

En 2017, la consommation de **soins de médecins spécialistes en ville** (en cabinets libéraux et en dispensaires) s'élève à 11,9 milliards d'euros (*tableau 1*), en forte augmentation (+3,4 %).

En 2017, les soins de médecins spécialistes en ville représentent 5,9 % de la consommation totale de soins et de biens médicaux (CSBM) et contribuent pour 0,2 point à la croissance de cet agrégat. Leur dynamisme est porté depuis plusieurs années par l'augmentation du nombre d'actes techniques, de scanners et d'IRM.

L'évolution des prix est liée à la fois à celle des tarifs des consultations, des actes et des dépassements d'honoraires. Après une croissance modérée depuis 2011, l'indice des prix repart à la hausse en 2017 (+2,5 %) sous l'effet de la convention signée en août 2016 avec l'Assurance maladie. Celle-ci prévoit plusieurs hausses de tarifs pour les médecins dès 2017, et notamment celle de certaines majorations de consultations pour les spécialistes<sup>1</sup>.

### Les honoraires moyens des spécialistes progressent plus vite que les dépassements en 2017

Depuis 2013, les honoraires moyens par médecin spécialiste progressent à un rythme supérieur à 3,0 % (*graphique 1*), en raison notamment d'évolutions de structures d'activité plus orientées vers les actes techniques.

La rémunération sur objectifs de santé publique (**ROSP**) est un complément de rémunération versé depuis 2012 en fonction du degré d'atteinte d'objectifs (non inclus dans la consommation de soins de médecins spécialistes). Elle a légèrement tiré à la hausse la croissance de leurs honoraires moyens lors de son introduction en 2012. Toutefois, elle ne modifie pas la dynamique observée les années suivantes car elle reste beaucoup plus faible relativement que pour les médecins généralistes. Les objectifs d'organisation du cabinet (utilisation de logiciels médicaux, affichage des horaires, etc.) concernaient tous les spécialistes jusqu'en 2016. Depuis la modification de la ROSP dans la convention médicale d'août 2016, ces objectifs ont été réaffectés au nouveau forfait structure et au forfait patientèle médecin traitant (voir glossaire) à partir de 2017. Seules cinq spécialités se sont vu assigner en sus des objectifs de pratique clinique dédiés : il s'agit des spécialistes en cardiologie, en maladies vasculaires, en gastroentérologie, en hépatologie et, depuis 2017, en endocrinologie.

Depuis 2012, la progression des dépassements d'honoraires des spécialistes exerçant en secteur 2

(honoraires libres, seuls habilités à pratiquer des dépassements) s'infléchit : les dépassements par spécialiste de secteur 2 en activité à part entière (APE) augmentent de +2,3 % par an en moyenne de 2012 à 2017, contre +4,9 % de 2006 à 2011 (*graphique 1*). Globalement, la masse des dépassements d'honoraires des spécialistes libéraux de secteur 2 augmente moins vite que leurs honoraires totaux depuis 2012. En conséquence, la part des dépassements dans leurs honoraires diminue : après avoir crû de 0,6 point par an en moyenne entre 2008 et 2011, elle a reculé de 0,5 point par an depuis lors. En 2017, elle est estimée à 32,6 % en moyenne (*graphique 2*). Si le nombre de médecins spécialistes exerçant en secteur 2 continue d'augmenter (voir fiche 5), la part des dépassements dans les honoraires des spécialistes tous secteurs confondus (hors ROSP) se stabilise néanmoins depuis 2014, autour de 17,7 %. Cette part reste toutefois bien supérieure à celle des médecins généralistes (2,7 %) [voir fiche 4].

Afin de limiter les dépassements d'honoraires et d'améliorer l'accès aux soins, plusieurs accords ont été signés, notamment le contrat d'accès aux soins (CAS) en 2012, remplacé depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017 par deux dispositifs d'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam et Optam-CO) [voir glossaire]. À travers ces dispositifs, les médecins spécialistes s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires en contrepartie du versement d'une prime ou d'une revalorisation des tarifs de certains actes techniques. De plus, depuis le 1<sup>er</sup> avril 2015, dans le cadre de la réglementation des contrats « responsables », les remboursements des organismes complémentaires sont plafonnés à 125 % du tarif de la Sécurité sociale pour les médecins non signataires du CAS.

### Les actes techniques représentent une part toujours plus importante des honoraires des spécialistes

La structure des soins des médecins se déforme depuis de nombreuses années, le montant des actes cliniques diminuant au profit de celui des actes techniques. La part des actes techniques (y compris dépassements) dans la dépense présentée au remboursement a ainsi gagné près de 7 points en 9 ans, passant de 57 % en 2008 à 63 % en 2017 (*graphique 3*).

Les rémunérations forfaitaires (notamment permanence des soins et ROSP) représentent moins de 1 % de la dépense présentée au remboursement.

1. L'indice de prix à la consommation (IPC) Insee présenté ici est commun à l'ensemble des médecins (spécialistes et généralistes). À compter de l'édition 2017, l'Insee produit un indice spécifique pour chaque catégorie de médecins, mais cette distinction n'est pour l'instant pas utilisée dans les comptes de la santé faute de recul suffisant. En 2017, l'évolution de l'IPC des médecins spécialistes publié par l'Insee est toutefois plus faible que celle des médecins généralistes : +1,4 % contre +4,9 %. L'évolution de l'IPC de l'ensemble des médecins est égale à 2,5 % en 2017 (*tableau 1*). L'utilisation d'un indice de prix commun à l'ensemble des médecins dans les comptes de la santé implique donc probablement une surestimation de l'effet prix dans la consommation de soins de médecins spécialistes, et par conséquent une sous-estimation de l'effet volume.

