

Les dépassements d'honoraires des médecins : état des lieux et scénarios de réforme

Ce numéro 3 de Décryptages Santé présente les enseignements des deux rapports du HCAAM consacrés aux dépassements d'honoraires¹. Ils montrent que la dynamique des dépassements d'honoraires impose d'agir à court terme et instruisent trois scénarios de régulation possibles. Mieux réguler les dépassements d'honoraires constitue un enjeu d'intérêt collectif, pour les patients, pour l'équilibre du système de santé, et pour les professionnels eux-mêmes.

Les dépassements d'honoraires : une exception au principe selon lequel les soins pris en charge respectent des tarifs régulés

La plupart des systèmes de prise en charge supposent l'application de tarifs régulés, faute de quoi cette prise en charge entraînerait une hausse des prix au risque que le patient doive payer autant.

Par exception à ce principe, les *dépassements d'honoraires* sont un montant facturé par un professionnel en supplément du tarif de la sécurité sociale (tarif conventionnel aussi appelé tarif opposable) : ils ne sont pas pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire mais par le patient, directement ou par son assurance complémentaire. S'agissant des médecins, l'application de dépassements s'inscrit depuis 1980 dans le cadre du « secteur 2 », où les professionnels peuvent pratiquer des dépassements, par opposition au secteur 1, dans lequel les médecins s'engagent à respecter les tarifs conventionnels². Les soins réalisés en secteur 2 sont pris en charge par l'assurance-maladie à hauteur du tarif opposable, à la différence des soins réalisés par des professionnels non conventionnés et de ce qu'on constate dans d'autres pays, où les secteurs de soins à tarif non régulé ne font généralement pas l'objet d'un financement public.

La hausse des montants de dépassements s'accélère, du fait de la diffusion du secteur 2 et d'une hausse récente des taux de dépassements

En 2025, les dépassements d'honoraires des spécialistes (hors médecine générale³) s'élèvent à 4,7 milliards d'euros. Leur progression, après avoir ralenti au cours des années 2010, accélère depuis 2019 (+5,3 % par an hors inflation).

En 2024, 56 % des spécialistes sont en secteur 2, contre 37 % en 2000 (Graphique 1). Cette part augmente du fait de la proportion élevée du secteur 2 parmi les nouveaux professionnels : les trois quarts des jeunes spécialistes qui s'installent choisissent le secteur 2.

Le taux de dépassement moyen, après avoir baissé au cours des années 2010 (de 55 % à 46 % entre 2012 et 2020), repart à la hausse depuis 2020 (51 % en 2025)⁴.

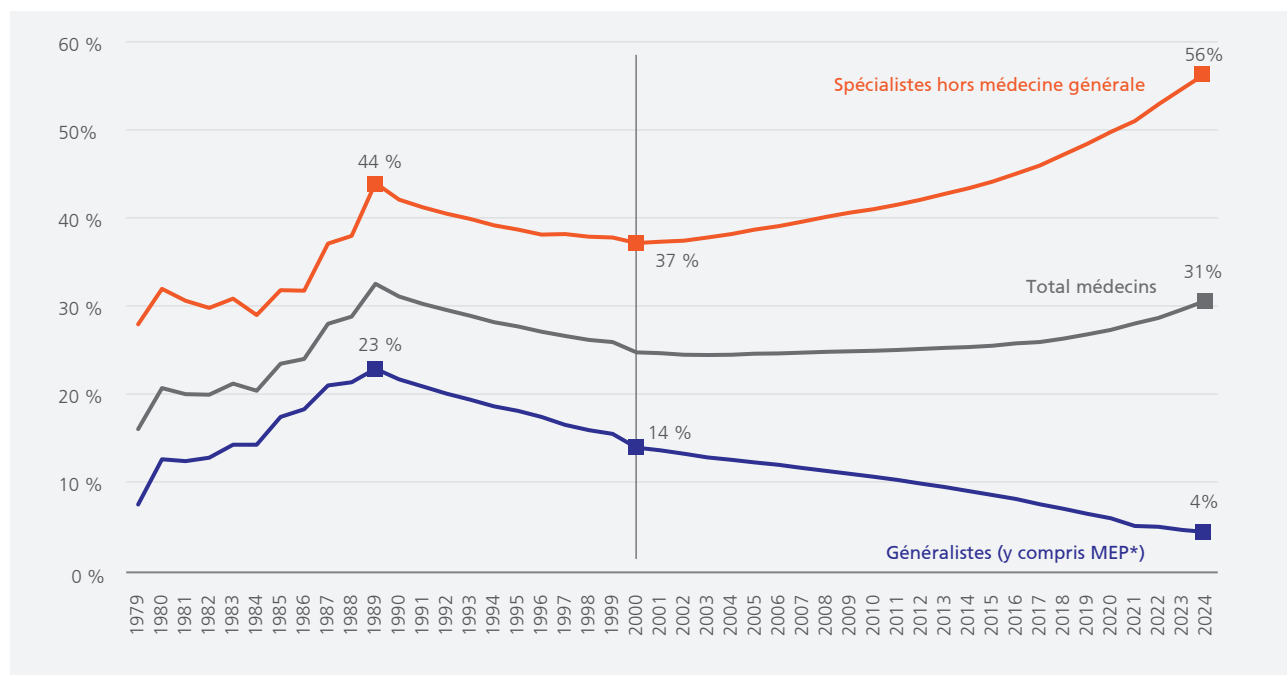
1. Les dépassements d'honoraires des médecins : état des lieux, Rapport du Hcaam, 2025, et Trois scénarios pour une réforme des dépassements d'honoraires des médecins, Rapport du Hcaam, 2026.

