

En ce qui concerne 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 dans le cadre, ou non, du parcours de soins et auprès, ou non, d'un professionnel adhérent à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam). Tandis que quatre bénéficiaires de contrat individuel sur dix ne disposent, en 2021, d'aucune prise en charge des dépassements d'honoraires facturés par les médecins spécialistes en ville, c'est le cas de seulement un bénéficiaire de contrat collectif sur dix. En plus du versement par l'AMO, la moitié des bénéficiaires de contrat collectif dispose des garanties de remboursement maximales autorisées pour la consultation d'un spécialiste non-adhérent à l'Optam, soit 29,90 euros, et de garanties d'au moins 45 euros pour la consultation d'un spécialiste pratiquant des dépassements maîtrisés adhérent à l'Optam.

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

La dépense de soins de médecins spécialistes en ville est estimée à 14,2 milliards d'euros en 2022, dont 2,3 milliards d'euros de dépassements d'honoraires, tous secteurs confondus (Arnaud, Lefebvre, 2023). Les honoraires d'un spécialiste correspondent aux tarifs des actes cliniques de la consultation – et, le cas échéant, des actes techniques pratiqués durant la consultation –, aux majorations remboursées par l'assurance maladie obligatoire (AMO) ainsi qu'aux dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques.

Les contrats responsables, qui constituent 98 % des contrats d'assurance complémentaire santé souscrits (voir fiche 01), prennent en charge 30 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) au titre du ticket modérateur (TM). Ils complètent le remboursement de l'AMO, qui varie si la consultation a lieu ou non dans le cadre du parcours de soins du

patient<sup>1</sup>. Le remboursement par l'AMO s'établit ainsi à 70 % de la BRSS pour une consultation dans le cadre du parcours de soins. La prise en charge du TM pour l'assuré est alors totale, et ce dernier n'a aucun reste à charge sur la partie correspondant au tarif opposable<sup>2</sup> (hormis la participation forfaitaire de 1 euro)<sup>3</sup>. 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, tandis que la part prise en charge par les contrats, s'ils sont responsables, reste à 30 % de la BRSS. Le TM est alors partiellement remboursé : il reste à la charge de l'assuré 40 % de la BRSS (auxquels vient s'ajouter la participation forfaitaire).

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

Depuis 2013, le remboursement des consultations des spécialistes de secteur 2 (*encadré 1*) est réglementé pour limiter l'augmentation des dépassements d'honoraires, *via* le contrat

1. Le parcours de soins coordonnés consiste à confier au médecin traitant la coordination des soins pour le suivi médical : le recours au spécialiste doit se faire après consultation préalable du médecin traitant. Il ne concerne pas les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les gynécologues, les ophtalmologues, les psychiatres ou neuropsychiatres et les stomatologues.

2. Les tarifs opposables (appelés aussi tarifs de responsabilité ou tarifs conventionnels) sont les tarifs fixés par la Sécurité sociale et pratiqués par les médecins conventionnés.

3. La participation forfaitaire est passée de 1 euro à 2 euros au 15 mai 2024 (voir fiche 01).

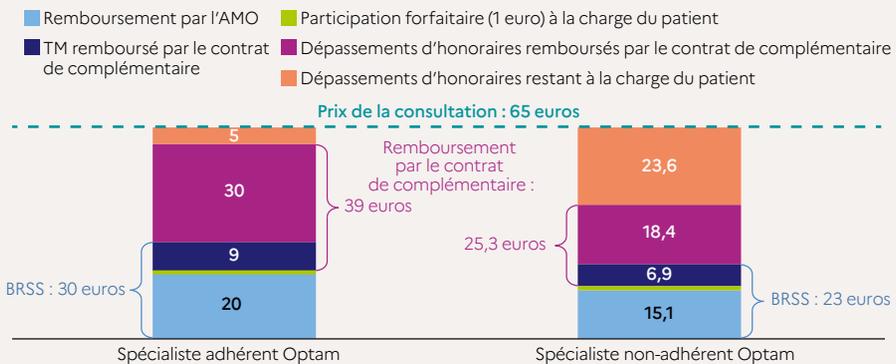
**Encadré 1 Exemple de prise en charge d'une consultation selon le statut d'un spécialiste de secteur 2 en 2021**

