent.

Avant l'exécution d'un acte, ils doivent également informer leur patient du coût et des conditions de remboursement par l'Assurance Maladie (art. L1111-3 du Code de la Santé Publique).

Les praticiens hospitaliers ayant une activité libérale ont l'obligation de faire signer au patient un accord avant toute hospitalisation en secteur privé.

Il est prévu, lors d'un décret encore en préparation par le gouvernement, que lorsque les honoraires dépassent 70 euros, le médecin remet systématiquement au patient un devis qui détaille le tarif de l'acte et l'éventuel dépassement qu'il pratique.

▪ Si les règles ne sont pas respectées….

Si une caisse d'Assurance Maladie constate le non-respect des dispositions de la Convention Nationale par un médecin libéral, et notamment concernant l'application, de façon répétée, de tarifs supérieurs aux tarifs opposables en dehors des cas autorisés ; elle peut (selon l'article 5.4.1.1 de la Convention Nationale des médecins)

« En cas d'absence de modification de la pratique du professionnel dans un délai d'un mois après l'envoi par la caisse d'un avertissement par lettre recommandée avec accusé de réception, la CPAM, pour le compte de l'ensemble des caisses, communique le relevé des constatations au médecin concerné par lettre recommandée avec avis de réception, avec copie aux présidents des deux sections de la Commission Paritaire Locale (CPL).
Le médecin libéral dispose d'un délai d'un mois à compter de la date de communication du relevé des constatations pour présenter ses observations éventuelles ou être entendu à sa demande par le directeur de la caisse ou son représentant. Le médecin peut se faire assister par un avocat ou par un confrère de son choix.
La CPL donne son avis dans le même délai. A l'issue de ce délai d'un mois, l'avis de la CPL est réputé rendu.
Lorsque la CPL juge nécessaire de recueillir, auprès du praticien concerné, des éléments d'information relatifs à sa pratique médicale, le relevé de constatations est transmis à la « formation médecins » de la CPL. Cette dernière invite le praticien à lui faire connaître ses observations dans le mois suivant la communication du relevé des constatations au praticien. Durant cette période, le médecin peut être entendu à sa demande par la « formation médecins » de la CPL ; il peut se faire assister par un avocat ou par un confrère de son choix.

La « formation médecins » de la CPL donne son avis dans le même délai. A l'issue de ce délai d'un mois, l'avis de la « formation médecins » de la CPL est réputé rendu.
A l'issue de ce délai d'un mois, les caisses décident de l'éventuelle sanction. »

Mesures encourues selon l'article 5.4.1.2 de la convention nationale :

Lorsqu'un médecin ne respecte pas, dans sa pratique, les dispositions de la convention, il peut, après mise en oeuvre des procédures conventionnelles décrites au paragraphe précédent, encourir les mesures suivantes :

- suspension du droit de pratiquer des honoraires différents, cette mesure ne pouvant être prononcée qu'en cas de non-respect du tact et de la mesure, après décision du conseil de l'ordre ;
- suspension du droit à pratiquer des dépassements autorisés plafonnés (DA) tels que définis à l'article 4.3, cette mesure ne pouvant être prononcée qu'en cas de non-respect des limites de dépassements fixées par la présente convention ;
- suspension de la ou des participations des caisses à la prise en charge des avantages sociaux pour les médecins en bénéficiant. La suspension de la ou des participations des caisses est de un, trois, six ou douze mois ;
- suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel. Cette suspension peut être temporaire (trois jours, une semaine, un, trois, six ou douze mois) ou prononcée pour la durée d'application de la convention, selon l'importance des griefs.
- La mise hors convention de trois mois ou plus entraîne la suppression de la participation des caisses aux avantages sociaux pour une durée égale à celle de la mise hors convention.

ANNEXE

Dépassements par spécialités libérales

Un groupe de travail inter région Alsace-Lorraine, travaille actuellement à un « observatoire des dépassements d'honoraires ».
Cet outil a pour vocation d'appréhender le problème du frein à l'accès de soins que peuvent générer les dépassements d'honoraires des médecins libéraux et de suivre ceux-ci.
Les professionnels de l'Assurance Maladie de Lorraine auront alors un outil adapté au difficile problème des dépassements d'honoraires.

Exemple sur 3 spécialités

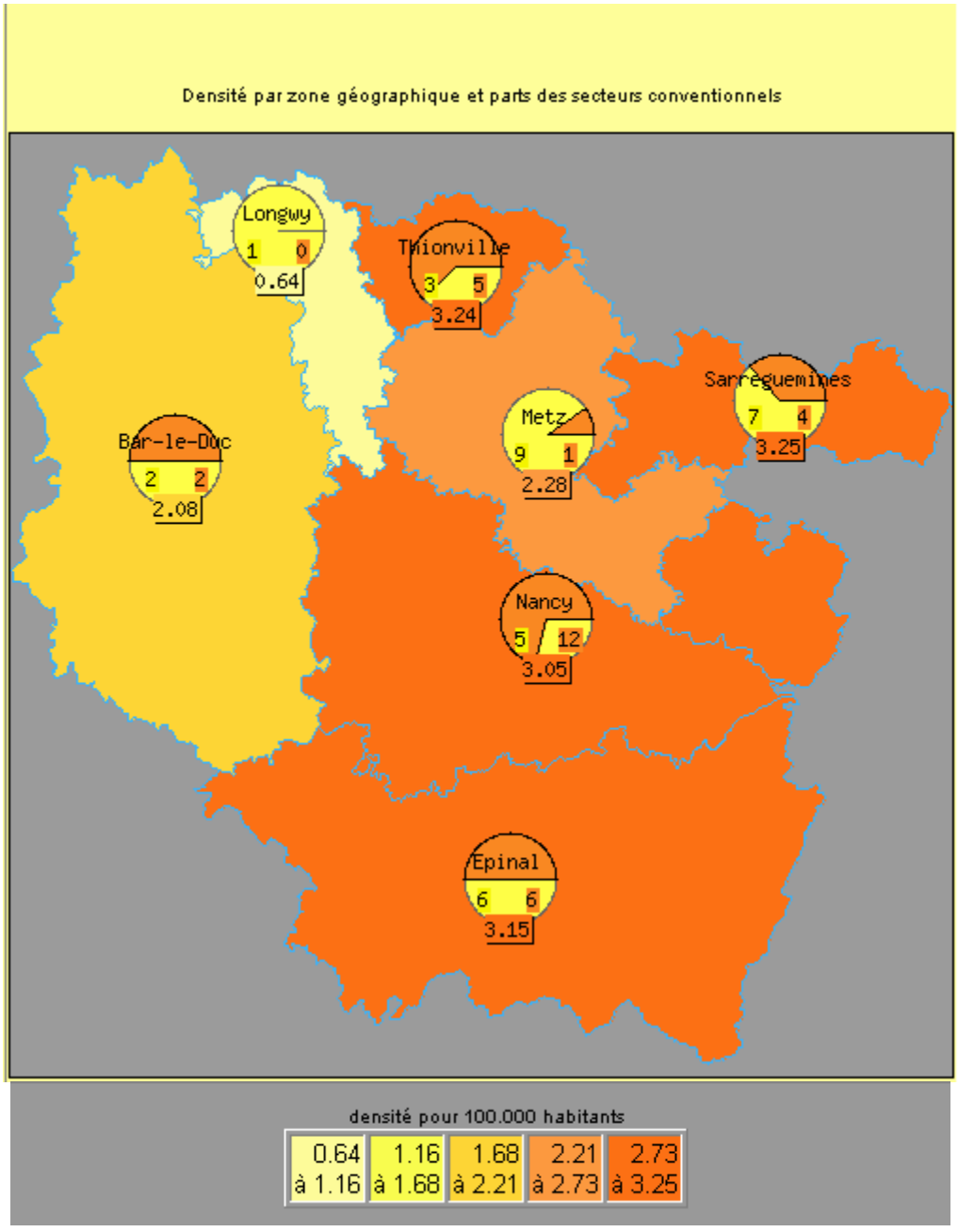
Les spécialités présentées sont des spécialités libérales ayant une part de secteur 2 les plus importantes :

- Les ORL (47% en secteur 2)
- Les ophtalmologues (36% en secteur 2)
- Les gynécologues (30% en secteur 2)