2. Afin de compenser l'avantage représenté par la liberté tarifaire pour le secteur 2 et de maintenir une attractivité au secteur 1, les professionnels en secteur 1 bénéficient d'avantages financiers, comme une prise en charge plus importante des cotisations sociales par l'assurance-maladie ainsi que de revalorisations tarifaires qui n'ont pas été appliquées au secteur 2.

3. La médecine générale constitue désormais une spécialité. Toutefois, par simplification, le terme « spécialistes » désignera dans ce document les spécialistes hors médecine générale, qui sont les principaux concernés par le secteur 2. Le secteur 2 ne représente plus que 4 % des médecins généralistes, un nombre en baisse continue.

4. Il s'agit du rapport entre les montants des dépassements et les honoraires sans dépassements (HSD) des praticiens en secteur 2, sur l'ensemble de leur activité. Ce taux fait donc la moyenne entre une part d'activité réalisée par ces professionnels sans dépassements, et une part d'activité où ils appliquent des dépassements. Le taux moyen de dépassements sur les seuls actes avec dépassements est de 87 %.

Graphique 1 : Évolution de la proportion de médecins libéraux exerçant en secteur 2 et 1 DP



*MEP= mode d'exercice particulier

Source : IRDES, Eco-santé 1979 à 1999 (France métropolitaine), Cnam de 2000 à 2024 (France entière).

La place du secteur 2 et l'importance des dépassements sont très contrastées selon les spécialités

La part du secteur 2 varie fortement selon les spécialités : 85 % des chirurgiens, 78 % des gynécologues-obstétriciens, 64 % des anesthésistes, ou plus de 70 % des ORL et ophtalmologistes, mais beaucoup moins en néphrologie (6 %), moins d'un tiers dans des spécialités telles que la cardiologie, la radiologie, la pneumologie. Les spécialités cliniques telles que la dermatologie, la pédiatrie, la psychiatrie sont dans une situation intermédiaire, avec autour de 50 % de secteur 2.

Les taux de dépassements pratiqués dans une spécialité sont d'autant plus élevés que la part du secteur 2 y est importante.

Les dépassements représentent plus du tiers des revenus des professionnels de secteur 2 dans certaines spécialités⁵. Cette part est plus importante dans certaines spécialités aux revenus inférieurs à la moyenne⁶, et nettement moindre pour des spécialités aux revenus les plus élevés⁷ : pour partie, la dynamique des dépassements compense l'érosion des revenus tirés des tarifs opposables.

Toutefois, certaines spécialités cumulent des revenus élevés et une part importante de dépassements⁸ (Graphique 2). Par ailleurs, les écarts au sein de chaque spécialité sont plus marqués que les écarts entre spécialités : pour certaines spécialités⁹, les 10 % des professionnels appliquant les dépassements les plus bas ne dépassent pas 10 % de dépassement moyen, tandis que les 10 % de professionnels appliquant les dépassements les plus élevés dépassent 100 % de taux moyen de

5. Anesthésie, ophtalmologie, psychiatrie, stomatologie.

6. Psychiatrie, dermatologie, pédiatrie, gynécologie médicale, rhumatologie.

7. Radiothérapie, médecine nucléaire, radiologie, anatomo-cyto-pathologie.

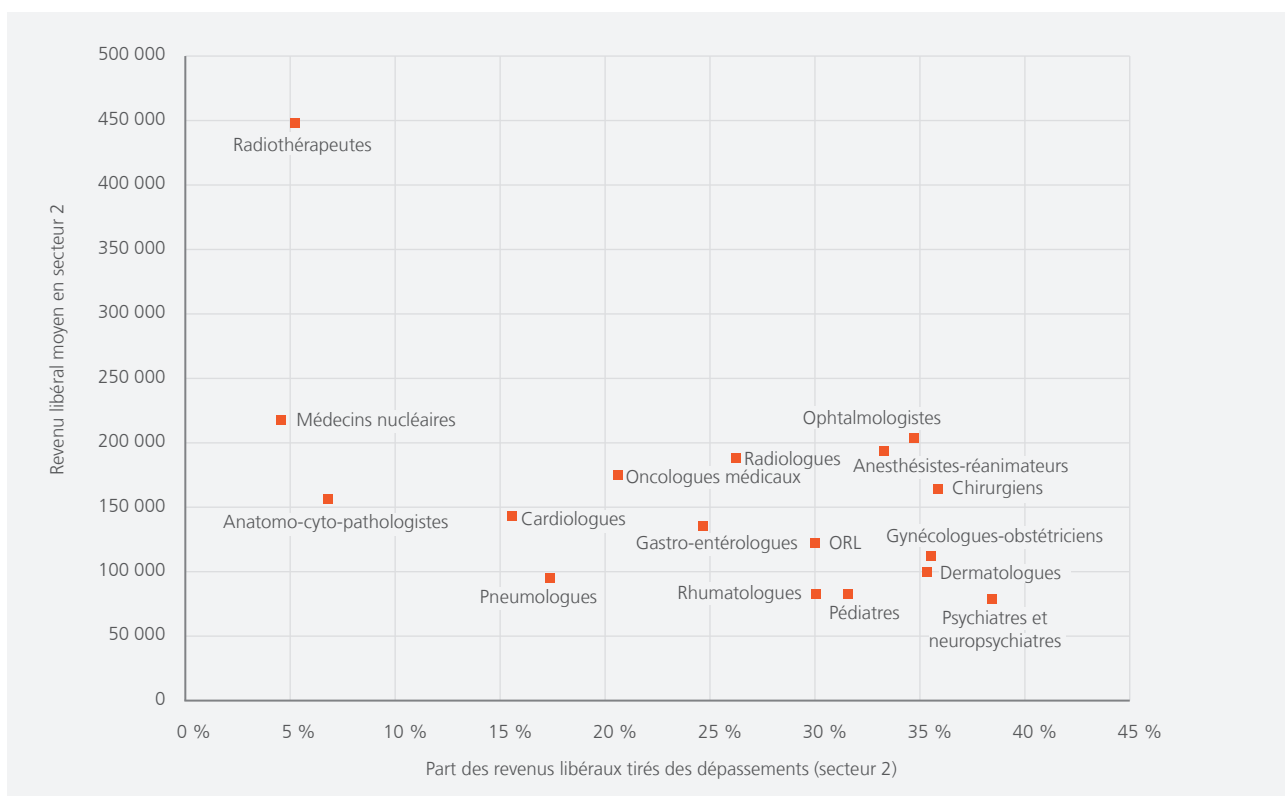
8. Chirurgie, anesthésie, ophtalmologie.