Contrairement au secteur 1 qui regroupe les médecins appliquant le tarif de convention fixé par l'Assurance maladie, sans dépassement d'honoraires possible (sauf demande particulière du patient), le secteur 2, ou secteur conventionné à honoraires libres, regroupe les médecins autorisés à appliquer des honoraires libres et qui peuvent donc pratiquer des dépassements d'honoraires. Ces dépassements doivent être mis en œuvre, selon les termes de la convention nationale des médecins libéraux, « avec tact et mesure » 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. La prise en charge d'une consultation est soumise à de nombreuses variations. À titre d'exemple, pour une consultation de 65 euros<sup>1</sup> effectuée en 2021 chez un médecin spécialiste de secteur 2, dans le cadre d'un contrat de complémentaire responsable remboursant les consultations à hauteur de 200 % de la BRSS (y compris part de l'AMO) [voir schéma ci-dessous], soit une prise en charge réglementaire de 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) [part AMO et ticket modérateur (TM)] et une prise en charge des dépassements d'honoraires à hauteur de 100 % de la BRSS :

> Si le médecin est signataire de l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam), la BRSS s'établit à 30 euros. L'AMO prend en charge 70 % de la BRSS, moins 1 euro de participation forfaitaire, soit 20 euros. La complémentaire prend en charge 9 euros au titre du TM et 30 euros au titre du dépassement d'honoraires (100 % de 30 euros), soit 39 euros. L'assuré aura alors un reste à charge de 6 euros (dont 1 euro de participation forfaitaire)<sup>2</sup>.

> Si le médecin n'a pas adhéré à l'Optam, le remboursement de l'AMO est calculé sur une BRSS minorée à 23 euros. En déduisant la participation forfaitaire de 1 euro, le remboursement est de 15,10 euros. La complémentaire santé rembourse la consultation à hauteur maximale de 180 % de la BRSS (écart d'au moins 20 % avec la prise en charge des consultations dans le cadre de l'Optam), soit une prise en charge des dépassements inférieure de 80 % du montant de la BRSS). La complémentaire prend en charge 6,90 euros au titre du TM et 18,40 euros au titre du dépassement d'honoraires, soit 25,30 euros. L'assuré aura donc un reste à charge de 24,60 euros (dont 1 euro de participation forfaitaire)<sup>3</sup>.

**Décomposition de la prise en charge (à 200 % dans le cadre de l'Optam, à 180 % hors Optam) d'une consultation à 65 euros d'un médecin spécialiste de secteur 2, en 2021**



1. 10 % des consultations de spécialistes adhérents Optam et 30 % de celles des spécialistes non-adhérents à l'Optam sont facturées à un montant supérieur.

2. Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2023, la BRSS s'élève à 31,50 euros. À partir du 15 mai 2024, la participation forfaitaire passe à 2 euros. La part prise en charge par l'AMO est désormais de 20,05 euros et le montant du TM à 9,45 euros. Dans l'exemple décrit, la complémentaire prend en charge, en plus du TM, 31,50 euros au titre du dépassement d'honoraires, soit au total 40,95 euros. Le reste à charge pour le patient est alors de 4 euros, dont 2 euros de participation forfaitaire.

3. Le 15 mai 2024, la participation forfaitaire passe de 1 à 2 euros. Dans cet exemple, le reste à charge pour l'assuré est alors de 25,60 euros.

d'accès aux soins (CAS), remplacé en 2017 par l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam). Les médecins spécialistes de secteur 2 adhérents à l'Optam s'engagent à respecter un taux de dépassement d'honoraires moyen et une certaine part de tarifs opposables, avec en contrepartie des avantages financiers. Fin 2014, seul un tiers des médecins de secteur 2 avaient signé le CAS, selon les chiffres de l'Assurance maladie ; en 2021, ils sont désormais près de la moitié à avoir adhéré à l'Optam<sup>4</sup>.