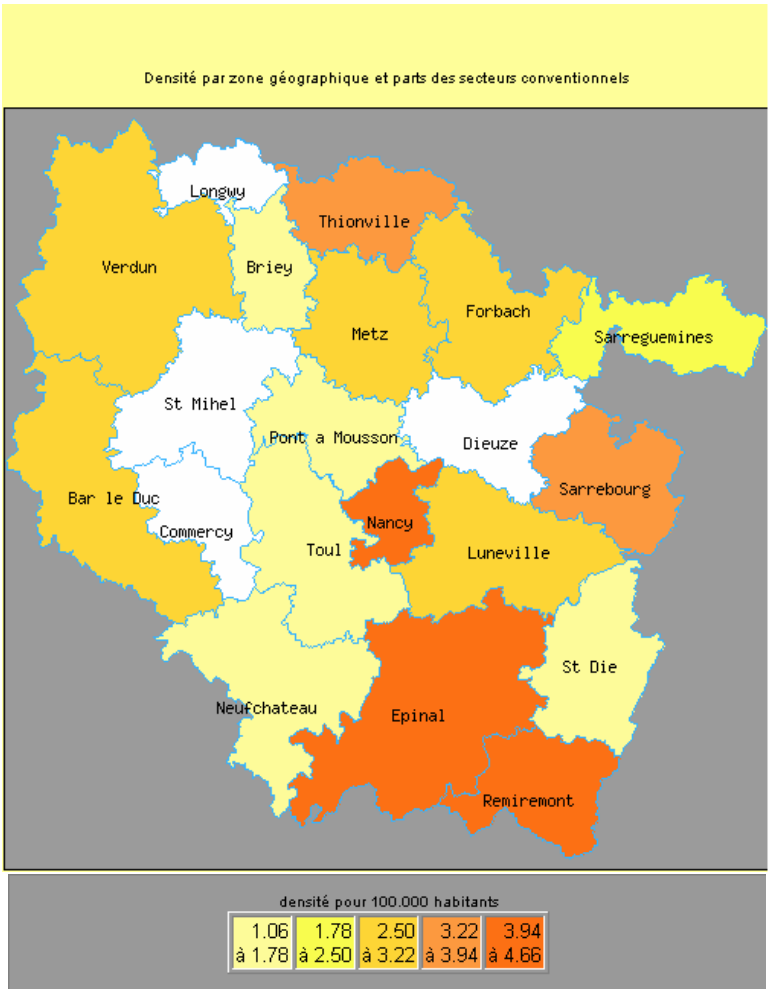
LES ORL

Démographie des ORL : Une répartition inégale des secteurs 2

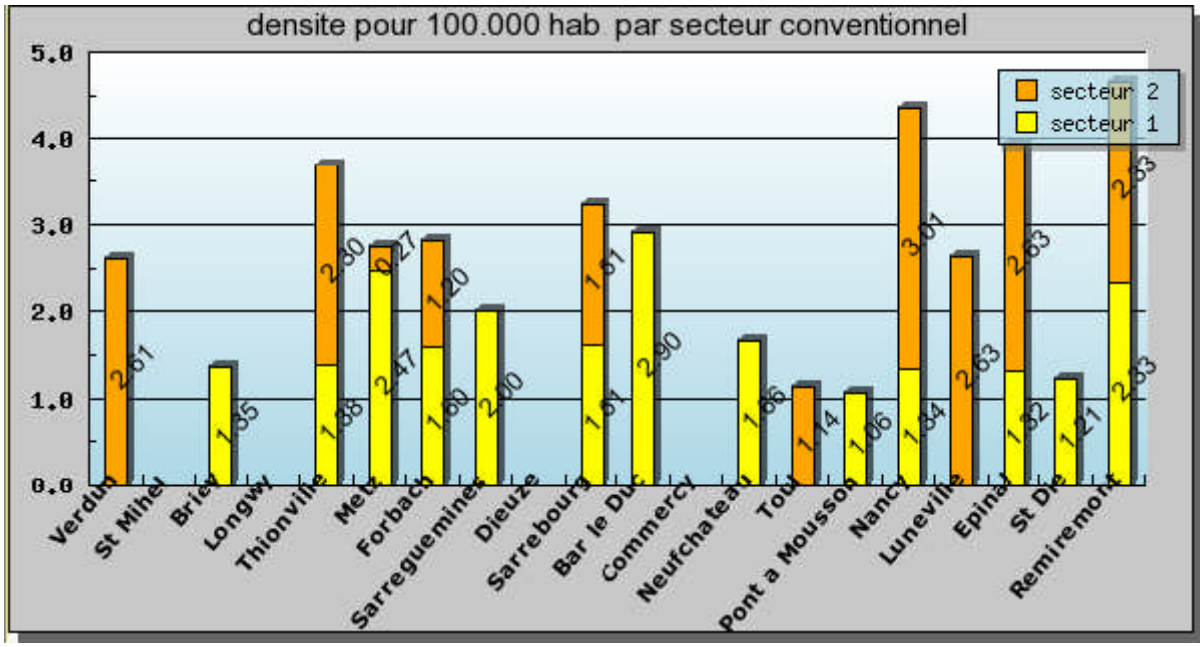
On dénombre 63 ORL en Lorraine, soit une densité de 2,7 pour 100 000 habitants (3,8 en France métropolitaine), 47% sont en secteur 2
Les secteurs 2 sont inégalement répartis : plus de 60% sur les secteurs de caisse de Nancy et Thionville, 50% en Meuse et dans les Vosges.



Dans les Vosges les densités sont très différentes. Elles sont supérieures à 4 pour 100 000 hab. sur Epinal et Remiremont et inférieures à 1,78 sur Neufchâteau et St Dié.