9. Anesthésie, chirurgie, psychiatrie, pédiatrie, radiologie.

dépassement. La faiblesse de certains tarifs n'explique donc qu'en partie les dépassements : ils offrent aussi à des professionnels un niveau de rémunération du travail très atypique par rapport à leurs confrères. Ce niveau de rémunération permet de réduire l'activité : quelle que soit la spécialité analysée, le nombre d'actes moyens réalisés est plus faible chez les médecins ayant les plus forts taux de dépassements, ce qui amplifie le manque de temps médical.

La part du secteur 2 et les niveaux de dépassements sont plus importants dans les grandes métropoles, où la population a un niveau de vie plus élevé. La possibilité de pratiquer des dépassements élevés dans ces territoires y permet des densités importantes de spécialistes et peut ainsi contribuer aux déséquilibres de répartition territoriale.

Graphique 2 : Revenus et part des dépassements dans le revenu libéral par spécialité



Note : Le revenu libéral correspond au revenu tiré des honoraires perçus une fois les charges déduites.
Source : Insee-Dgfip-Cnam 2021, exploitation Irdes.

Les dépassements exposent les patients à des restes à charge importants pour certains épisodes de soins

Les dépassements sont payés par les patients, soit indirectement via leur couverture complémentaire, soit directement par leur reste à charge : plus de 60 % des dépassements d'honoraires demeurent à la charge des patients après intervention des complémentaires. Ces dernières couvrent les dépassements pour deux tiers des patients, et seulement partiellement.

Les patients sont confrontés à des situations tarifaires très hétérogènes, selon les territoires, selon les types d'actes, selon les praticiens. Les montants peuvent atteindre des sommes très élevées.

Cet impact est concentré sur les personnes qui recourent davantage aux soins : le montant de dépassements est près de deux fois plus élevé pour les 70-79 ans que pour les 30-39 ans, et également plus élevé pour les patients en ALD¹⁰. Souvent les patients ne paient pas des dépassements sur un seul acte mais ils les cumulent au cours d'un épisode de soins, constitué de plusieurs actes pouvant donner lieu à chaque fois à des dépassements¹¹.

Lors d'un épisode de soins donnant lieu à un séjour dans une clinique privée, 80 % à 90 % des patients devront payer au moins un dépassement. Dans ce cas, les dépassements totaux sont en moyenne de 175 € pour une coloscopie, 300 € pour une opération de la cataracte, 540 € pour un accouchement et 800 € pour une pose de prothèse de hanche. Si le séjour a lieu à l'hôpital public, une proportion inférieure mais non négligeable (de 30 à 40 %) des patients hospitalisés paie des dépassements d'honoraires au cours de l'épisode de soins, pour des montants plus faibles (60 € à 115 € moyens selon l'épisode de soins), le plus souvent du fait de soins ayant lieu avant ou après l'hospitalisation donc réalisés en dehors de l'hôpital¹².

Ces restes à charge sont imprévisibles pour les patients et ne tiennent pas compte de leurs ressources

Les dépassements ne sont pas réservés à des patients aisés qui auraient les moyens de les assumer. Pour les patients les plus modestes, existe certes une interdiction d'appliquer des dépassements aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S). Néanmoins, ce droit n'est pas effectif pour tous ceux qui ont de très faibles ressources, notamment du fait du non-recours. Des personnes situées sous le seuil de pauvreté peuvent donc payer des dépassements.

Au-delà des personnes pauvres, si les dépassements sont plus fréquents et importants dans les communes où vivent les patients les plus riches, des patients aux revenus modestes sont aussi exposés à des dépassements d'honoraires élevés. Le principe du « tact et mesure » ne permet pas d'ajuster, dans les faits, les tarifs à la situation financière des patients, qui n'est d'ailleurs pas connue des professionnels : les praticiens qui appliquent des tarifs plus bas aux patients plus modestes sont nettement minoritaires. Au demeurant, le système de sécurité sociale a été construit pour éviter que le patient dépende d'une tarification « charitable » à la discrétion du praticien.

