



ASSEMBLÉE NATIONALE

15ème législature

Remboursement des honoraires des médecins libéraux

Question écrite n° 299

Texte de la question

M. Antoine Herth attire l'attention de Mme la ministre des solidarités et de la santé sur le problème du remboursement des honoraires des médecins libéraux. En effet, depuis la réforme des contrats d'assurance mutuelle dits « responsables », engagée par le précédent Gouvernement, les mutuelles ne peuvent plus rembourser les honoraires des médecins libéraux pratiquant des dépassements que dans la limite d'une fois le tarif fixé par la sécurité sociale. Si l'objectif louable de cette réforme était précisément de faire baisser les tarifs pratiqués par les médecins, force est de constater que cet objectif n'a pas été atteint. Bien au contraire, cette réforme s'est traduite, en pratique, par une baisse de la prise en charge financière des patients. Ces derniers ont désormais bien souvent un reste à charge, plus ou moins important selon la nature de la consultation, à financer, là où précédemment ils étaient intégralement pris en charge ou remboursés. Il lui expose ainsi le cas de l'un de ses administrés qui, pour pouvoir continuer d'être remboursé intégralement pour des consultations de cardiologie, n'a d'autre alternative que de changer de cardiologue (choix en l'espèce assez douloureux car ce médecin lui a sauvé la vie par deux fois) ou alors d'opter pour un niveau de garantie supérieur auprès de sa mutuelle, hypothèse qui implique évidemment des cotisations plus lourdes. Aussi, il souhaite l'alerter sur ce dossier et l'interroge sur ses intentions afin de garantir à toutes et à tous un niveau de remboursement des soins décentement acceptable pour les patients.

Texte de la réponse

L'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale instituant les contrats dits « solidaires et responsables » a mis en œuvre un plafonnement de la prise en charge par les complémentaires santé des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à un dispositif de maîtrise des dépassements d'honoraires. À ce titre, quand le contrat de complémentaire santé propose la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'adhérant pas à un dispositif de maîtrise des dépassements d'honoraires, cette prise en charge ne peut pas excéder un montant égal à 100% du tarif opposable, et doit en outre être inférieure à la prise en charge proposée par le même contrat pour les dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent à un dispositif de maîtrise des dépassements d'honoraires, en respectant une différence au moins égale à 20% du tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge. Ce plafonnement a pour but de faire des contrats responsables un instrument de régulation du système de santé. En effet, avant cette réforme, le niveau de couverture offert par certaines complémentaires contribuait, en solvabilisant certaines pratiques tarifaires excessives, à accroître le prix des soins. Ce plafonnement s'inscrit donc dans le cadre d'une politique globale de régulation des dépassements d'honoraires en s'appuyant sur les outils conventionnels. Les évolutions constatées des dépassements d'honoraires ces dernières années démontrent que ces politiques sont concluantes. Selon les données de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), après 20 ans de hausse ininterrompue, le taux de dépassement (évalué sur la masse totale des prestations tarifées à l'acte) des médecins de secteur 2 s'est stabilisé en 2012 et a amorcé une baisse en 2013, qui s'est accélérée en 2014 et 2015 (il est passé de 55,4% en 2012 à 53,3% à fin 2015). De plus, le taux d'actes à tarif opposable est passé de 32,9% en 2012 à 36,2% à fin 2015. Afin d'accompagner et d'amplifier ce

mouvement, la dernière convention médicale a mis en place un nouveau dispositif de maîtrise des dépassements d'honoraires dénommé « option pratique tarifaire maîtrisée » (OPTAM) qui est venu remplacer les contrats d'accès aux soins (CAS). Ce nouveau dispositif, dont les critères sont assouplis par rapport au CAS, se veut plus incitatif pour les professionnels de santé. Les dernières remontées de la CNAMTS démontrent une réelle attractivité pour le dispositif puisque, depuis sa mise en place le 1er janvier 2017, 14 600 OPTAM ont été souscrits contre 10 000 CAS auparavant. Ainsi, la régulation des dépassements d'honoraires est une entreprise de long terme qui repose également sur l'effet d'apprentissage des patients qui devrait les rendre plus vigilants sur les pratiques tarifaires des professionnels de santé et ainsi exercer une pression conduisant à une diminution de leurs dépassements.

Données clés

Auteur : [M. Antoine Herth](#)

Circonscription : Bas-Rhin (5^e circonscription) - Les Constructifs : républicains, UDI, indépendants

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 299

Rubrique : Assurance complémentaire

Ministère interrogé : [Solidarités et santé](#)

Ministère attributaire : [Solidarités et santé](#)

Date(s) clé(s)

Date de signalement : Question signalée au Gouvernement le 23 octobre 2017

Question publiée au JO le : [1er août 2017](#), page 4001

Réponse publiée au JO le : [31 octobre 2017](#), page 5310