



# Erétudes et Résultats

N° 591 • août 2007

## Les dépenses de soins de ville remboursées par le régime général en 2006

En 2006, la croissance en volume de la dépense de soins de ville a été proche de celle observée en 2005 (+3,6 % après +3,4 %). Ce maintien résulte de deux effets contraires : d'un côté, les dépenses d'honoraires ont fortement ralenti (+0,3 % après +1,2 %) ; de l'autre, les prescriptions d'auxiliaires médicaux et d'analyses biologiques ont augmenté à un rythme plus soutenu et les indemnités journalières ont moins diminué que les années précédentes.

En revanche, l'année 2006 est marquée par une nette baisse des prix des soins de ville (-1,1 %), résultat dû en grande partie à l'évolution des prix des médicaments : les mesures du plan Médicament ont en effet porté essentiellement sur les prix en 2006, notamment en accroissant encore la part des médicaments génériques.

Au total, les dépenses de soins de villes exprimées en valeur ont moins progressé qu'en 2005 (+2,5 % après +3,4 %).

### François LÈ

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)  
Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité  
Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports  
Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique

**E**n 2006, on observe un ralentissement de la progression de la dépense de soins de ville (+2,5 % en moyenne annuelle contre + 3,4 % en 2005), exprimée en valeur et en date de soins, corrigée des jours ouvrés et des variations saisonnières (CJO-CVS). Cependant, l'évolution a été fortement contrastée pour chacun des cinq postes composant les soins de ville : honoraires, prescriptions d'auxiliaires médicaux et d'analyses biologiques, médicaments, dépenses de biens inscrits sur la liste des produits et prestations sanitaires (LPP) et indemnités journalières. Ainsi, la croissance des dépenses d'honoraires, de LPP et de médicaments s'est ralentie (tableau 1), de façon assez modérée pour les honoraires et les LPP, mais beaucoup plus nettement pour les dépenses de médicaments, qui perdent 3,3 points de croissance entre 2005 et 2006. À l'inverse, le poste prescriptions a crû plus fortement qu'en 2005. Dans le même temps, le poste indemnités journalières a encore légèrement diminué.

En 2006, les évolutions de tarifs ont également été contrastées pour les cinq postes de dépenses. La progression des prix pour les prescriptions et indemnités journalières s'est poursuivie au même rythme, alors que les tarifs des honoraires ont crû légèrement plus qu'en 2005. Dans le même temps, la hausse des prix pour le poste LPP s'est fortement ralentie. Le résultat le plus remarquable reste la forte baisse des prix de médicaments. Ce phénomène est lié à la poursuite de la montée en charge des génériques et à la baisse de prix observée pour les princeps, à la suite du plan Médicament<sup>1</sup> ; ces différentes mesures se sont traduites par une baisse générale des prix particulièrement importante en 2006, concentrée sur le deuxième trimestre (graphique 1).

L'objet de la présente étude est d'analyser les facteurs d'évolution en volume des différents postes composant les dépenses de soins de ville en 2006, en s'appuyant sur données trimestrielles de la CNAMTS pour la période 1989-2006 (encadré 1).

### Les dépenses de soins de ville croissent en volume au même rythme que les années précédentes

Les différents postes composant les soins de villes ont connu une évolution contrastée de leurs volumes, avec en 2006 une quasi-stabilité pour les honoraires (0,3 %), des taux de croissance assez élevés pour les prescriptions, médicaments et LPP, poursuivant la tendance des années précédentes, et une diminution des indemnités journalières, toutefois moins marquée qu'en 2005.

En 2006, le taux de croissance en volume des soins de ville est resté proche de celui des années précé-

dentes (+3,6 % en 2006, après +3,4 % en 2005 et +3,5 % en 2004). La croissance des médicaments explique une grande partie ce résultat, en contribuant à hauteur de 2,7 points à cette croissance. Ce rôle prépondérant des médicaments tient non seulement à leur rythme de progression, qui demeure soutenu (6,8 %)<sup>2</sup>, mais également à leur poids dans l'ensemble des dépenses de ville du régime général (40 %). En 2006, la contribution des postes LPP et prescriptions est moindre (respectivement 0,9 et 0,4 point) et celle des honoraires, très faible, comme les années précédentes. Les indemnités journalières constituent