La variabilité des pratiques tarifaires, l'hétérogénéité des couvertures complémentaires et leur différenciation selon les praticiens rendent le système illisible et les restes à charge largement imprévisibles pour les patients. La personne malade, potentiellement déjà fragilisée et en situation de vulnérabilité, n'a pas de prise sur ce reste à charge.

Ainsi notre système de santé offre globalement un niveau de socialisation relativement élevé, et laisse au niveau individuel, des situations d'insécurité financière. La population perçoit mal cette situation, qu'elle estime contraire aux valeurs fondatrices de la sécurité sociale, et les trois quarts des personnes interrogées jugent que les dépassements d'honoraires ne sont pas justifiés¹³.

¹⁰. DREES, Base RAC (SNDS), 2023.

¹¹. Par exemple, une intervention chirurgicale peut donner lieu à une consultation du spécialiste conduisant à recommander l'intervention, une consultation d'anesthésie et l'anesthésie elle-même, des actes d'imagerie pré- et/ou post-opératoire...

¹². Les dépassements d'honoraires dans les établissements publics représentent une part très faible (2%) des dépassements des médecins libéraux.

¹³. Baromètre d'opinion de la Drees, 2023.

La régulation actuelle des dépassements d'honoraires atteint ses limites

Outre leur interdiction pour certains patients (C2S) ou certains actes (mammographie dans le cadre du dépistage organisé par exemple), la régulation des dépassements d'honoraires repose :

- sur les conditions d'accès au secteur 2, qui supposent des titres liés à l'exercice de certaines fonctions hospitalières¹⁴ : dans la réalité, ces conditions restreignent peu l'accès au secteur 2 des spécialistes autres que les médecins généralistes ;
- depuis 2012, sur des dispositifs régis par la convention entre l'assurance-maladie et les médecins : le contrat d'accès aux soins (CAS), qui avait introduit pour la première fois une logique de régulation des pratiques tarifaires des professionnels en secteur 2, puis l'Optam (Option de pratique tarifaire maîtrisée)/Optam-ACO (anesthésie, chirurgie, obstétrique).

Ces derniers dispositifs reposent sur une adhésion volontaire : en 2024, 53 % des praticiens éligibles y avaient adhéré.

Les médecins adhérents s'engagent à ne pas accroître un taux moyen de dépassement (dans la limite de 100 % de dépassement) et à maintenir un minimum d'activité réalisée au tarif opposable. En échange, ils bénéficient d'avantages réservés jusque-là aux professionnels en secteur 1¹⁵.

La mise en place de ces dispositifs s'est accompagnée, durant les années 2010, d'une baisse des taux de dépassement et d'une augmentation de l'activité sans dépassement, mais depuis 2020, cette dynamique s'est inversée. Même si la situation reste globalement plus favorable qu'en 2012, ces dispositifs présentent des limites structurelles importantes.

Tout d'abord, les engagements des professionnels sont définis non par rapport à une norme (sauf le plafond de 100 % de taux moyen de dépassement), mais par rapport à leurs pratiques antérieures (les professionnels déjà installés s'engagent à ne pas augmenter leur niveau de dépassement ou à maintenir leur taux d'activité sans dépassement), ou, pour les nouveaux installés, par rapport à la moyenne de leur région et de leur spécialité. Ce mécanisme laisse donc subsister des écarts très importants entre spécialités, territoires ou praticiens.

Par ailleurs, ces engagements ne s'apprécient que sur l'ensemble de la pratique du professionnel au cours d'une année : ils n'empêchent donc pas l'application à certains patients de dépassements très élevés dépassant la moyenne pratiquée par le spécialiste, et n'améliorent en rien la prévisibilité des niveaux de tarifs appliqués pour le patient. En outre, de ce fait, le non-respect de ces engagements ne peut être constaté qu'au terme d'une année de pratique, ce qui complique leur contrôle.

Une autre limite importante est le caractère facultatif du dispositif : rien n'oblige les médecins à entrer dans l'Optam ni à y rester. Ils peuvent donc arbitrer à tout moment entre les avantages financiers de l'Optam et ceux d'une liberté tarifaire complète. En conséquence, l'Optam n'a que peu d'influence sur les médecins pratiquant les dépassements les plus élevés : fin 2025, seuls 17,5 % des médecins ayant des dépassements compris entre 80 % et 100 % adhéraient au dispositif, et seulement 4,5 % parmi ceux dépassant 100 %. Il existe en outre le risque que des professionnels

¹⁴. Ancien chef de clinique, ancien assistant hospitalier, praticien hospitalier.

¹⁵. Prime équivalente à la prise en charge des cotisations sociales ; application des revalorisations de tarifs réservées au secteur 1.

choisissent l'Optam en début de carrière, lorsque leur capacité à pratiquer des dépassements est plus limitée, et décident ensuite d'en sortir lorsqu'ils souhaitent et peuvent augmenter leurs tarifs. Cette possibilité de sortie à tout moment affaiblit la portée des engagements, ce qui se traduit par un faible respect de ces derniers : en 2024, seuls 53,6 % des adhérents à l'Optam et 30,9 % des adhérents à l'Optam-ACO respectent à 100 % leurs engagements.

Enfin, le caractère volontaire du dispositif a conduit à mettre en place des incitations financières importantes pour encourager l'adhésion. Ces mesures ont réduit l'avantage relatif de l'exercice en secteur 1¹⁶.

Scénarios possibles pour renforcer la régulation des dépassements

La généralisation des dépassements et leur niveau génèrent des effets systémiques qui deviennent majeurs : réduction de l'offre de soins à tarif opposable, contribution aux déséquilibres territoriaux, réduction du temps médical, obstacle aux tentatives de rééquilibrer les revenus entre spécialités.