La BRSS varie selon que le praticien est adhérent ou non à l'Optam (ou anciennement au CAS) : depuis 2017, elle s'établit à 30 euros<sup>5</sup> dans le premier cas et à 23 euros dans le second.

De plus, la prise en charge des dépassements d'honoraires est encadrée pour les contrats responsables, avec des modulations selon que le professionnel adhère ou non à l'Optam. Ainsi, pour la consultation d'un praticien non-adhérent à l'Optam, un contrat responsable doit non seulement plafonner le remboursement des dépassements d'honoraires à 100 % de la BRSS, mais également minorer d'au moins 20 % ce montant par rapport à celui pris en charge dans le cadre de l'Optam.

### **Quatre bénéficiaires de contrat individuel sur dix ne disposent d'aucune prise en charge des dépassements d'honoraires**

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, dans lequel ont lieu l'essentiel des consultations<sup>6</sup>, les dépassements d'honoraires des consultations de spécialistes sont généralement mieux pris en charge par les contrats collectifs que par les contrats individuels : en 2021, l'écart moyen est de 22 euros pour une consultation

d'un médecin adhérent à l'Optam, et de 8 euros hors Optam. En outre, seul un bénéficiaire de contrat collectif sur dix ne dispose d'aucune prise en charge des dépassements par son contrat de complémentaire, contre quatre bénéficiaires de contrat individuel 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 à l'Optam, ou 9 euros s'il l'est<sup>7</sup>.

### **Un bénéficiaire de contrat collectif sur deux dispose de la garantie maximale autorisée de 29,90 euros pour une consultation hors Optam**

En 2021, la consultation d'un spécialiste adhérent à l'Optam coûte en moyenne 45 euros<sup>8</sup>, soit 25 euros après le remboursement par l'AMO. En déduisant 1 euro de participation forfaitaire, huit bénéficiaires de contrat collectif sur dix disposent de garanties d'au moins 24 euros, contre quatre sur dix en individuel.

La prise en charge, par les contrats de complémentaire responsables, des dépassements pratiqués par les spécialistes non-adhérents à l'Optam ne peut excéder un montant égal à 100 % de la BRSS. Autrement dit, avec la part de l'AMO ainsi que le remboursement du TM et des dépassements d'honoraires par la complémentaire santé, la prise en charge des spécialistes non-adhérents Optam est plafonnée à 200 % de la BRSS. Les remboursements de la complémentaire santé sont ainsi plafonnés à 29,90 euros (6,90 euros au titre du TM et 23 euros au titre du dépassement d'honoraires). La prise en charge maximale d'une consultation auprès d'un spécialiste

4. Sources : Système national des données de santé (SNDS), calculs Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM).

5. Elle s'élevait à 28 euros avant 2017 et est désormais fixée à 31,50 euros, depuis novembre 2023. Par ailleurs, dans le cadre des consultations dites « complexes » et « très complexes », la BRSS est plus élevée : selon la spécialité et le secteur du praticien, elle est respectivement d'au moins 46 euros et de 60 euros.

6. En 2021, 98 % des consultations ont lieu dans le cadre du parcours de soins (source : SNDS, calculs DREES).

7. La prise en charge de l'assurance complémentaire est de 30 % de la BRSS, soit  $30\% \times 23 = 6,90$  euros pour une consultation hors Optam et  $30\% \times 30 = 9$  euros chez un spécialiste adhérent à l'Optam.