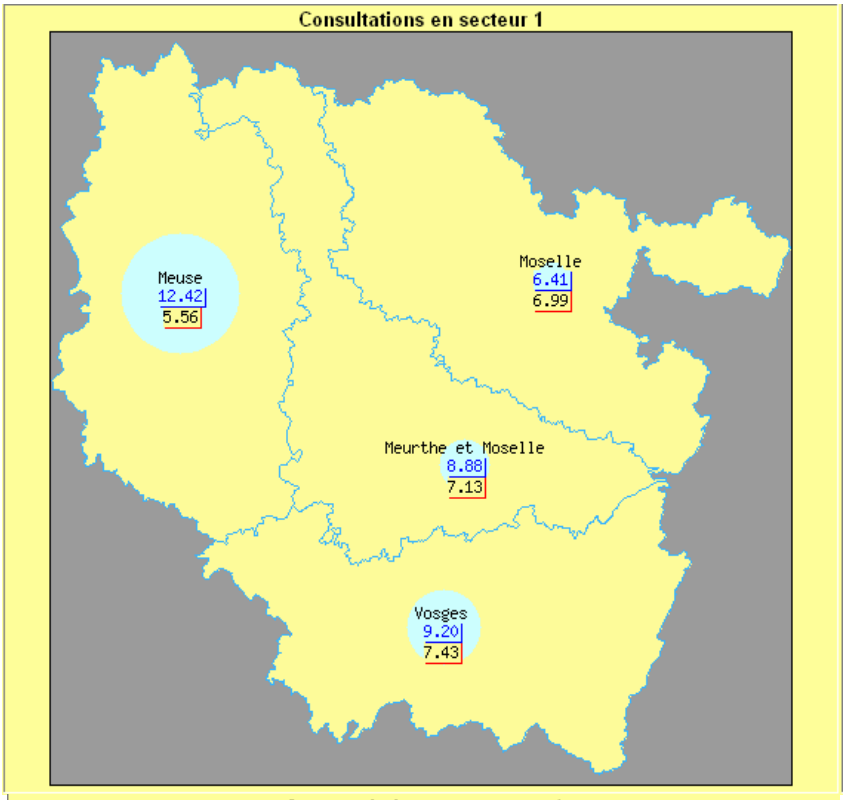


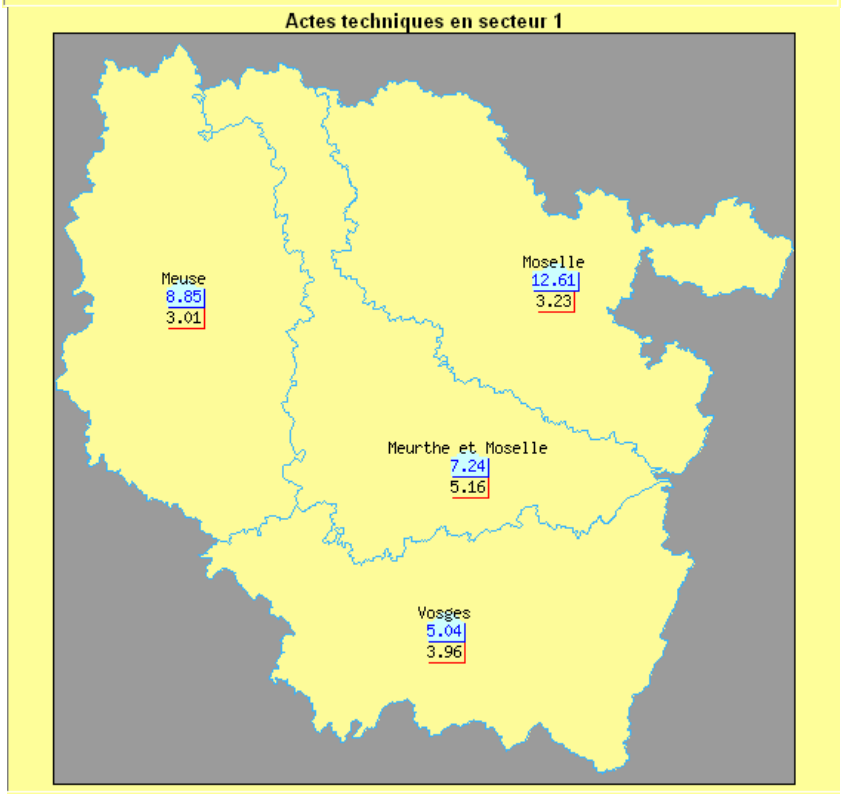
Mais dans les Vosges là où la densité est faible, se ne sont que des médecins en secteur 1. Certains secteurs n'ont que des secteurs 2 : Verdun, Lunéville ou Toul.



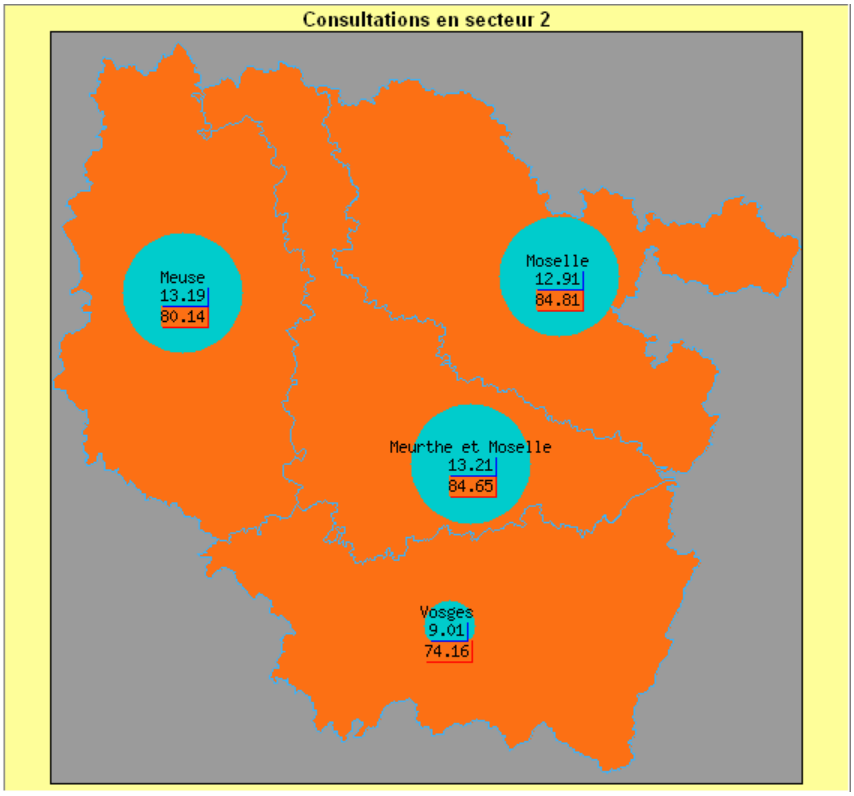
Dépassements des ORL : Des dépassements maîtrisés en secteur 1 et des dépassements différents suivant les départements en secteur 2

Chez les secteurs 1 : la fréquence des dépassements pour une consultation varie entre 5,5% et 7,5% pour un montant moyen entre 6 € et 12€.
La fréquence des dépassements pour un acte technique varie entre 3% et 5% pour un montant moyen entre 5 € et 12€.

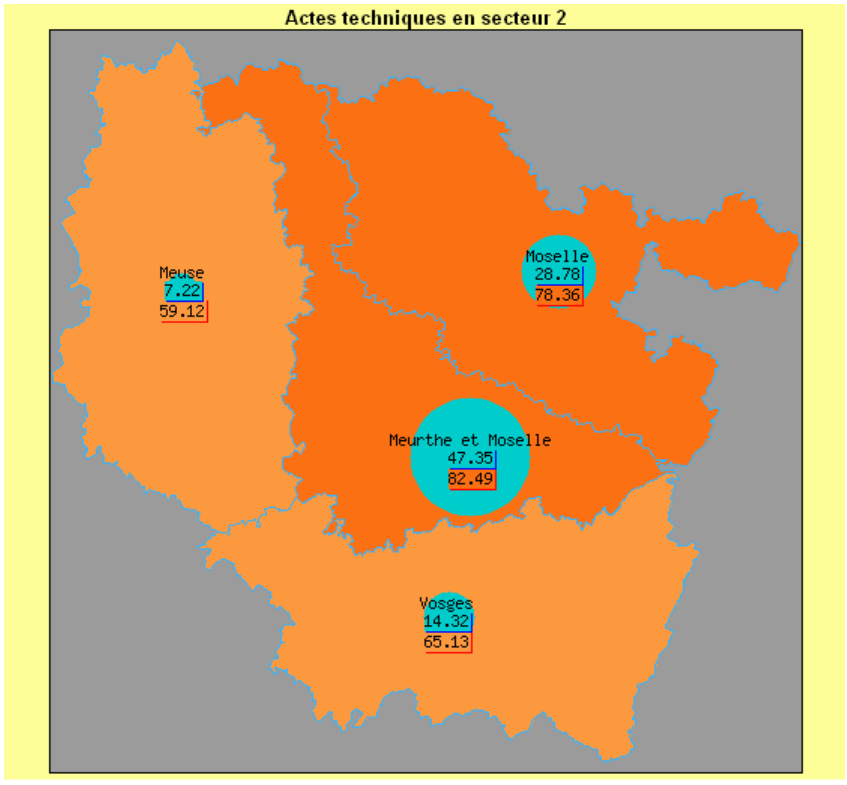




Chez les secteurs 2 : la fréquence des dépassements pour une consultation varie entre 74% et 84% pour un montant moyen entre 9 € et 13€.