Renforcer leur régulation devient un enjeu urgent, au vu de leur dynamique : en prolongeant les tendances observées récemment, le secteur 2 atteindrait en tendanciel 89 % des spécialistes (hors médecine générale) à horizon 2040, et les dépassements pourraient atteindre plus de 10 milliards d'euros en 2040 (hors inflation), contre 4,7 Mds en 2025. La réduction inexorable de la part des soins de spécialités pris en charge par l'assurance-maladie réduirait l'incitation pour cette dernière à revaloriser les tarifs. Revoir cette régulation est aussi dans l'intérêt des spécialistes : sans cela, des revalorisations tarifaires et un rééquilibrage entre spécialités semblent hors de portée. Réguler les dépassements d'honoraires ne signifie pas réduire la rémunération des spécialistes : pour un même montant d'honoraires perçus par les spécialistes dans leur ensemble, il s'agit de passer d'une situation générant de fortes disparités entre patients et professionnels, à une situation qui réduirait ces disparités.

On peut distinguer deux grands leviers de régulation :

- assurer un niveau important d'offre à tarif opposable, en réduisant le nombre des médecins pratiquant des dépassements, par exemple en rendant l'accès au secteur 2 plus sélectif ;
- agir sur le niveau des dépassements, en encadrant davantage les pratiques tarifaires de ceux qui en réalisent.

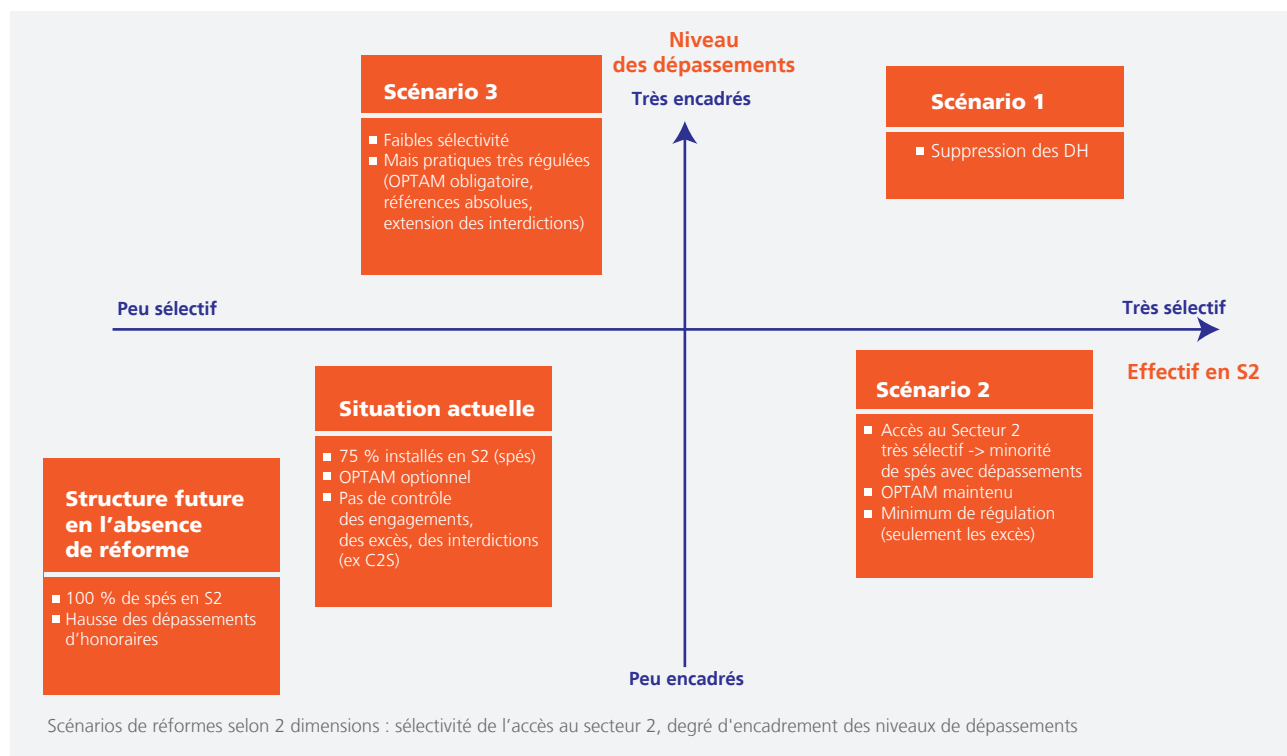
L'activation de ces leviers permet de dessiner trois scénarios de réformes possibles (Graphique 3) :

- La première, qui combine une restriction de l'accès au secteur 2 et un encadrement accru des pratiques tarifaires. Tendanciellement, elle conduirait en poussant au maximum les deux curseurs, à la suppression des dépassements d'honoraires ;
- La deuxième, qui privilégie une réduction du nombre de professionnels en secteur 2 ;
- La troisième, qui privilégie l'action sur l'encadrement des dépassements.

Ces réformes s'inscrivent dans un cadre préservant le caractère libéral et la tarification à l'acte.

¹⁶. En 2024, le montant moyen annuel de la prime Optam atteignait 11 475 euros pour les médecins spécialistes.

