

Pour les consultations de spécialistes, les montants des remboursements versés par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et par les organismes complémentaires sont différenciés selon que la consultation a eu lieu, ou non, auprès d'un professionnel adhérent au contrat d'accès au soin (CAS), mis en place en 2013, ou à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam), à partir de 2017, et dans le cadre, ou non, du parcours de soins. La prise en charge par l'AMO du ticket modérateur et des dépassements d'honoraires, partiellement ou en totalité, est également distincte. La moitié des bénéficiaires de contrats individuels n'ont aucune prise en charge des dépassements d'honoraires par les médecins spécialistes en ville. Hors CAS, même les meilleurs contrats collectifs laissent un reste à charge pour une consultation à 60 euros.

## Une prise en charge variable du tarif opposable selon le respect du parcours de soins

La dépense de soins de médecins spécialistes en ville est estimée à 11,9 milliards d'euros en 2017, dont 1,7 milliard d'euros de dépassements d'honoraires, tous secteurs confondus (Gonzalez *et al.*, 2018). Les honoraires d'une consultation de spécialiste correspondent aux tarifs des actes cliniques et, le cas échéant, des actes techniques pratiqués durant la consultation, aux majorations remboursées par l'Assurance maladie et aux dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques.

Les contrats responsables, qui constituent la très grande majorité des contrats d'assurance complémentaire santé, prennent en charge 30 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) au titre du ticket modérateur (TM). Pour une consultation dans le cadre du parcours de soins, la partie prise en charge par un contrat de complémentaire santé responsable vient donc compléter le remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) s'établissant à 70 % de la BRSS. La prise en charge du TM pour l'assuré est alors totale, et ce dernier n'a aucun reste à charge sur la partie opposable (hormis la participation forfaitaire de 1 euro). Si la consultation a lieu hors parcours de soins, la partie prise en charge par l'AMO passe de 70 % à 30 % de la BRSS.

Il reste à la charge de l'assuré 40 % de la BRSS (plus la participation forfaitaire de 1 euro).

## Une base de remboursement et une prise en charge des dépassements d'honoraires variables selon le statut du spécialiste

La BRSS n'est pas la même selon que le praticien est ou non adhérent au contrat d'accès aux soins (CAS), jusqu'en 2016, ou à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam), à partir de 2017. Celle-ci s'établit ainsi, en 2016, à 28 euros dans le premier cas, à 23 euros dans le second.

Par ailleurs, la prise en charge des dépassements d'honoraires est également encadrée pour les contrats responsables, avec des modulations selon que le professionnel est ou non adhérent au CAS ou à l'Optam. Ainsi, pour une consultation hors CAS, un contrat responsable doit non seulement plafonner les remboursements des dépassements d'honoraires à 125 % de la BRSS mais également minorer d'au moins 20 % le montant du remboursement du dépassement d'honoraires par rapport à celui pris en charge dans le cadre du CAS.

En 2016, si l'essentiel des consultations ont lieu dans le cadre du parcours de soins (95 %), une minorité des consultations avec dépassements d'honoraires (20 %) ont lieu auprès de professionnels adhérents au CAS<sup>1</sup>.

1. Source : SNDS, calculs DREES.

## La moitié des bénéficiaires de contrats individuels n'ont aucune prise en charge des dépassements d'honoraires par les médecins spécialistes en ville

Les dépassements d'honoraires des consultations de spécialistes sont en général mieux pris en charge par les contrats collectifs que par les contrats individuels. Ainsi, en 2016, pour une consultation dans le cadre du parcours de soins facturée 60 euros auprès d'un spécialiste, seulement un bénéficiaire de contrats collectifs sur dix ne dispose d'aucune prise en charge des dépassements par son assurance complémentaire, contre cinq bénéficiaires de contrats individuels sur dix (*tableau 1*). Pour ces assurés, la prise en charge du contrat se limite alors au remboursement du TM, soit 6,90 euros si le spécialiste n'est pas adhérent au CAS, contre 8,40 euros s'il l'est<sup>2</sup>.

À l'autre extrémité des niveaux de garantie, dans le cadre du CAS, cinq bénéficiaires de contrats collectifs sur dix bénéficient d'une prise en charge de 40,40 euros, couvrant ainsi le TM (8,40 euros) et la totalité du dépassement de la consultation à 60 euros ( $60 - 28 = 32$  euros), contre moins d'un bénéficiaire de contrats individuels sur dix. Pour ces assurés, seule la participation forfaitaire de 1 euro reste à leur charge.