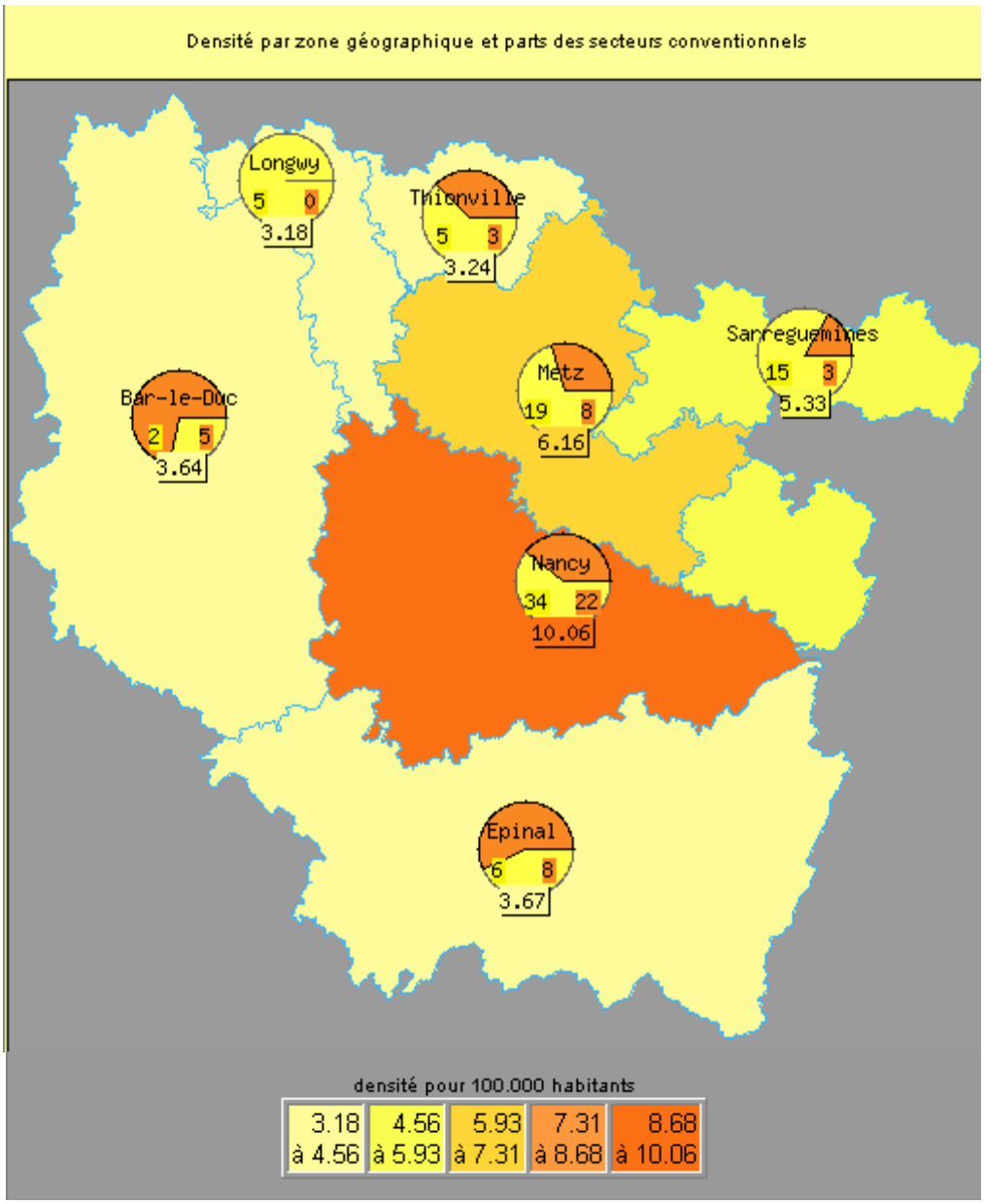
Pour les actes techniques les différences départementales sont plus marquées, mais la situation préoccupante de la Meuse et les Vosges sur la démographie médicale l'est moins sur le plan des dépassements car ce sont les départements où la fréquence et les montants moyens sont les plus faibles.



LES OPHTALMOGUES

Démographie des ophtalmologues : la Meuse et les Vosges en difficulté

On dénombre 135 ophtalmologues en Lorraine, soit une densité de 5,8 pour 100 000 habitants (7,5 en France métropolitaine), 36% sont en secteur 2.
Seuls trois secteurs de caisses ont une densité supérieure à 4 pour 100 000 habitants (Nancy, Metz, Sarreguemines).
En Meuse, la part des secteurs 2 est importante 71%, dans les Vosges elle est de 57%.