Graphique 3 : Scénarios de réformes possibles



Scénario 1 : une régulation maximale, pouvant tendre vers la fin des dépassements d'honoraires

Le principal avantage attendu pour les patients est que ce scénario maximise pour eux la baisse du reste à charge. Cette évolution protégerait particulièrement les personnes âgées, les malades chroniques et les ménages modestes.

Cette réforme, si elle était appliquée immédiatement à l'ensemble des professionnels, aurait des conséquences importantes pour les médecins concernés. En l'absence de revalorisation tarifaire, la quasi-totalité des médecins de secteur 2 (95 %) verrait ses honoraires diminuer, dans des proportions variables : plus de 40 % pour le cinquième des praticiens avec les plus fortes baisses, moins de 10 % pour le cinquième le moins affecté. Les honoraires diminueraient en moyenne 28 %.

Même avec un effort financier de l'assurance-maladie obligatoire à hauteur de 4 milliards d'euros pour financer des revalorisations tarifaires concentrées sur les seuls spécialistes hors généralistes, près de 60 % des spécialistes en secteur 2 seraient perdants (avec une baisse moyenne de 13 % de leurs honoraires), car ces montants devraient être répartis entre l'ensemble des professionnels, y compris ceux qui sont en secteur 1. Un tel scénario améliorerait en revanche les honoraires de 100 % des spécialistes en secteur 1 (avec une hausse de 29 % de leurs honoraires).

Ce scénario pourrait reposer sur une mise en place graduelle en combinant :

- une fermeture de l'accès au secteur 2 pour les nouveaux médecins ;
- un plafonnement progressif des dépassements des médecins déjà installés.

Une application progressive, combinant la fermeture de l'installation en secteur 2 et le gel des dépassements des professionnels déjà installés en secteur 2 à leur niveau actuel, permettrait des effets importants à moyen et long termes : par rapport à la tendance actuelle, cette réforme réduirait les dépassements d'honoraires de 36 % en cinq ans et de 77 % d'ici 2040.

Scénario 2 : renforcer l’offre à tarif opposable en rendant le secteur 2 plus sélectif

Ce scénario vise à garantir un large accès aux soins à tarifs opposables en réduisant la pratique des dépassements d’honoraires à une petite fraction des praticiens. Dès lors que l’accès à une offre à tarif opposable serait garanti, la régulation des pratiques tarifaires d’un secteur 2 ainsi contingenté pourrait se limiter à interdire les pratiques tarifaires excessives (par exemple au-delà de 2,5 fois le tarif de la sécurité sociale, chiffre qui était indiqué en 2012 comme un simple repère ne suffisant pas à définir une pratique excessive).

Réduire l’accès au secteur 2 pourrait reposer sur deux leviers. Le premier serait de réserver l’accès au secteur 2 aux chefs de clinique assistants, ce qui réduirait à 45 % la proportion d’éligibles au secteur 2 au sein des générations de nouveaux médecins.

Le second levier serait d’imposer une durée minimale d’expérience avant de pouvoir exercer en secteur 2. Cette mesure, cumulée à la restriction des titres, aurait un effet marqué : elle permettrait de stabiliser puis contenir la progression des dépassements d’honoraires à long terme (Graphique 4).

Ce scénario tendrait vers un système à deux vitesses.

Les mesures de restriction de l’accès au secteur 2 envisagées ne permettent toutefois pas de ramener le secteur 2 à une offre très minoritaire : les chiffres montrent que même en instaurant des conditions inédites d’accès au secteur 2, sa part resterait à un niveau élevé (46 % à horizon 2040 avec les mesures les plus restrictives).

Pour les patients, les effets seraient contrastés. Cette réforme permettrait de ralentir fortement la hausse des dépassements d’honoraires et d’améliorer l’accès à des consultations au tarif de la sécurité sociale, surtout si les restrictions d’accès au secteur 2 sont sévères. Mais le système resterait complexe et peu lisible, avec la coexistence pérenne de plusieurs catégories de médecins pratiquant des tarifs différents.

Scénario 3 : une régulation concentrée sur les pratiques de dépassements

Ce scénario propose de fixer un cadre de régulation des pratiques tarifaires qui s’impose à tous.

Tout d’abord, serait introduit un droit au tarif opposable pour une partie de la population située en-dessous d’un seuil de ressources, allant nettement au-delà des seuls bénéficiaires de la C2S.

Un nouveau cadre s’appliquerait aux médecins nouvellement installés, reposant sur :

- un droit à dépassements conditionné à une durée d’expérience ;
- un plafond absolu de taux de dépassement autorisé, appliqué sur chaque acte (à la différence de l’Optam qui n’encadre que la pratique moyenne de chaque professionnel). Les tarifs ne pourraient pas dépasser ces plafonds. Ce plafond serait uniforme pour l’ensemble des spécialités, à l’exception des spécialités pour lesquelles les revenus professionnels en secteur 1 sont nettement supérieurs à la moyenne des spécialistes¹⁷, ce qui justifierait des plafonds plus bas ;

¹⁷. Radiologues, radiothérapeutes, anatomo-pathologistes, médecins nucléaires.

- des revalorisations tarifaires sur les 5 spécialités les moins rémunératrices¹⁸, visant à les ramener au revenu moyen des spécialistes hors médecine générale. Par rapport à la situation de 2024, ces revalorisations représenteraient un effort de 330 millions d'euros pour l'assurance-maladie.

Ce nouveau cadre s'inscrirait donc dans une démarche de rééquilibrage des rémunérations entre spécialités.