8. Source : SNDS, calculs DREES.

**Tableau 1** Déciles des garanties des contrats souscrits pour une consultation de spécialiste dans le parcours de soins, en 2021

En euros

Déciles des garanties des bénéficiaires	Consultation auprès d'un spécialiste adhérent à l'Optam			Consultation auprès d'un spécialiste non-adhérent à l'Optam		
	Contrats collectifs	Contrats individuels	Ensemble	Contrats collectifs	Contrats individuels	Ensemble
D1	9,0	9,0	<b>9,0</b>	6,9	6,9	<b>6,9</b>
D2	24,0	9,0	<b>9,0</b>	11,5	6,9	<b>6,9</b>
D3	27,0	9,0	<b>16,5</b>	13,8	6,9	<b>6,9</b>
D4	39,0	9,0	<b>24,0</b>	20,7	6,9	<b>12,7</b>
D5	45,0	18,0	<b>27,0</b>	29,9	8,1	<b>13,8</b>
D6	52,5	24,0	<b>39,0</b>	29,9	13,8	<b>21,9</b>
D7	69,0	27,0	<b>45,0</b>	29,9	14,9	<b>29,9</b>
D8	75,0	39,0	<b>69,0</b>	29,9	25,3	<b>29,9</b>
D9	99,0	46,5	<b>90,0</b>	29,9	29,9	<b>29,9</b>
<b>Moyenne</b>	<b>52,0</b>	<b>30,0</b>	<b>41,1</b>	<b>22,0</b>	<b>14,0</b>	<b>17,9</b>

Optam : option de pratique tarifaire maîtrisée.

**Note** > L'enquête OC recueille les caractéristiques des dix contrats les plus souscrits ; celles-ci sont extrapolées à l'ensemble des bénéficiaires de complémentaire santé.

L'assurance maladie obligatoire (AMO) rembourse 70 % du tarif de convention duquel est déduite la participation forfaitaire de 1 euro. Hors Optam, le tarif de convention est de 23 euros, soit un remboursement AMO de 15,10 euros. Dans l'Optam, le tarif de convention est de 30 euros, soit un remboursement AMO de 20 euros.

**Lecture** > En 2021, les 10 % des bénéficiaires d'un contrat collectif les moins bien couverts disposent d'une garantie de remboursement couvrant uniquement le ticket modérateur (TM), à 6,90 euros (D1), pour une consultation dans le parcours de soins d'un médecin spécialiste non-adhérent à l'Optam.

**Champ** > Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors CSS, France entière.

**Source** > DREES, enquête OC 2021.

non-adhérent à l'Optam, part AMO incluse, s'élève alors à 45 euros, toute dépense au-delà restant à la charge du patient. La moitié des bénéficiaires de contrat collectif disposent d'un remboursement des dépassements d'honoraires allant jusqu'au plafond autorisé, contre un bénéficiaire de contrat individuel sur dix. En 2021, le prix moyen d'une consultation de spécialiste non-adhérent à l'Optam est de 58 euros<sup>9</sup>.

Si les contrats collectifs couvrent en moyenne largement mieux les dépassements d'honoraires, deux bénéficiaires de contrat individuel sur dix disposent de garanties plus importantes que plus de quatre bénéficiaires de contrat collectif sur dix pour la consultation d'un spécialiste adhérent à l'Optam (D8 en individuel supérieur au D4 en collectif).

### Entre 2019 et 2021, les garanties des bénéficiaires de contrat collectif évoluent légèrement à la hausse

Dans le cadre d'une consultation d'un spécialiste adhérent à l'Optam, les garanties des bénéficiaires de contrat collectif augmentent entre 2019 et 2021<sup>10</sup> (5 euros de plus en moyenne), en particulier pour les bénéficiaires de montants de garanties intermédiaires (D2 à D7) [graphique 1a]. Pour une consultation hors Optam, elles restent globalement stables, en raison notamment du plafonnement de remboursement imposé aux contrats de complémentaire responsables.