■ TABLEAU 1

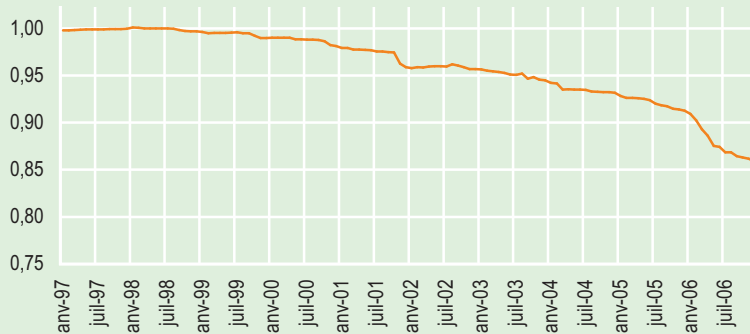
### Croissance des différents postes de soins de ville en valeur, en volume et en prix de 2004 à 2006

Postes	Honoraires	Prescriptions	Médicaments	LPP	IJ	Total	En %
<b>Croissance en valeur</b>							
2004	1,7	3,7	5,6	11,6	-0,9	3,4	
2005	2,5	4,9	5,0	8,3	-1,2	3,4	
2006	2,2	5,8	1,7	7,5	-0,6	2,5	
<b>Croissance en prix</b>							
2004	0,6	0,7	-1,7	1,6	2,5	-0,1	
2005	1,3	0	-1,5	1,1	2,7	0	
2006	1,9	0	-4,8	0,2	2,7	-1,1	
<b>Croissance en volume</b>							
2004	1,0	3,0	7,4	9,9	-3,3	3,5	
2005	1,1	4,9	6,6	7,1	-3,8	3,4	
2006	0,3	5,8	6,8	7,3	-3,2	3,6	

Sources • CNAMTS, calculs DREES.

■ GRAPHIQUE 1

### Indice du prix du médicament



Sources • CNAMTS, calculs DREES.

1. Ce plan repose sur une politique de prix (promotion des médicaments génériques) et une politique de régulation (déremboursement des médicaments à service médical rendu insuffisants).

2. L'indice des prix utilisé dans cette note est le même que celui utilisé par l'INSEE.

Contrairement à celui utilisé par la CNAMTS dans son point de conjoncture de juin 2007, l'indice INSEE prend en compte l'effet des génériques comme un effet prix, ce qui explique pourquoi l'effet volume peut paraître important.

le seul poste à contribuer négativement à la croissance du volume de dépenses (-0,4 point contre -0,5 point les années précédentes, voir tableau 2).

Divers facteurs peuvent expliquer cette évolution. D'un point de vue conjoncturel, l'activité économique a connu un léger regain, avec un taux de croissance annuel en volume de 2 % contre 1,7 % en 2005 (données INSEE). En 2006, la montée en charge de la retraite anticipée pour carrière longue, instituée par la réforme des retraites de 2003 s'est poursuivie, freinant nettement la croissance de la population active âgée de 55 ans et plus, ce qui peut

expliquer une partie de la diminution des indemnités journalières. D'un point de vue sanitaire, il n'y a pas eu d'épidémie de grippe particulièrement importante en 2006, contrairement à 2005 où des records avaient été enregistrés, ce qui joue plutôt dans le sens d'un ralentissement des dépenses.

En outre, la mise en œuvre de la réforme de l'assurance maladie issue de la loi du 13 août 2004 s'est poursuivie en 2006. Cette réforme comporte des mesures de nature structurelle, telle que la mise en place du parcours de soins coordonnés qui régule l'accès à la médecine spécialisée via la désignation d'un

médecin traitant par chaque patient<sup>3</sup> et le renforcement des contrôles du respect des protocoles prévus pour les malades atteints d'une affection de longue durée (ALD).

L'avenant 12 à la Convention médicale du 12 décembre 2005 fixait comme objectif pour 2006 de réduire les montants des dépenses liés aux arrêts de travail de 1 %. Pour les médicaments, il était attendu une baisse de 10 % pour les antibiotiques, de 5 % pour les psychotropes et de 3 % pour les inhibiteurs de la pompe à proton. Par ailleurs, il était prévu de maintenir la stabilité des dépenses en statines (médicament anti-cholestérol).

## ENCADRÉ 1

### Le modèle de la DREES

Ce modèle<sup>1</sup> est estimé sur des données CNAMTS trimestrielles pour la période 1989-2006. À l'exception des biens inscrits sur la liste des produits et prestations sanitaires, chaque bloc comporte une relation de long terme et une relation de court terme qui modélise l'ajustement à la tendance issue de la première équation.