Pendant une période de transition, les praticiens déjà installés pourraient choisir entre :

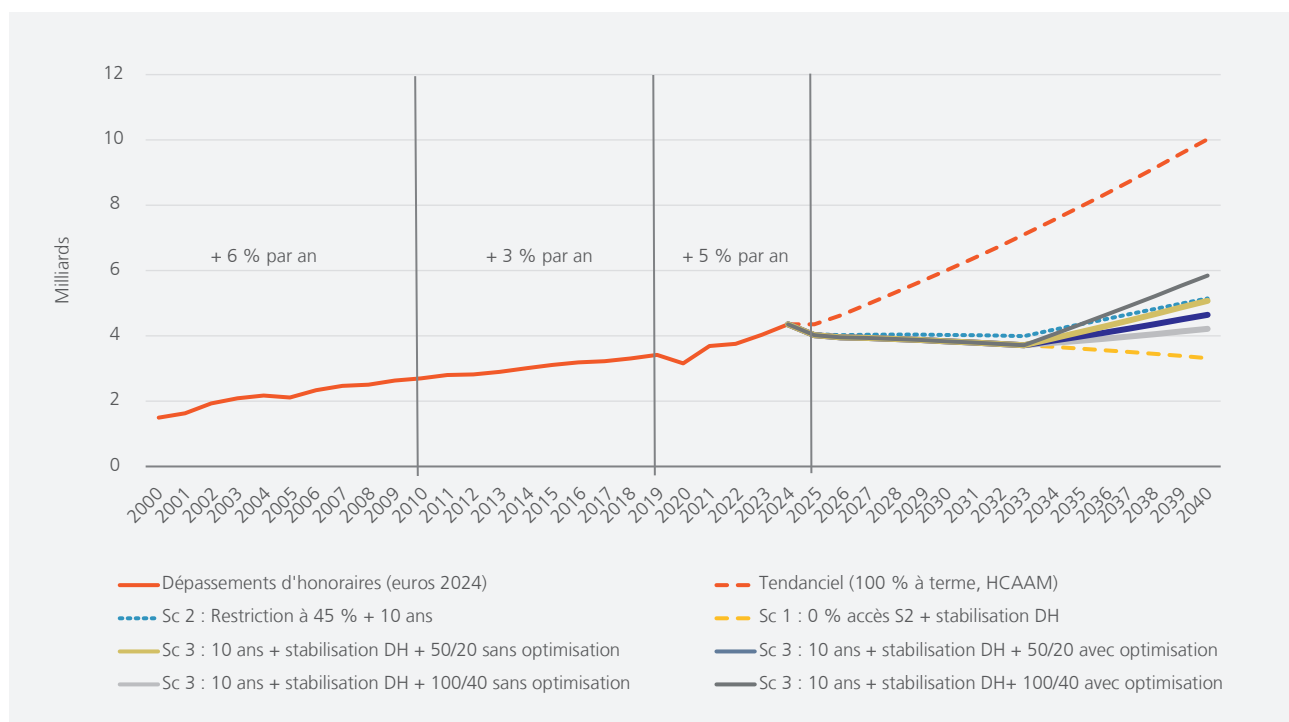
- entrer dans le nouveau système, pour bénéficier des avantages du secteur 1, ainsi que, pour les spécialités les moins rémunératrices, des revalorisations ciblées accompagnant la réforme. Les praticiens ayant des taux de dépassement moyens en-deçà des plafonds, ou faisant partie de ces spécialités, pourraient donc trouver un gain à entrer dans ce nouveau système ;
- le maintien de leurs pratiques tarifaires : ils devraient donc, qu'ils soient adhérents ou non de l'Optam, ne pas accroître leur niveau de dépassement.

Quel que soit leur choix, ils devraient en outre respecter le droit au tarif opposable créé pour une partie de la population.

Ce scénario pourrait servir d'appui à une trajectoire de long terme combinant des revalorisations tarifaires supplémentaires et des abaissements ultérieurs des plafonds de dépassements en contrepartie de ces revalorisations : cette trajectoire permettrait d'accentuer la réduction des dépassements.

Le graphique 4 offre un synthèse comparative des trajectoires des dépassements d'honoraires issues des différents scénarios.

Graphique 4 : Projection des dépassements d'honoraires à horizon 2040 dans les 3 scénarios



Note : ces projections réalisées à des fins de comparaison des scénarios s'appuient sur des hypothèses simples décrites plus en détail en annexe du rapport du Hcaam. Sources : données CNAM 2017-2024 (effectifs et années d'installation des spécialistes libéraux hors MG, part de libéraux en secteur 2, dépassements d'honoraires des spécialistes hors MG), IPC Insee (hors tabac). Projections : calculs Hcaam.

¹⁸. Psychiatrie, pédiatrie, dermatologie, gynécologie médicale, rhumatologie.

Une telle réforme permettrait de contenir l'évolution des dépassements d'honoraires. Selon les hypothèses retenues¹⁹, si cette réforme était appliquée non pas sur les futurs professionnels mais aux pratiques tarifaires actuelles, elle conduirait à une baisse des dépassements de 2,6 à 2,9 milliards d'euros (soit une baisse de 65 à 72 %). Toutefois, la modalité de transition proposée permet de ne pas causer de pertes pour les praticiens déjà installés.

Encadré : Les pistes écartées par le Hcaam

« Faire des dépassements la contrepartie de critères de qualité de la pratique médicale »

Une telle proposition soulève une question de principe : elle revient à considérer que l'activité médicale prise en charge par l'assurance-maladie au tarif opposable est une activité *low-cost* et de moindre qualité (et que le professionnel pratiquant des dépassements est de qualité supérieure). Les démarches de mesure de la qualité des pratiques doivent concerner *l'ensemble des praticiens*, indépendamment de leur secteur d'activité.

