

La dépense de soins pour des spécialistes exerçant en ville est estimée à 11,1 milliards d'euros en 2014, dont 1,6 milliard d'euros de dépassements d'honoraires¹. Les honoraires correspondent aux tarifs des actes cliniques et/ou des actes techniques pratiqués, aux majorations autorisées par l'assurance maladie et aux dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques. Si la très grande majorité des contrats d'assurance complémentaire santé prennent en charge le ticket modérateur², en revanche la prise en charge des dépassements d'honoraires varie largement selon les contrats.

La prise en charge des dépassements d'honoraires des spécialistes

Les dépassements d'honoraires pratiqués par les spécialistes sont mieux pris en charge par les contrats collectifs que par les contrats individuels. Ainsi, en 2013, parmi les bénéficiaires des contrats les plus souscrits, pour une consultation facturée 60 euros, seulement deux bénéficiaires de contrats collectifs sur dix n'ont aucune prise en charge du dépassement par leur assurance complémentaire, contre six bénéficiaires de contrats individuels sur dix (tableau 1). Pour ces individus, la prise en charge du contrat se limite alors au remboursement du ticket modérateur, soit 6,90 euros. Inversement, quatre bénéficiaires de contrats collectifs sur dix bénéficient d'une prise en charge intégrale du dépassement, soit 37 euros³ qui s'ajoutent à la prise en charge du ticket modérateur, contre seulement 2 % des bénéficiaires de contrats individuels. Seule la participation forfaitaire de 1 euro reste à leur charge dans ce cas. La part des bénéficiaires des contrats collectifs les plus souscrits couverts par ces contrats haut de gamme, c'est-à-dire avec un reste à charge réduit à la

participation forfaitaire, a fortement augmenté entre 2006 et 2013. Elle est passée de 20 % des personnes couvertes en 2006 à 40 % en 2013.

Des remboursements encadrés par la réforme des contrats responsables

Depuis la mise en place de la réforme des contrats responsables (avril 2015), lorsque le médecin n'a pas adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS), le remboursement du dépassement ne peut excéder le plus petit des deux plafonds suivants :

- soit 35 euros en 2015 et 2016 (28 euros à compter de 2017) ;
- soit le montant du dépassement pris en charge par le contrat pour les médecins ayant adhéré au CAS diminué de 20 %.

Par ailleurs, si 98 % des bénéficiaires des contrats collectifs et 94 % des bénéficiaires des contrats individuels bénéficient d'une prise en charge en cas de consultation en dehors du parcours de soins, pour autant le cas échéant la prise en charge est très faible (le remboursement médian est de 6,90 euros).

La prise en charge des dépassements d'honoraires pour hospitalisations en clinique

En cas d'hospitalisation dans une clinique, des dépassements d'honoraires sur actes techniques ou cliniques peuvent être facturés par les médecins. En 2014, on estime à 0,9 milliard d'euros le montant de ces dépassements⁴. Ils peuvent faire l'objet d'une prise en charge par les contrats d'assurance complémentaire santé. Par exemple, pour une opération de la cataracte facturée 600 euros au patient par le chirurgien, le tarif de convention

1. CNAMTS-SNIR, calculs DREES.

2. Pour bénéficier du caractère responsable, le contrat doit prendre en charge le ticket modérateur.

3. Pour une telle consultation, dont le tarif de convention est de 23 euros, le remboursement de la Sécurité sociale est de 15,10 euros et la participation forfaitaire de 1 euro. Pour avoir le caractère responsable, les contrats ne peuvent pas prendre en charge la participation forfaitaire de 1 euro.

4. CNAMTS-SNIR, calculs DREES.

Tableau 1 Distribution en 2006 et en 2013 des remboursements par les organismes complémentaires d'une consultation d'un spécialiste de secteur 2, dans le parcours de soins, facturée 60 euros et remboursée 15,10 euros par la Sécurité sociale

En euros

Déciles	Contrats collectifs		Contrats individuels		Ensemble	
	2006	2013	2006	2013	2006	2013
D1	6,9	6,9	6,9	6,9	6,9	6,9
D2	6,9	6,9	6,9	6,9	6,9	6,9
D3	6,9	18,4	6,9	6,9	6,9	6,9
D4	14,95	22,1	6,9	6,9	6,9	6,9
D5	18,4	29,9	6,9	6,9	6,9	8,05
D6	28,5	43,9	6,9	6,9	12,65	18,4
D7	36,9	43,9	6,9	10,35	18,4	22,14
D8	43,9	43,9	13,8	16,9	23	40,25
D9	43,9	43,9	18,4	18,9	43,9	43,9
Moyenne	23,13	28,32	10,6	11,18	15,63	18,32

Lecture > En 2013, seulement deux bénéficiaires de contrats collectifs sur dix ne bénéficient d'aucune prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins spécialistes par leur contrat, la prise en charge se limitant au remboursement du ticket modérateur de 6,90 euros, contre six bénéficiaires de contrats individuels sur dix.

Champ > Bénéficiaires des contrats les plus souscrits.

Source > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits, données 2006 et 2013.

Tableau 2 Distribution en 2006 et en 2013 des remboursements, par les organismes complémentaires, d'une opération de la cataracte facturée 600 euros remboursée 271,70 euros par la Sécurité sociale

En euros

Déciles	Contrats collectifs		Contrats individuels		Ensemble	
	2006	2013	2006	2013	2006	2013
D1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
D2	0,0	163,0	0,0	0,0	0,0	0,0
D3	27,2	271,7	0,0	0,0	0,0	27,2
D4	135,9	328,3	0,0	27,2	0,0	81,5
D5	271,7	328,3	0,0	81,5	67,9	135,9
D6	328,3	328,3	54,3	81,5	135,9	271,7
D7	328,3	328,3	108,7	135,9	271,7	328,3
D8	328,3	328,3	135,9	200,0	328,3	328,3
D9	328,3	328,3	328,3	328,3	328,3	328,3
Moyenne	191,2	255,0	82,4	102,6	126,1	166,1

Lecture > En 2013, seulement un bénéficiaire de contrat collectif sur dix ne bénéficie d'aucune prise en charge en cas d'opération de la cataracte avec dépassement d'honoraire du chirurgien, contre trois bénéficiaires de contrats individuels sur dix.

Champ > Bénéficiaires des contrats les plus souscrits.

Source > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits, données 2006 et 2013.

est de 271,70 euros et est assorti d'une prise en charge à 100 %. Ainsi, dans ce cas, le reste à charge du patient après remboursement de l'assurance maladie obligatoire est de 328,30 euros, intégralement constitué par le dépassement (tableau 2). Un bénéficiaire de contrat collectif sur dix ne reçoit pas de remboursement de son contrat. C'est le cas de trois bénéficiaires de contrat individuel sur dix. À l'inverse, six bénéficiaires de contrats collectifs sur dix ont un reste à charge nul contre un bénéficiaire de contrat individuel sur dix.

Depuis la mise en place de la réforme des contrats responsables (avril 2015), lorsque le praticien n'a pas adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS), le remboursement du dépassement facturé dans le cadre d'une opération de la cataracte ne peut excéder le plus petit des deux plafonds suivants :

- soit 340 euros en 2015 et 2016 (271 euros à compter de 2017) ;
- soit le montant du dépassement pris en charge par le contrat pour les médecins ayant adhéré au CAS diminué de 20 %. ■