

Les dépassements d'honoraires : caractérisation, impacts sur l'offre et leviers de régulation

Code projet : DECILE

Equipe : Marie Bonnal, Renaud Legal, Véronique Lucas-Gabrielli (Irdes), avec l'appui de Mathieu

Cassou, Guillaume Chevillard, Aurélie Pierre, Julien Mousquès et Denis Raynaud (Irdes).

Soutien financier : France stratégie/Hcaam.

Période de réalisation : 2023-2025.

Données : Données du SNDS (accès permanent de l'Irdes) et données de l'appariement Cnam-DGFip réalisé par la Drees.

Contexte et objectifs

Les Dépassements d'honoraires (DH) sont aussi anciens que l'Assurance maladie, mais ils ont pris une acuité particulière à la suite de la convention de 1980 créant le secteur 2. Le phénomène est fortement dynamique et ces dernières décennies ont été jalonnées par un certain nombre de dispositifs de régulation visant à en freiner le développement : gel du secteur 2 (1990), secteur optionnel/option de coordination élargie (2004-2012), contrat d'accès aux soins (2012-2016), option pratique tarifaire maîtrisée (depuis 2016), le fait le plus marquant ayant été le gel du secteur 2 de 1990.

Cet historique témoigne de la difficulté des pouvoirs publics à développer une doctrine claire sur le sujet et, par conséquent, à trouver les modes de régulation propres à satisfaire les objectifs visés.

En effet, les DH ont un caractère ambivalent. D'un côté, ils apportent aux professionnels des revenus plus élevés que ceux assurés par les tarifs conventionnels sans augmenter la pression sur les financements publics. Ils peuvent aussi être associé à un surcroît de qualité que le patient est prêt à payer, mais que la solidarité nationale ne peut pas offrir.

De l'autre côté, ils posent un certain nombre de difficultés :

En matière d'offre de soins, les DH ont pu contribuer à freiner une répartition plus égalitaire des médecins sur le territoire métropolitain (Igas, 2007). Ils peuvent conduire les médecins à réduire leur activité¹, et donc à réduire la quantité totale de soins délivrés. Dans le champ hospitalier, en creusant les écarts de rémunérations entre l'hôpital public et le secteur privé, ils participent sans doute - aux côtés d'autres facteurs - aux problèmes d'attractivité de l'hôpital public.

Du côté des assurés, les DH peuvent alourdir dans des proportions importantes les restes à charge des personnes non ou faiblement couvertes et ainsi occasionner pour ces personnes du renoncement ou du non-recours aux soins.

Au regard de ces enjeux, force est de constater que la connaissance du phénomène reste à

¹ Dans des modèles théoriques d'arbitrage travail-loisir, ce sera le cas lorsque les effets-revenu l'emportent sur les effets-substitution.

renforcer. En effet, les travaux sur les dépassements d'honoraires sont rares et pour certains anciens. Bellamy et Samson (2010) étudient les déterminants du choix du secteur de conventionnement et du niveau des DH. Les mêmes auteurs (2012) évaluent ex ante l'impact des effets du secteur optionnel. Dormont et Péron (2016) analysent les effets potentiellement inflationnistes de la prise en charge des DH par les complémentaires santé. Choné, Coudin et Pla (2019) estiment l'effet de la concurrence sur l'offre de travail des ophtalmologistes, pédiatres et gynécologues.

Ce projet de recherche se propose de faire un état des lieux des pratiques de dépassement en France (effectifs, montant des dépassements, types de soins) et des solutions envisageables pour les réduire. Pour éclairer les comportements du côté de l'offre, le projet analysera les facteurs explicatifs du recours aux dépassements de la part des médecins spécialistes : caractéristiques sociodémographiques des médecins, caractéristiques des patients, faible valorisation de certains actes, influence du lieu d'installation, arbitrage travail/loisirs, revenu cible... Une perspective longitudinale pourra être adoptée afin de mettre en lumière les effets de génération (installation, type d'activité, pratique des dépassements, exercice mono ou pluriprofessionnels, revenus) à l'œuvre dans la dynamique du phénomène.

Du côté des usagers du système de santé et des patients, le projet de recherche s'attachera à mesurer l'impact des dépassements d'honoraires dans l'accès aux soins de la population selon les territoires, notamment en fonction de l'offre disponible à l'échelle locale et des caractéristiques sociodémographiques de la population. Ces travaux prolongeront les travaux historiques de l'Irdes sur l'accessibilité géographique aux soins. Ils mobiliseront les travaux méthodologiques récents de l'Irdes et de l'Observatoire régional de la santé (ORS) d'Ile-de-France visant à élaborer des indicateurs pertinents pour appréhender l'accessibilité géographique aux soins spécialistes, en intégrant à la caractérisation de l'offre une dimension tarifaire.

Méthodologie et phasage du projet

Le projet mobilisera différentes sources de données :

- Les données du Système national des données de santé (SNDS) pour l'analyse de l'activité médicale, des déterminants des dépassements d'honoraires des médecins et l'implantation géographique des spécialistes
- Une exploitation secondaire des données extraites par la Cnam à la demande de l'Irdes dans le cadre du projet Zonage spé (voir fiche ZONAGSPE) pour l'analyse géographique de l'accessibilité aux soins de la population selon les territoires, notamment en fonction de l'offre disponible à l'échelle locale et des caractéristiques sociodémographiques de la population
- Les données de l'appariement Cnam-DGFip pour l'analyse des déterminants du choix du secteur de conventionnement et pour analyser finement le poids des dépassements dans les revenus des médecins.

Ce projet débutera en janvier 2023. Un rapport final sera remis au Hcaam en décembre 2024. Les travaux se poursuivront au-delà pour approfondir certaines questions et en traiter de nouvelles, apparues au fil du projet.