« Conditionner les dépassements à l'installation en zone sous-dense »

Une telle mesure ne peut atteindre pleinement ces deux objectifs (réduire les dépassements, rééquilibrer l'offre sur le territoire). De façon schématisée, si cette mesure ne change pas les lieux d'installation, elle revient à une quasi-fermeture du secteur 2 ; si au contraire elle les oriente vers les zones sous-denses, elle ne réduit pas le secteur 2 : elle le concentre sur des territoires dont les revenus sont plus faibles, ce qui peut sembler paradoxal.

« Accroître le remboursement des dépassements par l'assurance maladie complémentaire »

Un meilleur remboursement des dépassements par les complémentaires, sans renforcer par ailleurs la régulation des pratiques tarifaires, permettrait aux professionnels d'accroître leurs tarifs et de capter une partie de ce meilleur remboursement à la place des patients, qui ne comprennent pas en général les tarifs et les dépassements pratiqués, et n'ont pas la capacité à négocier les tarifs.

Par ailleurs, une amélioration du remboursement par la couverture complémentaire se traduirait par une hausse des cotisations complémentaires, qui pèserait plus particulièrement sur les ménages âgés et au sein de ces derniers sur les ménages moins aisés.

« Les dépassements d'honoraires baisseraient si les tarifs des médecins étaient revalorisés »

L'absence de revalorisation de certains actes sur longue période sert parfois de justification aux dépassements d'honoraires. L'importance des dépassements dans certaines spécialités peut certes être liée au caractère peu rémunérateur de ces spécialités.

Mais cet argument présente des limites. D'une part, la baisse de certains actes était prévue en 2005 lors de la mise en place de la classification commune des actes médicaux (CCAM), mais n'a pas eu lieu : cette absence de revalorisation est donc à mettre en regard avec la baisse qu'ils auraient dû connaître en 2005.

¹⁹. Deux jeux d'hypothèses ont été chiffrés : soit une part de 20 % de la population ayant accès à un tarif opposable et un plafond de dépassements égal à 50 % du tarif de la sécurité sociale ; soit une part de 40 % de la population ayant accès à un tarif opposable et un plafond de dépassements égal à 100 % du tarif de la sécurité sociale.

Par ailleurs, l'évolution du tarif ne suffit pas à décrire l'évolution de sa rentabilité économique : si la productivité de certaines activités connaît des progrès importants, le coût des actes concernés diminue. Dès lors, une stabilité des tarifs ne dégrade pas nécessairement la valorisation du travail du professionnel.

Enfin, nombre de tarifs de médecins spécialistes ont connu des revalorisations substantielles : c'est le cas de l'activité clinique, qui représente un tiers des honoraires des spécialistes hors médecine générale (tarifs de l'avis ponctuel de consultant et des consultations de certaines spécialités). Les spécialités de bloc ont connu une augmentation de la valeur des coefficients multiplicateurs qui s'appliquent au tarif de l'acte sans que les dépassements diminuent.

Résorber les dépassements devrait certes s'accompagner d'un effort permanent de mise en adéquation des tarifs avec la réalité des coûts de la pratique. En revanche une revalorisation des tarifs sans régulation accrue des pratiques tarifaires serait inefficace pour réduire les dépassements : elle pourrait être captée au moins en partie par les professionnels en relevant leurs tarifs.

Que faut-il retenir ?

- 1** - les dépassements d'honoraires progressent rapidement, du fait de la hausse de la part de spécialistes en secteur 2 et des dépassements moyens. Sans réforme, la part de spécialistes en secteur 2 pourrait atteindre 89 % en 2040, et le montant des dépassements ferait plus que doubler par rapport à aujourd'hui ;
- 2** - les situations sont très contrastées selon les spécialités et au sein de chaque spécialité. Les dépassements très élevés sont plus fréquents dans les grandes métropoles, et associés à une activité plus faible ;
- 3** - les dépassements d'honoraires peuvent exposer des patients à des restes à charge importants, notamment lorsqu'ils se cumulent au cours d'un épisode de soins. Les personnes âgées et/ou atteintes de pathologies chroniques sont davantage exposées à ces dépassements. Ces restes à charge ne tiennent que très rarement compte des ressources des patients ;
- 4** - renforcer la régulation des dépassements peut passer par une restriction accrue de l'accès au secteur 2 (conditions de titres, condition d'ancienneté) et/ou par un encadrement renforcé des pratiques tarifaires (droit au tarif opposable sous condition de ressources pour les patients, plafonds de taux de dépassement pour chaque acte), conjugué à des revalorisations tarifaires notamment, pour les spécialités les moins rémunératrices. La première option peut tendre vers un système de santé dual, juxtaposant un secteur remboursé à prix régulé et un secteur à prix libre de moins en moins remboursé. La seconde, en inscrivant l'ensemble des professionnels dans un cadre commun, peut servir de levier à une convergence de long terme visant à résorber les dépassements.

Directeur de la publication : Yann-Gaël Amghar

Contact : hcaam@sante.gouv.fr

Adresse postale HCAAM : 78/84 rue Olivier de Serres - CS 59234 - 75739 PARIS cedex

Locaux HCAAM : 78-84 rue Olivier de Serres, Tour Olivier de Serres - 75015 PARIS