



Fiche thématique

Dépassements d'honoraires

La présente fiche a pour ambition de dresser **un état des lieux des dépassements d'honoraires** – pour certains professionnels de santé - à l'aune de la réglementation en vigueur.

I. Éléments de contexte :

Il est d'abord essentiel de rappeler quelques définitions.

➤ Qu'est-ce que le parcours de soins coordonnés ?

C'est l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale qui définit le parcours de soins coordonnés :

- Tout assuré ou ayant droit ≥ 16 ans indique à sa caisse AMO le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. Pour l'ayant droit < 16 ans, l'un au moins des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale choisit le médecin traitant et l'indique à la caisse AMO.
- Le médecin traitant peut être un généraliste ou un spécialiste ou un médecin hospitalier ou un médecin salarié d'un centre de santé ou d'un établissement ou service social ou médico-social.
- Le patient doit consulter ce médecin traitant (ou son remplaçant) en première intention pour que celui-ci l'oriente vers le médecin correspondant.

La mise en œuvre du parcours de soins coordonnés est définie aux articles 15 et suivants de la convention médicale de 2016. C'est donc le circuit que le patient doit respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursé normalement. En effet, en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés, le ticket modérateur (TM) est majoré.

Toutefois, ne sont pas concernés par la majoration du TM et sont donc remboursés normalement même s'ils ne sont pas passés par leur médecin traitant :

- Le patient < 16 ans ;
- Le patient qui consulte un autre médecin en cas d'urgence ;
- Le patient qui consulte un autre médecin en dehors de son lieu de résidence ;
- Le patient militaire sur prescription d'un médecin des armées ;
- Le patient qui consulte en accès direct certains médecins relevant de certaines spécialités et pour des actes précis : les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues, ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans (à condition d'avoir déclaré un médecin traitant).

Pour inciter au respect du parcours de soins coordonnés, la convention médicale autorise les médecins relevant de certaines spécialités à pratiquer, dans certaines limites, des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations lorsqu'ils reçoivent un patient qui ne leur est pas préalablement adressé par un médecin traitant et qui ne relève pas d'un protocole de soins. On parle de **dépassement autorisé (DA)**.

Rôle de l'Assurance Maladie Complémentaire (AMC) : Conformément aux articles L. 871-1 et R. 871-1 relatifs aux contrats responsables, les garanties ne comprennent pas, notamment :

- La prise en charge de la majoration du TM ;
- Les dépassements d'honoraires autorisés pratiqués par les professionnels de santé en cas de non-respect par les assurés du parcours de soins coordonnés (à hauteur au moins du DA pour les actes cliniques).

=> Par conséquent, lorsque la personne est hors parcours (n'a pas déclaré de médecin traitant ou consulte directement un autre médecin que son médecin traitant sans avoir été orienté au préalable par ce dernier), **le contrat complémentaire santé ne prend en principe pas en charge la majoration du TM ni les dépassements d'honoraires autorisés.**



➤ Et les dispositifs OPTAM/OPTAM-CO et non-OPTAM/non OPTAM-CO ?

Depuis le 1^{er} janvier 2017, le contrat d'accès aux soins (CAS) a disparu et on a désormais 2 options conventionnelles non cumulables auxquelles le médecin peut adhérer : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) + OPTAM chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO) applicable aux médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou une spécialité de gynécologie obstétrique.

✓ Qui peut être concerné ?

Tout médecin quelle que soit sa spécialité qui est :

- Autorisé à pratiquer des honoraires différents (en secteur 2 ou ayant la possibilité d'exercer en secteur 2) ;
- Titulaire du droit à **dépassement permanent (DP)**.

✓ Quelles obligations ?

- Le médecin s'engage à maîtriser ses dépassements d'honoraires (on parle de **dépassement maîtrisé (DM)**), en respectant un taux de dépassement d'honoraires moyen et un taux d'activité à tarifs opposables déterminés.
- L'AMO s'engage à ce que les tarifs de remboursement du médecin adhérent soient identiques aux tarifs en vigueur pour un médecin exerçant en secteur à honoraires opposables.

Ces options ont pour objectif d'améliorer l'accès aux soins des patients, avec un meilleur niveau de remboursement par l'AMO et des dépassements d'honoraires limités.

Rôle de l'Assurance Maladie Complémentaire (AMC) : Conformément à l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale relatif aux contrats responsables, les contrats de complémentaire santé peuvent prévoir la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO et ceux des médecins non adhérents.