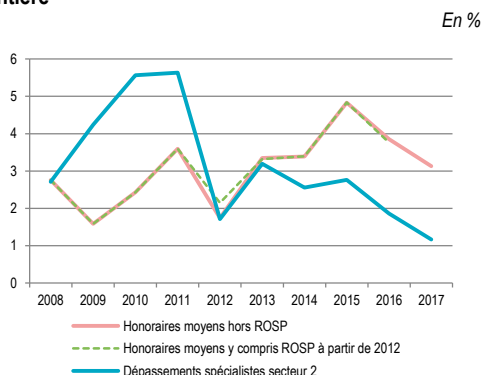
**Tableau 1** Consommation de soins de médecins spécialistes en ville

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Consommation totale (en millions €)</b>	<b>9 549</b>	<b>9 807</b>	<b>9 884</b>	<b>10 178</b>	<b>10 338</b>	<b>10 537</b>	<b>10 810</b>	<b>11 096</b>	<b>11 460</b>	<b>11 855</b>
Valeur	2,3	2,7	0,8	3,0	1,6	1,9	2,6	2,6	3,3	3,4
Évolution (en %) Prix	1,5	0,2	0,3	2,1	0,5	0,1	0,2	0,5	0,3	2,5
Volume	0,8	2,5	0,4	0,9	1,1	1,8	2,4	2,1	3,0	1,0

**Note** > Les soins de médecins de ville excluent les honoraires perçus lors de consultations en établissements privés (retracés dans la dépense hospitalière), ainsi que les contrats, la permanence des soins et la ROSP (retracés dans le poste « contrats et autres soins ») [voir annexe tableaux détaillés].

L'indice de prix Insee présenté ici est commun à l'ensemble des médecins (spécialistes et généralistes). À compter de l'édition 2017, l'Insee produit un indice spécifique pour chaque catégorie de médecins, mais cette distinction n'est pour l'instant pas utilisée dans les comptes de la santé faute de recul suffisant. En 2017, l'effet prix des soins de médecins spécialistes s'élève à +1,4 %.

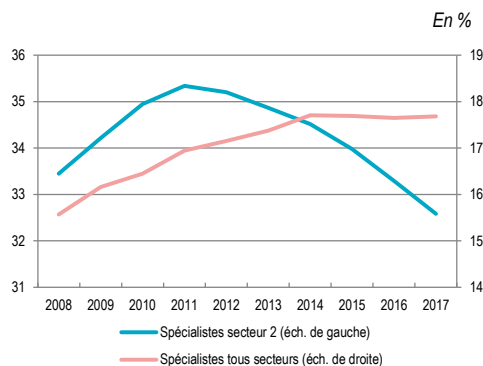
**Sources** > DREES, comptes de la santé ; Insee pour l'indice des prix à la consommation.

**Graphique 1** Évolution des honoraires annuels moyens des médecins libéraux en activité à part entière


**Note** > La série « Honoraires moyens y compris ROSP » concerne les versements de la ROSP au titre de l'année en cours. L'année 2017 étant une année de transition pour la ROSP, les données disponibles ne permettent pas de tracer le point 2017 de cette série.

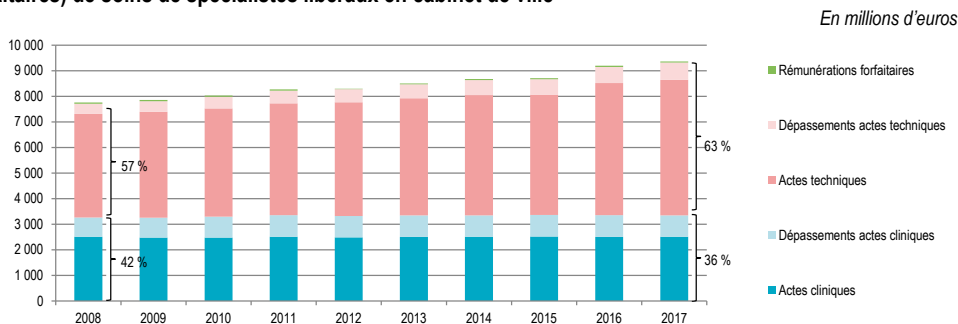
**Champ** > Honoraires des médecins libéraux y compris honoraires perçus en établissements privés ; France.

**Sources** > CNAM, SNIR jusqu'en 2014, AMOS à partir de 2015 ; calculs DREES.

**Graphique 2** Part des dépassements dans les honoraires des spécialistes libéraux


**Champ** > Honoraires des médecins libéraux y compris honoraires perçus en établissements privés, hors ROSP ; France.

**Sources** > CNAM, SNIR jusqu'en 2014, AMOS à partir de 2015 ; calculs DREES.

**Graphique 3** Structure de la dépense présentée au remboursement\* (y compris rémunérations forfaitaires) de soins de spécialistes libéraux en cabinet de ville


\* Dépense présentée au remboursement = dépense au tarif opposable + dépassements d'honoraires + rémunérations forfaitaires.

**Note** > Le champ de la dépense retracée dans ce graphique diffère de celui de la consommation de soins de médecins généralistes en ville des comptes de la santé (présentée dans le *tableau 1*). En effet, le graphique inclut les rémunérations forfaitaires et exclut les dépenses non remboursables ou non présentées au remboursement et porte sur la CNAM uniquement. Par ailleurs, les données du graphique sont des données statistiques en dates de remboursement : les différentes dépenses présentées pour l'année *n* ne concernent pas forcément des soins dispensés cette même année, et notamment la ROSP qui est versée avec un an de décalage.

**Source** > CNAM, régime général, France métropolitaine ; calculs DREES.