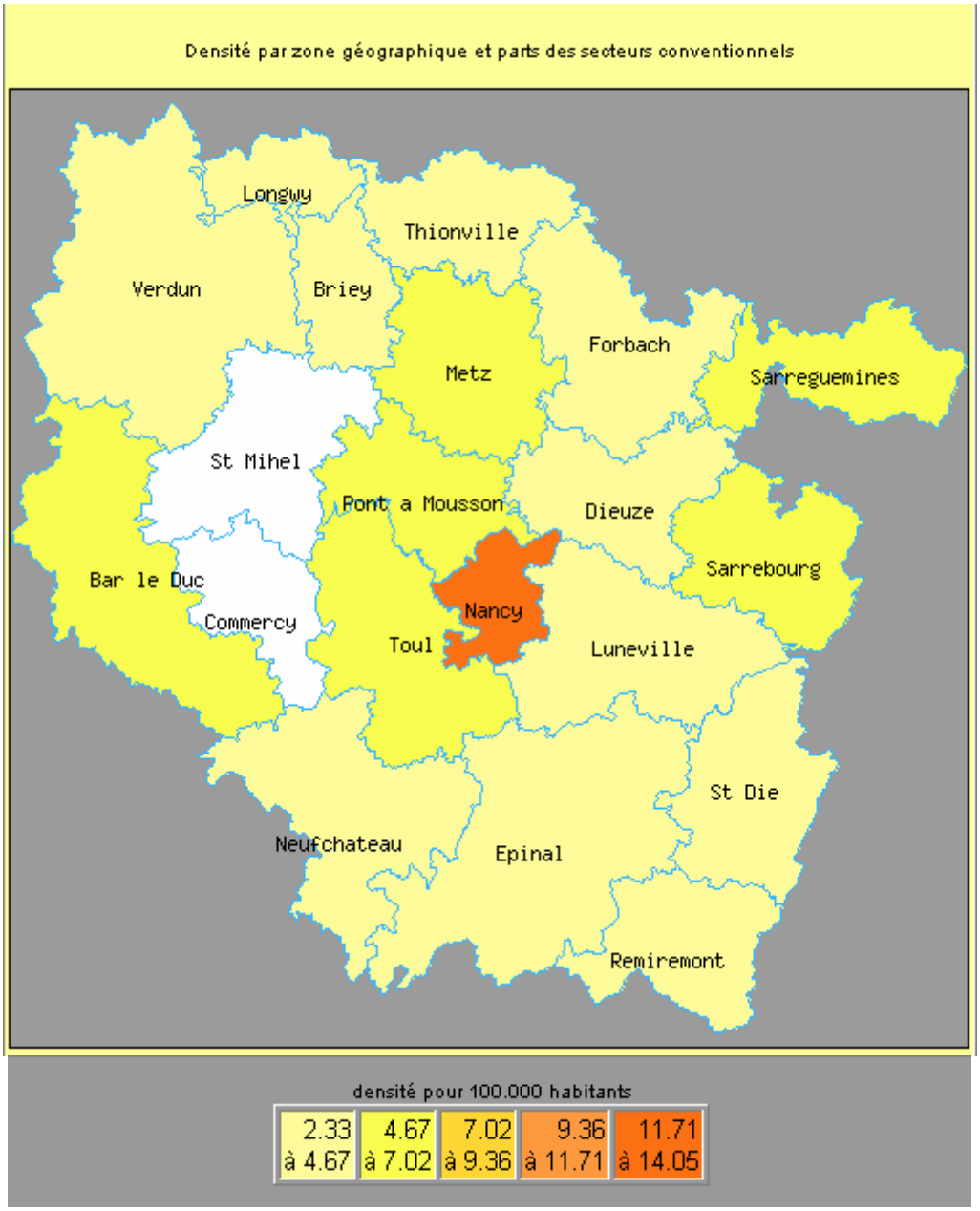


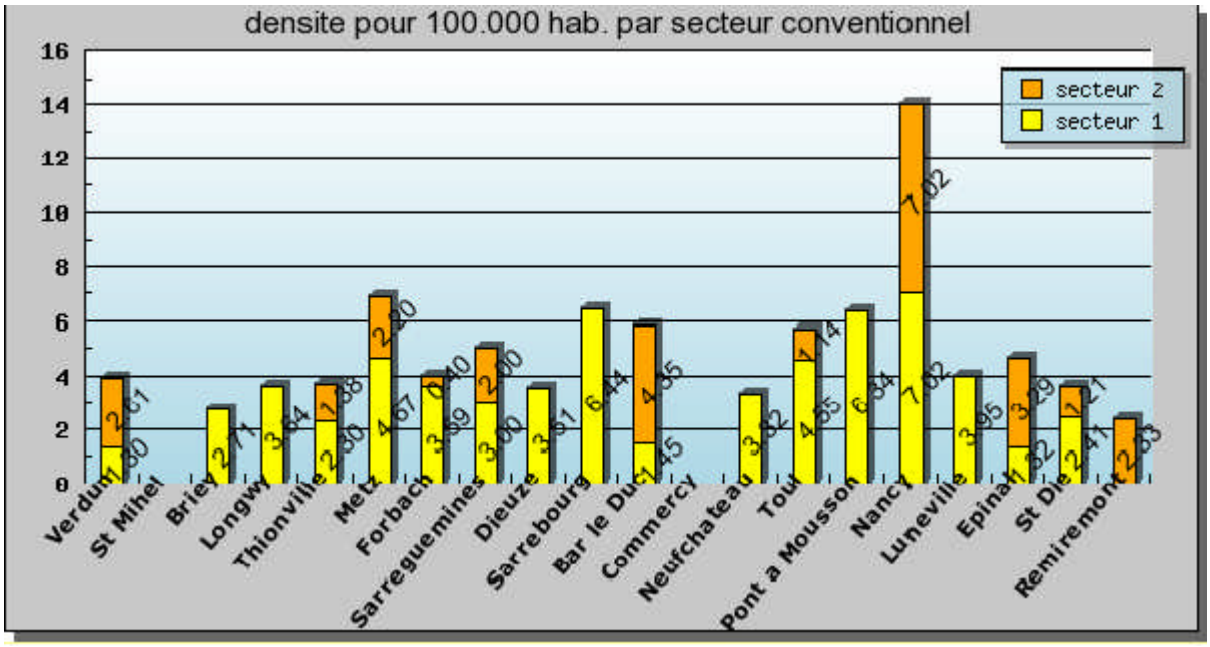
Plus finement en Meuse, les zones de St Mihel et Commercy sont dépourvues de médecins. Les autres zones Meusiennes ont une densité moyenne pour la région mais une part de secteur 2 importante.

Zone de proximité	Densité pour 100 000 hab.	Part de secteur 2
Bar le Duc	5,8	75%
Verdun	3,9	66,75%

Dans les Vosges :

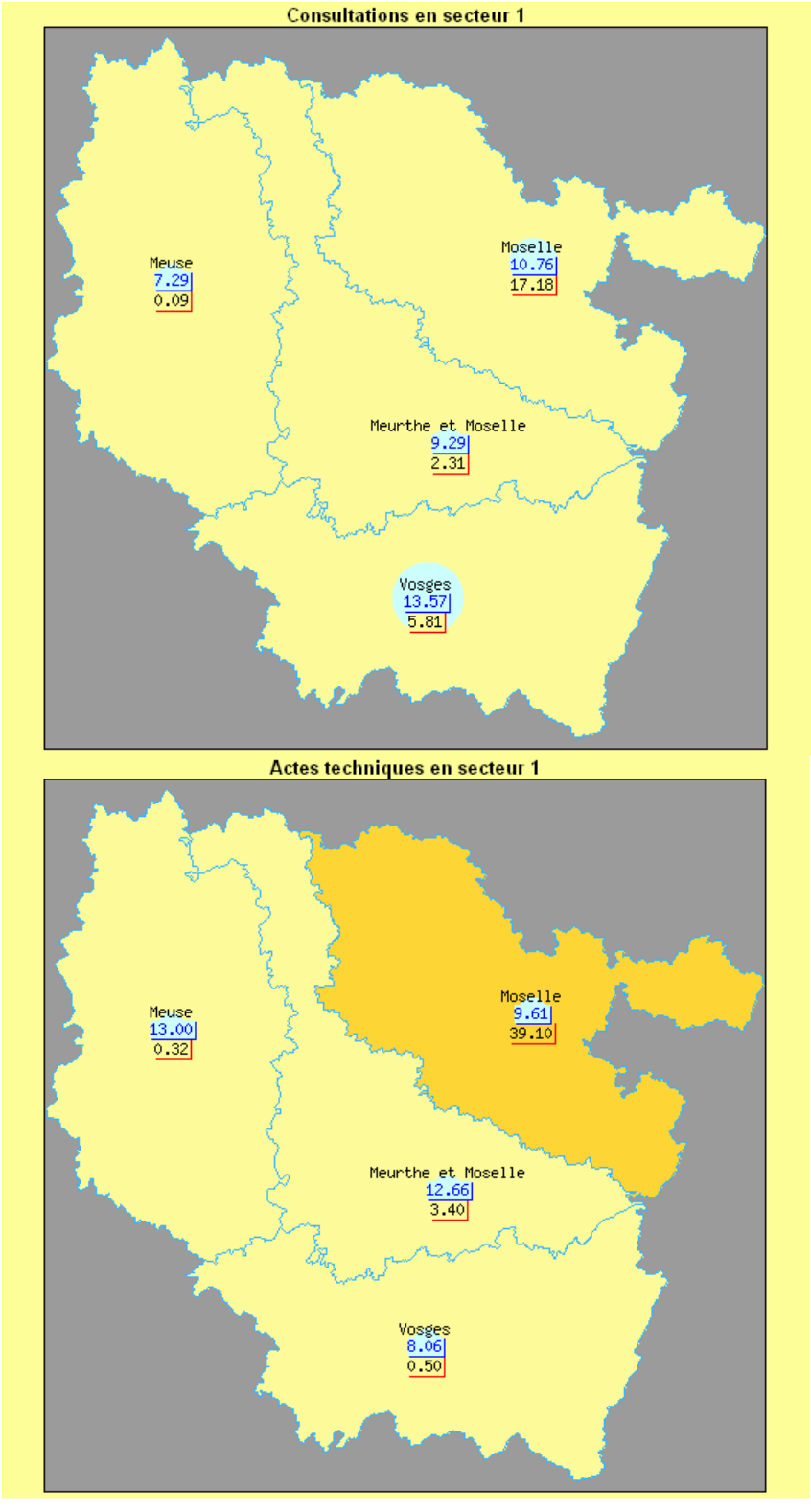
Zone de proximité	Densité pour 100 000 hab.	Part de secteur 2
Epinal	4,6	71%
St Dié	3,6	33%
Neufchâteau	3,3	0%
Remiremont	2,3	100%



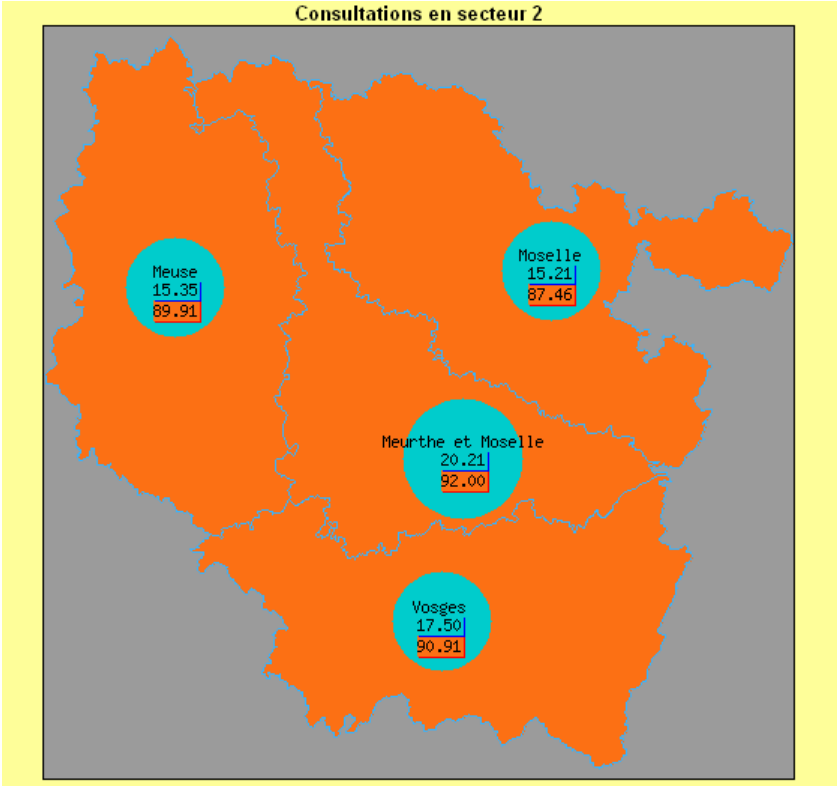

densite pour 100.000 hab. par secteur conventionnel
secteur 2
secteur 1
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Verdun
St Mihiel
Briey
Longwy
Thionville
Metz
Forbach
Sarreguemines
Dieuze
Sarrebourg
Bar le Duc
Commercy
Neufchateau
Toul
Pont a Mousson
Nancy
Luneville
Epinal
St Die
Remiremont