En outre, aux termes de l'article R. 871-2 du Code de la sécurité sociale relatif aux contrats responsables, les garanties peuvent comprendre les dépassements d'honoraires des médecins non-adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO dans la double limite de 100 % du tarif de base de la Sécurité sociale et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'OPTAM/OPTAM-CO minoré d'un montant égal à 20 % de ce tarif de base.

=> Par conséquent, lorsqu'ils les prennent en charge, les contrats de complémentaire santé responsables remboursent mieux les dépassements d'honoraires d'un médecin adhérent à l'OPTAM/OPTAM-CO que ceux d'un médecin non adhérent.

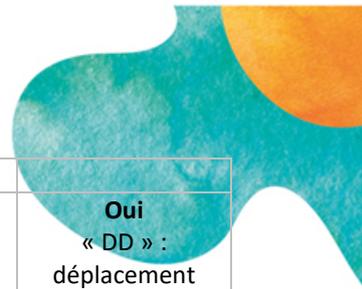


II. Les différents cas par professions* :

Dès qu'ils sont conventionnés, ci-après leurs possibilités ou non de dépassements d'honoraires :

Dépassements Professionnels de santé	DA ¹ Dépassement Autorisé	DM ² Dépassement Maitrisé	DP ³ Droit permanent à dépassement	DE ⁴ Dépassement pour Exigence	AUTRES
MEDECINS SECTEUR 1	Oui Dépassements plafonnés si hors parcours de soins coordonnés	Oui Si adhérent OPTAM/OPTAM- CO	Oui S'ils étaient titulaires de ce droit au moment de l'entrée en vigueur de la convention	Oui Non cumulable avec le DA plafonné	
MEDECINS SECTEUR 2	Non	Oui Si adhérent OPTAM/OPTAM- CO	Oui S'ils étaient titulaires de ce droit au moment de l'entrée en vigueur de la convention	Oui	Oui Si non adhérent OPTAM/OPTAM- CO (dépassements avec « tact et mesure »)
CHIRURGIENS- DENTISTES	Non	Non	Oui S'ils étaient titulaires de ce droit au moment de l'entrée en vigueur de la convention	Oui Sauf pour panier CMU- C et panier 100% Santé	Oui « ED » : les tarifs d'honoraires des soins prothétiques et orthodontiques peuvent faire l'objet d'une entente directe (ED) avec le patient
MASSEURS- KINESITHERAPEUTES	Non	Non	Non	Oui Sauf pour les bénéficiaires CMU-C/ACS	
INFIRMIERS	Non	Non	Non	Oui	Oui « DD » : déplacement non prescrit
ORTHOPHONISTES	Non	Non	Non	Oui	
ORTHOPTISTES	Non	Non	Non	Oui	

* Il n'y a pas l'exhaustivité des professionnels de santé conventionnés.



	Non	Non	Non	Oui	Oui
SAGES-FEMMES					« DD » : déplacement non médicalement justifié en matière de soins de maternité et infirmiers

N. B. : Conformément à l'article L. 162-5-13 du Code de la sécurité sociale, les bénéficiaires de la CMU-C ne sont pas concernés par les dépassements d'honoraires des médecins conventionnés, sauf les DE et les DA.

1 Dépassement autorisé

Ce dépassement est autorisé, pour tous les actes des praticiens spécialistes conventionnés à tarifs opposables (secteur 1 sans DP) lorsqu'ils sont consultés en dehors du parcours de soins.

2 Dépassement maîtrisé

Ce dépassement est autorisé, pour les actes techniques des praticiens de secteur II ou secteur I avec ou sans DP ayant adhéré au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

3 Droit permanent à dépassement

Certains médecins, bien qu'en secteur 1, bénéficient d'un droit permanent à dépassement lié à la reconnaissance de leur pratique. Ces médecins fixent librement leurs tarifs et peuvent donc pratiquer des dépassements avec tact et mesure. L'assurance maladie rembourse les consultations et actes réalisés par ces médecins sur la base des tarifs fixés dans la convention (tarifs applicables au médecin de secteur 2).

4 Dépassement pour Exigence

En cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade non liée à un motif médical, le praticien peut facturer un montant supérieur au tarif opposable uniquement pour l'acte principal qu'il a effectué et non pour les frais accessoires.

[Dépassement non justifié : Ce dépassement est utilisé par l'Assurance Maladie Obligatoire lorsqu'un Dépassement Autorisé (DA) ou Dépassement Maîtrisé (DM) a été côté à tort par un praticien.]