## Hors CAS, même les meilleurs contrats collectifs laissent un reste à charge pour une consultation à 60 euros

Pour une consultation du même montant auprès d'un professionnel non adhérent au CAS, aucun contrat responsable ne prend en charge totalement une consultation à 60 euros. En effet, hors CAS, la BRSS est non seulement plus faible (23 euros

**Tableau 1** Déciles des garanties offertes par les contrats souscrits pour une consultation dans le parcours de soins et facturée 60 euros par le spécialiste, en 2016

En euros

	Consultation CAS (BRSS : 28 euros), remboursée 18,60 <sup>1</sup> euros par l'assurance maladie obligatoire			Consultation hors CAS (BRSS : 23 euros), remboursée 15,10 <sup>1</sup> euros par l'assurance maladie obligatoire		
	Contrats collectifs	Contrats individuels	Ensemble des contrats	Contrats collectifs	Contrats individuels	Ensemble des contrats
D1	14,0	8,4	8,4	6,9	6,9	6,9
D2	22,4	8,4	8,4	13,8	6,9	6,9
D3	28,0	8,4	8,4	18,4	6,9	6,9
D4	36,4	8,4	19,6	23,0	6,9	11,5
D5	40,4	8,4	22,4	29,9	6,9	15,0
D6	40,4	19,6	29,4	29,9	13,8	20,7
D7	40,4	22,4	40,4	35,7	13,8	29,9
D8	40,4	28,0	40,4	35,7	18,4	29,9
D9	40,4	36,4	40,4	35,7	29,9	35,7
Moyenne	32,1	17,6	24,4	25,0	13,2	18,8

1. Le montant du remboursement est de 70 % de la BR, auquel est retranché 1 euro au titre de la participation forfaitaire.

**Lecture** > En 2016, pour une consultation dans le parcours de soins d'un médecin spécialiste signataire du CAS et facturée 60 euros, les 10 % des bénéficiaires de contrats collectifs les moins bien couverts (D1 : premier décile) disposent d'une garantie de remboursement inférieure ou égale à 14 euros.

**Champ** > Ensemble des bénéficiaires de contrats de complémentaire santé hors CMU-C et hors ACS.

**Source** > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits en 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats.

2. La prise en charge de l'assurance complémentaire au titre du ticket modérateur est de 30 % de la BRSS, soit  $30\% \times 23 = 6,90$  euros pour une consultation CAS et  $30\% \times 28 = 8,40$  euros hors CAS.

### Encadré 1 Contrat d'accès aux soins (CAS), option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam) et parcours de soins

Le secteur 2, ou secteur conventionné à honoraires libres, regroupe les médecins autorisés à appliquer des honoraires libres qui peuvent donc pratiquer des dépassements d'honoraires. Ceux-ci doivent se faire « avec tact et mesure » (convention nationale des médecins libéraux) et ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO). Selon les garanties du contrat de complémentaire santé et le montant des dépassements, ils pourront être pris en charge, partiellement ou totalement.

Le contrat d'accès aux soins (CAS) est entré en vigueur en 2013. C'est un contrat signé par certains médecins de secteur 2 avec l'Assurance maladie. En adhérant à ce contrat, les médecins généralistes ou spécialistes de secteur 2 qui pratiquent habituellement des honoraires libres, s'engagent à respecter un taux de dépassement moyen (et non sur l'ensemble des actes) et à respecter une certaine part de tarifs opposables. Ce taux de dépassement est propre à chaque médecin, calculé à partir de sa pratique passée, et ne doit en aucun cas être supérieur en moyenne à 100 % de la base de remboursement, autrement dit le tarif total de la consultation ne doit pas, en moyenne, être plus de deux fois supérieur au tarif de convention.

En contrepartie, les médecins obtiennent plusieurs avantages, dont un allègement de charges sociales. Les patients qui se tournent vers les professionnels adhérant au CAS peuvent, eux, profiter de tarifs plus avantageux.