Les garanties des bénéficiaires de contrat individuel pour la consultation d'un spécialiste, que celle-ci ait lieu dans le cadre de l'Optam ou non, sont relativement stables entre 2019 et 2021<sup>11</sup> (graphique 1b). ■

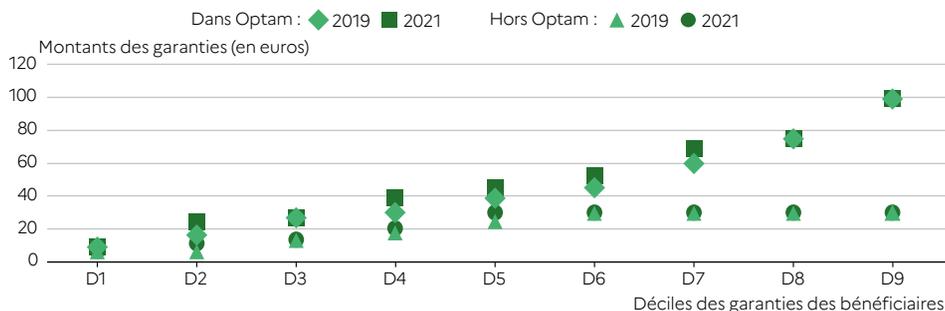
9. *Ibid.*

10. Pour les évolutions antérieures, voir annexe 3.

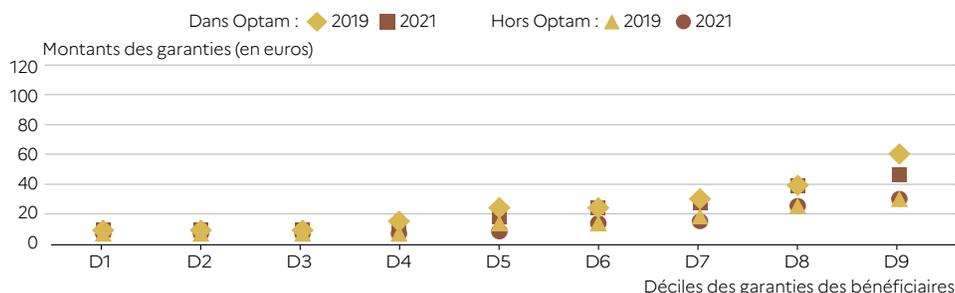
11. L'écart constaté entre les garanties des 10 % des bénéficiaires les mieux couverts ne doit pas être interprété : le chiffre de 2019 est accentué par la pondération imprécise d'un contrat aux garanties particulièrement élevées.

## Graphique 1 Déciles des garanties des contrats souscrits pour une consultation de spécialiste dans le parcours de soins

### 1a. Contrats collectifs



### 1b. Contrats individuels



Optam : option de pratique tarifaire maîtrisée.

**Note >** L'enquête OC recueille les caractéristiques des dix contrats les plus souscrits ; celles-ci sont extrapolées à l'ensemble des bénéficiaires de complémentaire santé. Pour les garanties des contrats individuels souscrits, la valeur du neuvième décile en 2019 est surévaluée en raison d'un contrat dont les garanties sont extrêmes et qui est associé à une pondération élevée spécifique, compte tenu de ses caractéristiques. L'évolution constatée entre 2019 et 2021 ne doit pas être interprétée.

**Lecture >** En 2021, les 10 % des bénéficiaires d'un contrat individuel les moins bien couverts disposent d'une garantie de remboursement inférieure ou égale à 6,90 euros (D1) pour une consultation dans le parcours de soins d'un médecin spécialiste non-adhérent à l'Optam.

**Champ >** Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors CMU-C, ACS et CSS, France entière.

**Sources >** DREES, enquête OC 2019 et 2021.

#### Pour en savoir plus

- > **Arnaud, F., Lefebvre, G. (dir.)** (2023). *Les dépenses de santé en 2022 – Résultats des comptes de la santé – Édition 2023*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Guillot, V., Lapinte, A.** (2022, mars). Enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire 2019 – Analyse des changements méthodologiques, révisions des années antérieures et premiers résultats. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 93.
- > **Pla, A., Choné, P., Coudin, É.** (2020, janvier). Médecins en secteur 2 : les dépassements d'honoraires diminuent quand la concurrence s'accroît. DREES, *Études et Résultats*, 1137.