Le modèle à correction d'erreur propose des mécanismes d'ajustement compatibles avec la cible de long terme. Il combine deux types de variables : celles non stationnaires exprimées en niveau qui déterminent les cibles de long terme, et les variables stationnaires, généralement les taux de croissance, liées à court terme. La première équation (long terme) modélise le niveau de la dépense considérée en logarithmes de façon à ce que les effets des variables explicatives, elles-mêmes en logarithmes, s'interprètent comme des élasticités. La seconde équation (court terme) porte sur la différence première du logarithme de la dépense considérée qui correspond au taux de croissance de cette dépense.

#### 1 • Bloc honoraires

$$\text{Log (honaire)} = 3,19 + 0,69.\text{log (pib)} - 0,57.\text{log (prix relatif honoraires)} + 0,03.\text{dum\_plat02}$$

(1,61) (9,43) (-1,69) (4,89)

$$\text{dlog (honaire)} = 0,003 - 0,69.e\_honaire (-1) + 0,14.\text{dlog (pib)}$$

(1,91) (-6,17) (0,44)

La variable dum\_plat02 prend la valeur 1 à partir du deuxième trimestre 2002 et 1 auparavant. Elle vise à neutraliser les réformes de nomenclature ou les créations d'actes entreprises depuis 2002.

#### 2 • Bloc médicaments

$$\text{Log (médicament)} = -11,66 + 1,51.\text{log (honaire)} + 0,01. (\text{tendance temporelle})$$

(-2,13) (5,97) (9,61)

$$\text{dlog (médicament)} = 0,01 - 0,27.e\_medic (-1) + 0,54.\text{dlog (honaire)}$$

(11,7) (-3,11) (5,98)

#### 3 • Bloc prescriptions

$$\text{Log (prescription)} = -23,05 + 2,02.\text{log (honaire)}$$

(-6,23) (11,91)

$$\text{dlog (prescription)} = 0,007 - 0,09.e\_prescription (-1) + 0,72.\text{dlog (honaire)}$$

(3,37) (-1,67) (5,22)

#### 4 • Bloc LPP

$$\text{Dlog (tips)} = 0,005 + 0,46.\text{dlog (honaire)} + 0,02. \text{dum\_tendance97} + 0,02 \text{dum\_tendance02} - 0,28.\text{dum\_tips}$$

(1,94) (3,37) (5,21) (-2,14) (-16,84)

Nota : dum\_tips = 1 pour 2000T1 et 0 autrement  
dum\_tendance97 = 1 à partir de 1997T2 et 0 autrement  
dum\_tendance02 = 1 à partir de 2002T1 et 0 autrement

#### 5 • Bloc indemnités journalières

$$\text{Log (ij/emploi)} = -0,23 + 0,68.\text{log (honaire/emploi)} + 0,49.\text{log (taux pop 55)} - 0,06.\text{contrôle}$$

(-0,18) (2,97) (5,12) (-3,71)

$$\text{dlog (ij/emploi)} = 0,00093 - 0,56.e\_ije (-1) + 0,27.\text{dlog (pib)}$$

(0,30) (-4,52) (1,21)

Les variables e\_xxxx (-1) représentent la force de rappel dans les équations de court terme. Le coefficient estimé s'interprète comme l'écart en pourcentage que la variable comble entre chaque trimestre pour atteindre sa cible de long terme.

1. Les écarts types des relations de long terme (relations de cointégration) sont ajustés pour la variance de long terme par la méthode des MCO dynamiques de Stock et Watson. En outre, dans le cadre de l'estimation d'une relation de cointégration, les statistiques du R<sup>2</sup> et de Durbin et Watson ne sont plus valides. Elles ne sont pas représentées.

3. La mise en place du parcours de soins coordonnés comprend également, depuis 2006, une modulation des taux de remboursement, selon que le patient suit ou non ce parcours. En 2005, les patients avaient été incités à désigner leur médecin traitant et que les spécialistes de secteur 1 pouvaient désormais pratiquer des dépassements lorsque le patient ne s'inscrivait pas dans le parcours de soins coordonnés.

Enfin, la mise en œuvre du plan Médicament s'est poursuivie, avec notamment une seconde vague de déremboursement des médicaments à service médical rendu insuffisant, une prise en charge ramenée à 15 % pour certains médicaments (veinotoniques).