Pour les patients, la base de remboursement de l'AMO est plus élevée (28 euros pour les consultations dans le CAS, 23 euros sinon en 2016). Ils sont alors mieux remboursés par l'Assurance maladie. Ils bénéficient aussi d'une plus forte prise en charge par leur complémentaire santé si celle-ci est responsable. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, les remboursements par les contrats responsables des dépassements d'honoraires sur les consultations de médecins n'ayant pas adhéré au CAS doivent être au minimum de 20 % inférieurs à ceux de médecins dans le CAS. Enfin, la prise en charge du dépassement des consultations hors CAS ne peut pas excéder un montant égal à 100 % du tarif opposable. Par exception et à titre transitoire, ce montant a été fixé à 125 % pour les soins délivrés en 2015 et 2016.

Le niveau de prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré au CAS prévu par la convention nationale médicale ne fait, en revanche, pas l'objet d'un plafonnement. Par exemple, pour une consultation d'un médecin spécialiste en secteur 2 au tarif de 60 euros, dans le cadre du parcours de soins dans le cas d'un contrat remboursant 130 % de dépassement d'honoraires dans le CAS :

- si le médecin est signataire du CAS, le remboursement par l'Assurance maladie et la complémentaire santé responsable est calculé sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) de 28 euros. La Sécurité sociale prend en charge 70 % de la BRSS, moins un euro de participation forfaitaire, soit 17,60 euros en 2016. L'assuré aura un reste à charge de 6 euros, une fois les 36,40 euros versés par la complémentaire (28 \* 1,3 - 1).
- si le médecin n'a pas adhéré au CAS, le remboursement de l'Assurance maladie est calculé sur une base minorée : 23 euros au lieu de 28 euros, ce qui correspond à un remboursement de 16,10 euros (moins 1 euro de participation forfaitaire). De plus, la même complémentaire santé rembourse alors à hauteur maximale de 110 % de la BRSS (pour respecter les 20 % d'écart de remboursement avec les médecins signataires du CAS), le remboursement intégral (Sécurité sociale + mutuelle) sera donc de 15,10 + 25,30, soit un reste à charge de 19,60 euros.

L'adhésion au CAS repose sur le volontariat des médecins. Ainsi, fin 2014, seul un tiers des médecins de secteur 2 avaient adhéré au CAS selon les chiffres de l'Assurance maladie.

L'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam) a remplacé le CAS au 1<sup>er</sup> janvier 2017. La base de remboursement sur laquelle s'effectue le calcul des remboursements de l'AMO a été revalorisée le 1<sup>er</sup> juillet 2017, de deux euros, passant ainsi de 28 à 30 euros pour les spécialistes signataires de l'Optam.

Depuis, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'Optam ne peut excéder 100 % du tarif de base de la Sécurité sociale.

Enfin, le parcours de soins coordonnés consiste à confier au médecin traitant la coordination des soins pour le suivi médical. En cas de non-respect du parcours de soins, c'est-à-dire si le médecin traitant n'est pas consulté en premier lieu, le patient majeur est moins bien remboursé par l'AMO (30 % de la BRSS contre 70 %). La complémentaire santé responsable ne compense pas la pénalité financière appliquée par l'AMO. Le parcours de soins ne concerne pas les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les gynécologues, les ophtalmologues, les psychiatres ou neuropsychiatres, les stomatologues.

contre 28 euros en 2016), mais la prise en charge des dépassements par les contrats de complémentaire ne peut excéder un montant égal à 125 % de la BRSS (120 % à partir de 2017) [encadré 1]. Ce plafond correspond à un remboursement total maximum par la complémentaire de 35,70 euros (6,90 euros au titre du TM et 28,80 euros au titre du dépassement d'honoraires), conduisant à une prise en charge totale (exceptée la participation forfaitaire) des consultations facturées jusqu'à 51,80 euros. Les consultations facturées au-delà de 51,80 euros entraînent ainsi, quelle que soit la garantie souscrite, un reste à charge pour l'assuré. 36 % des bénéficiaires de contrats collectifs disposent d'un remboursement des dépassements d'honoraires allant jusqu'au plafond autorisé dans le cadre des contrats responsables pour les consultations hors CAS, contre 4 % des bénéficiaires de contrats individuels.