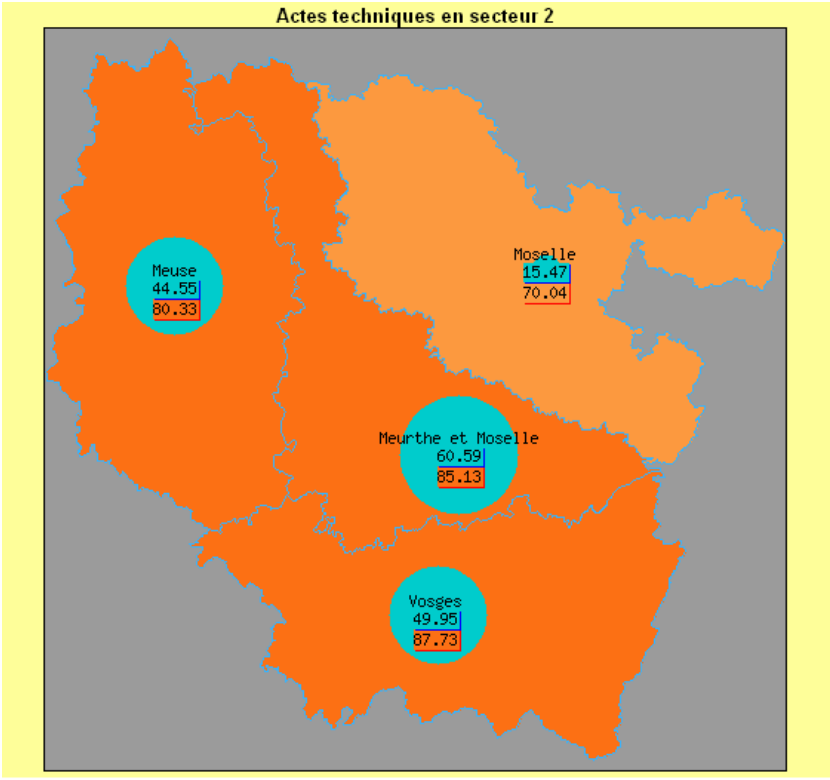
Dépassements des ophtalmologues : la Moselle se distingue.

Chez les secteurs 1 : la fréquence des dépassements pour une consultation varie entre 0,1% et 17% pour un montant moyen entre 7€ et 13€.
La fréquence des dépassements pour un acte technique varie entre 0,3% et 39% pour un montant moyen entre 8 € et 13€.
En Moselle, les dépassements sont les plus fréquents : 17% pour les consultations et 39% pour les actes techniques avec un montant moyen de 10€.
En Lorraine hors Moselle la fréquence des dépassements tous actes confondus ne dépasse pas 6%.



Chez les secteurs 2 : la fréquence des dépassements pour une consultation varie entre 87% et 92% pour un montant moyen entre 15€ et 20€.
La fréquence des dépassements pour un acte technique varie entre 70% et 87% pour un montant moyen entre 15 € et 60€.
La Moselle se distingue de nouveau mais dans le sens positif : les dépassements sont les moins fréquents 87% pour les consultations et 70% pour les actes techniques avec un montant moyen de 15€.

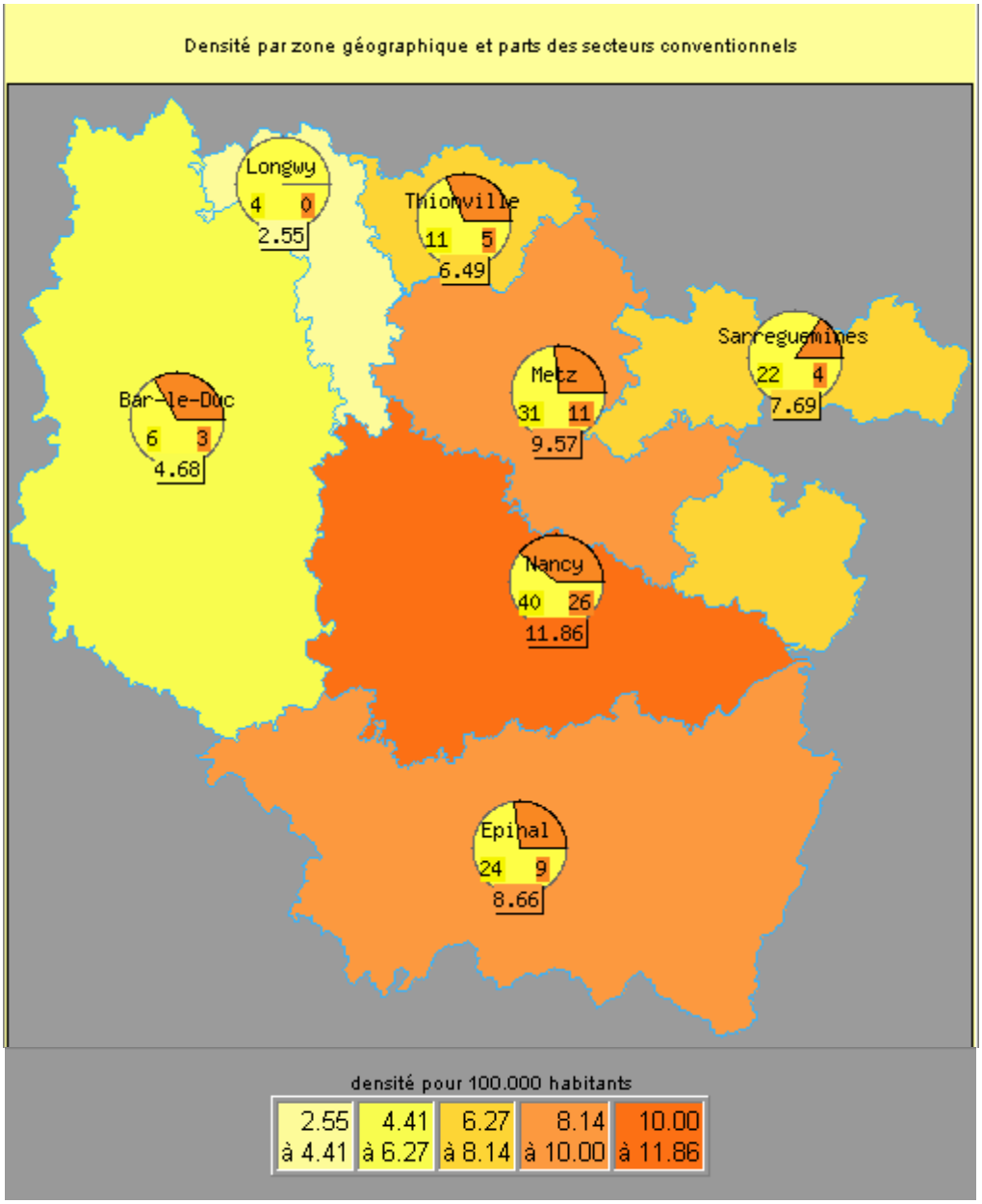




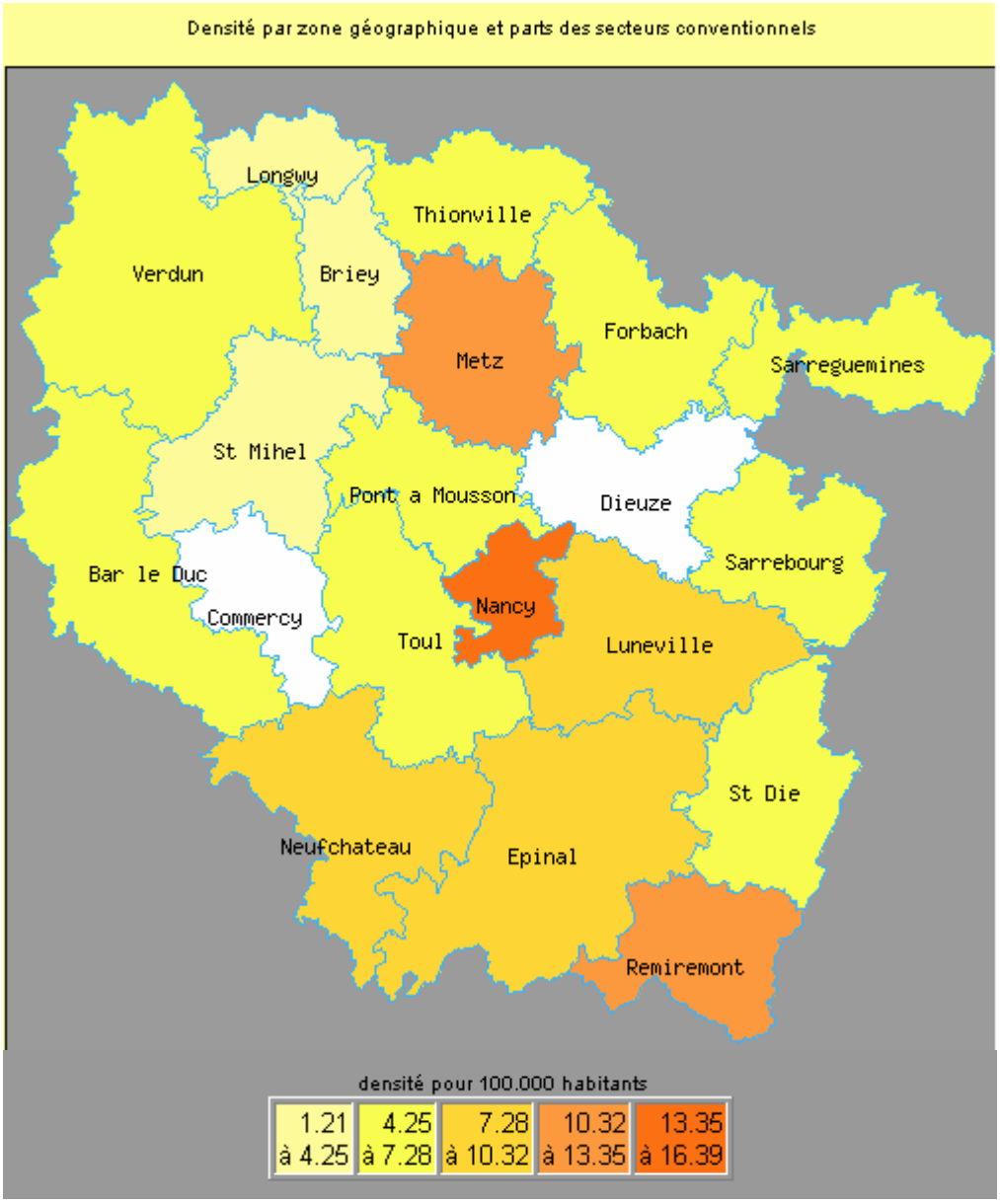
LES GYNECOLOGUES OBSTETRIQUES ET MEDICAUX

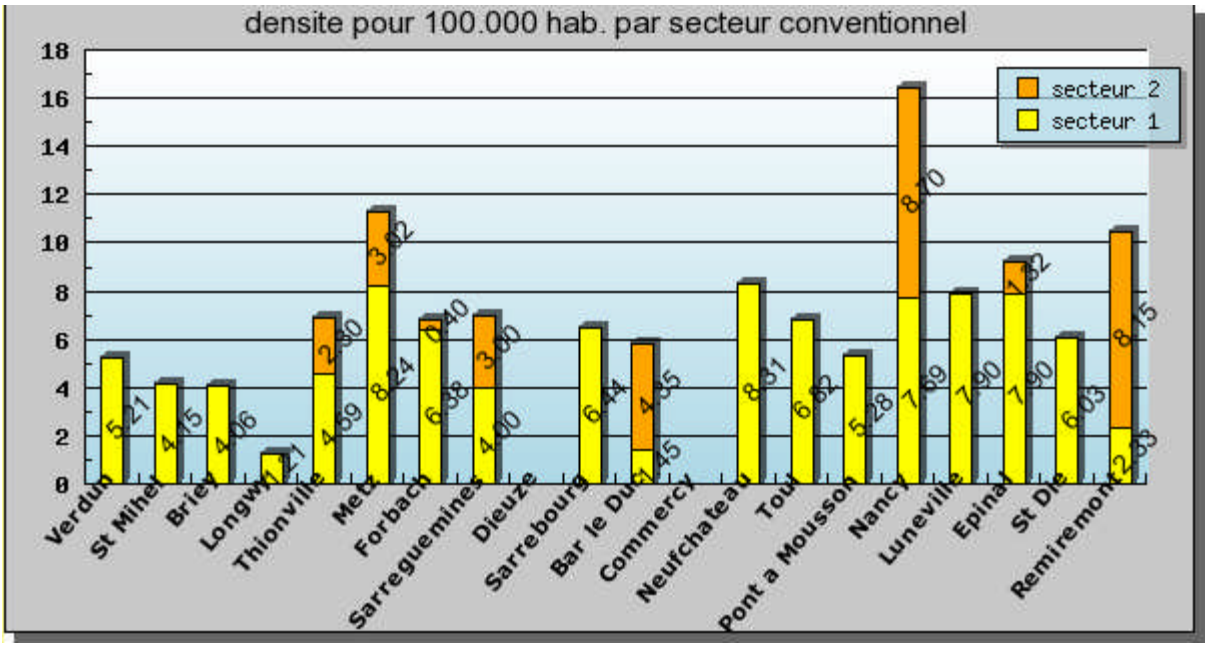
Démographie des gynécologues

On dénombre 196 gynécologues en Lorraine, soit une densité de 8,5 pour 100 000 habitants (9 en France métropolitaine), 30% sont en secteur 2.
Sur les secteurs de caisse de Longwy et Bar le Duc la densité médicale est inférieure à 5 pour 100 000 hab.



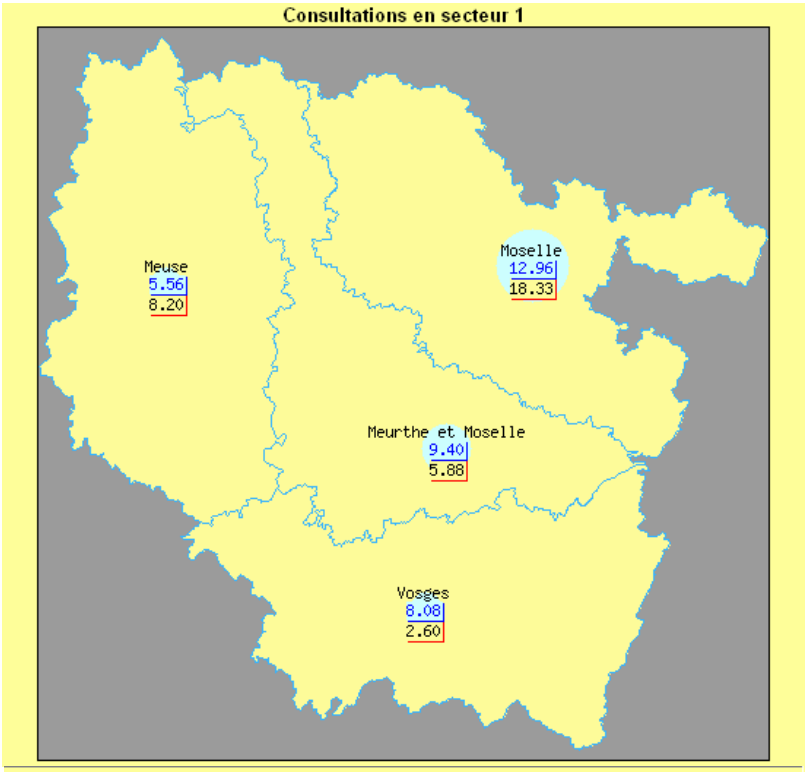
Les secteurs 2 ne sont pas uniformément repartis sur le territoire.
La zone de proximité de Remiremont a une densité élevée de 10,5 pour 100 000 hab. mais une part de 77% de secteurs 2.
La zone de Bar le Duc a une densité de 5,8 pour 100 000 hab. mais une part de secteurs 2 de 75%.