Si les contrats collectifs couvrent largement mieux que les contrats individuels les dépassements d'honoraires, le quart des bénéficiaires disposant des contrats

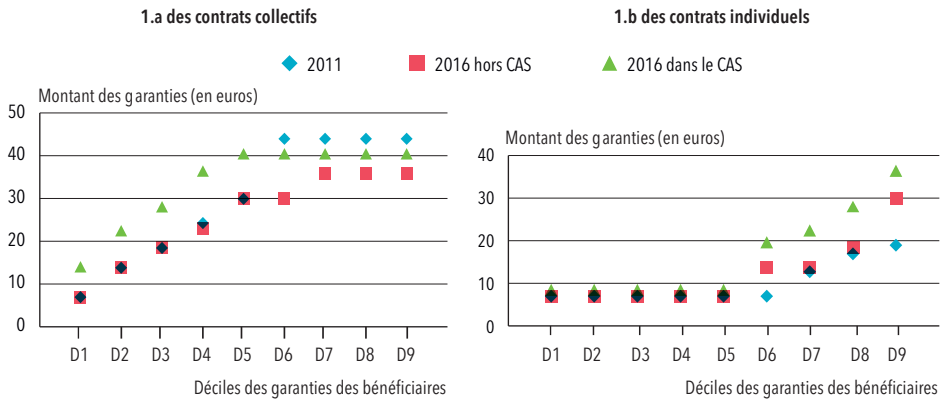
individuels offrant les meilleures prises en charge sont cependant mieux couverts que le quart des bénéficiaires des contrats collectifs les moins avantageux.

### Entre 2011 et 2016, les meilleurs contrats collectifs remboursent moins les dépassements d'honoraires élevés hors CAS

Entre 2006 et 2011, la prise en charge des dépassements d'honoraires a fortement augmenté, que ce soit pour les bénéficiaires des contrats collectifs ou pour les bénéficiaires des contrats individuels.

En revanche, les garanties des contrats collectifs les moins couvrants en 2016 sont, pour une consultation hors CAS, identiques à celles de 2011 (graphique 1). Si la consultation se déroule, en 2016, dans le cadre du CAS, les montants remboursés par les contrats collectifs de la moitié des bénéficiaires les moins bien pris en charge sont, en revanche, supérieurs à 2011. Le respect de l'écart minimal de 20 % avec les garanties hors CAS a donc conduit à une amélioration des garanties des contrats moins couvrants dans le CAS plutôt qu'à une baisse des garanties hors CAS.

## Graphique 1 Déciles des garanties offertes par les contrats souscrits en 2011 et 2016 pour une consultation de spécialiste, dans le parcours de soins et facturée 60 euros



**Note >** La base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) de 2011 et celle de 2016, hors CAS, sont de 23 euros. En revanche, la BRSS a augmenté en 2016 dans le cadre du CAS. En conséquence, une baisse des garanties dans le cadre du CAS ne signifie pas automatiquement une augmentation du reste à charge de l'assuré.

**Lecture >** En 2011, les 10 % des bénéficiaires de contrats collectifs les moins bien couverts (D1 : premier décile) disposent d'une garantie de remboursement inférieure ou égale à 6,90 euros pour une consultation dans le parcours de soins d'un médecin spécialiste, facturée 60 euros et de tarif de convention de 23 euros.

**Champ >** Ensemble des bénéficiaires de contrats de complémentaire santé hors CMU-C et hors ACS.

**Source >** DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits en 2011 et 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats.

Les montants versés par les complémentaires aux bénéficiaires des contrats les plus couvrants sont, eux, plus faibles en 2016 qu'en 2011. Cela s'explique, pour les consultations hors CAS, par le plafonnement des dépassements d'honoraires à 125 % de la BRSS et pour celles dans le cadre du CAS, par un effet mécanique de l'augmentation de la BRSS (23 euros en 2011 contre 28 euros en 2016) : l'AMO rembourse un montant plus

élevé, et les contrats couvrant l'intégralité de la consultation versent par conséquent un montant plus faible pour un même niveau de couverture global.

En 2016, comme en 2011, la moitié des contrats individuels ne remboursent pas au-delà du TM. À partir du sixième décile, le montant des remboursements est plus élevé en 2016, même pour une consultation hors CAS. ■

#### Pour en savoir plus

> **Gonzalez, L. Roussel, R., Héam, J.-C., Mikou, M. et Ferretti, C.** (2018). *Les dépenses de santé en 2017. Résultats des comptes de la santé (édition 2018)*. Paris, France : coll. Panoramas de la DREES-santé.