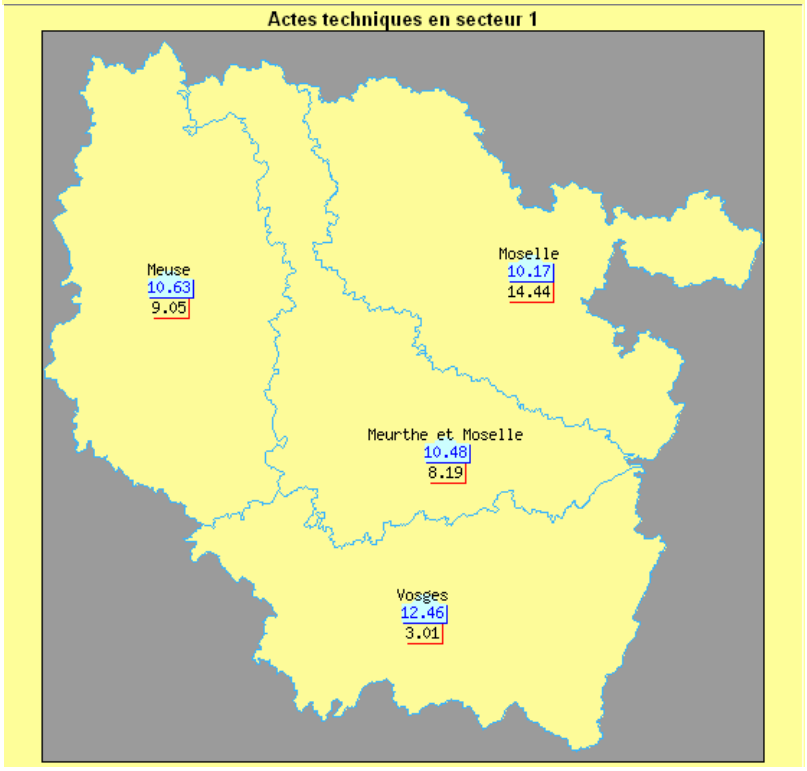
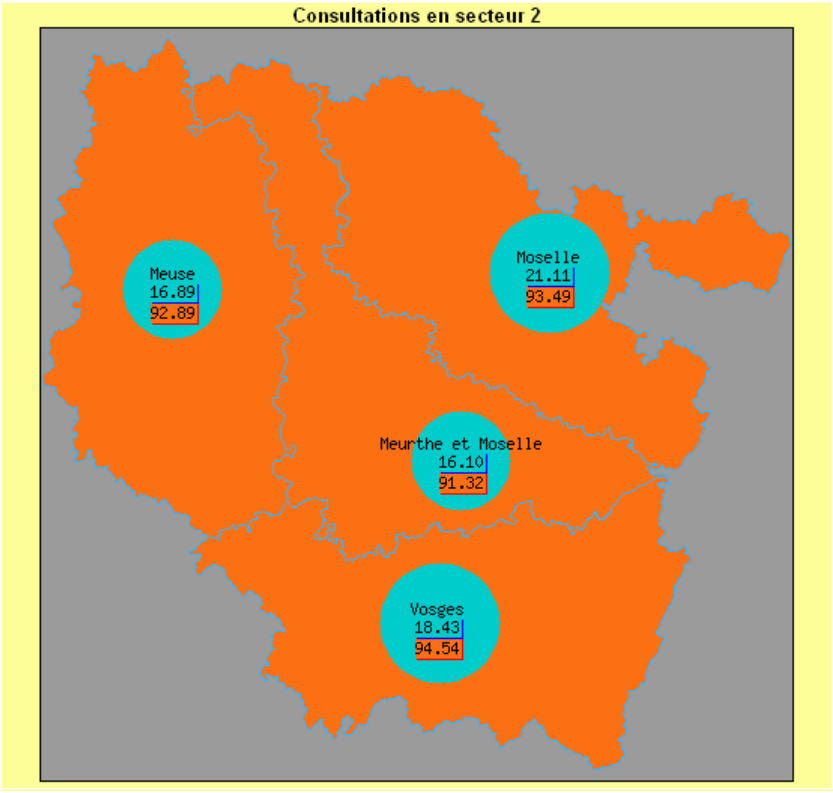
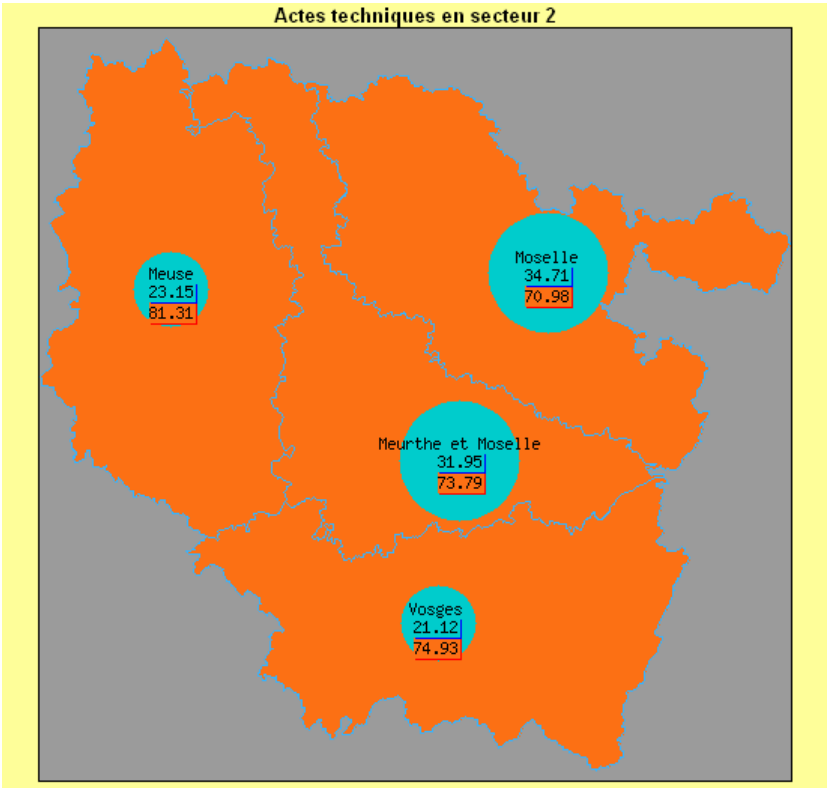



densite pour 100.000 hab. par secteur conventionnel
secteur 2
secteur 1
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
5,21
4,15
4,06
1,21
4,59
2,80
8,24
3,82
6,38
0,40
4,00
3,00
6,44
4,45
1,45
8,31
6,82
5,28
7,69
8,70
7,90
7,90
1,32
6,03
2,38
8,15
Verdun
St Mihiel
Briey
Longwy
Thionville
Metz
Forbach
Sarreguemines
Dieuze
Sarrebourg
Bar le Duc
Commercy
Neufchateau
Toul
Pont a Mousson
Nancy
Luneville
Epinal
St Die
Remiremont

Les dépassements des gynécologues

Chez les secteurs 1 : la fréquence des dépassements pour une consultation varie entre 2,6% et 18% pour un montant moyen entre 5€ et 13€.
La fréquence des dépassements pour un acte technique varie entre 3% et 14% pour un montant moyen entre 10 € et 13€.
En Moselle, les dépassements sont les plus fréquents : 18% pour les consultations et 14% pour les actes techniques avec un montant moyen respectivement de 13€ et 10€.
En Lorraine hors Moselle, la fréquence des dépassements tous actes confondus ne dépassent pas 9%.





Chez les secteurs 2 : la fréquence des dépassements pour une consultation varie entre 91% et 95% pour un montant moyen entre 16€ et 21€.
La fréquence des dépassements pour un acte technique varie entre 70% et 81% pour un montant moyen entre 21 € et 34€.