### La croissance en volume des honoraires s'est fortement ralentie en 2006

Les honoraires représentent environ 27 % de l'ensemble des dépenses ici considérées. Ce poste comprend les honoraires des médecins généralistes et spécialistes (consultations, visites et actes techniques), ceux des dentistes, ainsi que ceux des sages-femmes, pratiqués dans le cadre de la médecine ambulatoire et en clinique privée. En revanche, les rémunérations pour permanence de soins et les rémunérations versées aux médecins traitants pour les patients en ALD sont exclues, dans la mesure où il ne s'agit pas de dépenses remboursées aux assurés, mais de versements directs aux médecins.

En 2006, la croissance des honoraires exprimée en volume s'est considérablement ralentie par rapport à 2005 (+0,3 % après +1,1 %).

Le modèle (encadré 1) fait intervenir à long terme deux variables explicatives, le PIB et le prix relatif des honoraires. Le PIB constitue un facteur explicatif essentiel : le niveau de développement économique, approché par le PIB, est en effet considéré comme le principal déterminant d'ordre économique de l'évolution de la demande de soins<sup>4</sup> et permet en général d'expliquer une part élevée de la variabilité des dépenses de santé. Il a donc été privilégié, d'autant qu'il se révèle sur le plan statistique être un facteur explicatif essentiel de l'évolution des honoraires des professionnels de santé. Malgré un taux de croissance du PIB de 2,0 % en 2006 en moyenne annuelle contre 1,7 % en 2005, la contribution du PIB à la croissance des honoraires s'avère bien moins forte en 2006 (0,5 point) qu'en 2005 (1 point). Cela s'explique par les profils de croissance trimestriels des années 2004, 2005 et 2006, ainsi que par les effets retard pris en compte dans le modèle.

4. Pour une revue détaillée de la littérature économique sur le sujet, voir L'Horty *et al.*, 1997.

5. Le prix relatif des biens et services de santé est exprimé comme le rapport de l'indice de prix de ces biens et services à celui de la consommation des ménages.

6. Roचाix L., 1993, « Financial Incentives for Physicians : the Quebec Experience », *Health Economy*, vol. 2, pp. 163-176.

La modélisation fait apparaître, à long terme, une relation négative entre le volume des honoraires et leur prix relatif : une augmentation d'un point du prix relatif réduirait ainsi de 0,57 point le volume d'honoraires remboursés. Les prix relatifs des biens et services de santé peuvent en effet influencer l'offre et la demande de soins<sup>5</sup>. Cependant, dans le système actuel de remboursement, l'impact des prix sur la demande de soins est, de fait, limité par la tendance à la généralisation de la couverture complémentaire d'assurance maladie, même si l'introduction en 2005 de la participation forfaitaire de 1 euro peut rendre la demande de soins plus sensible aux prix. Ainsi, l'effet global du prix sur la consommation de soins peut plutôt s'interpréter comme un effet d'offre : une étude empirique sur le Québec<sup>6</sup> a par exemple montré que les prestataires de soins chercheraient plutôt à garantir le maintien de leur revenu qu'à obtenir des gains

plus importants, du moins à court terme, ce qui les conduirait à freiner leur activité en cas de hausse tarifaire. À l'inverse, dans les périodes où il n'y a pas de revalorisation tarifaire, les professionnels de santé auraient tendance à accroître le volume de leurs honoraires afin de pallier l'érosion de leur revenu réel découlant de l'augmentation du niveau général des prix.

Le modèle décrit très bien l'évolution observée en 2006 : les volumes des honoraires ont crû de 0,3 % (tableau 3) et le PIB représente une contribution essentielle à cette croissance (0,5 point), légèrement atténuée par l'effet des prix (-0,1 point).

En revanche, les évolutions observées en 2004 et 2005 avaient été surévaluées par le modèle, de respectivement 0,6 et 0,5 point. Outre la mise en place du parcours de soins à compter de 2005, ces deux années ont été marquées par l'instauration de la rémunération pour médecin traitant et

■ TABLEAU 2

### Parts et contribution à la croissance des dépenses de soins de ville\*

	Parts dans le total des soins de ville (en %)			Contributions (en points de %)		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006
<b>Dépenses en valeur</b>						
Honoraires	29,6	29,3	29,2	0,5	0,7	0,6
Médicaments	33,8	34,3	34,1	1,8	1,7	0,6
Prescriptions	15,4	15,6	16,1	0,6	0,8	0,9
Indemnités journalières	15,7	15,0	14,5	-0,1	-0,2	-0,1
LPP	5,5	5,8	6,1	0,6	0,5	0,4
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>3,4</b>	<b>3,4</b>	<b>2,5</b>
<b>Dépenses en volume</b>						
Honoraires	27,9	29,3	26,4	0,3	0,3	0,1
Médicaments	38,0	39,1	40,3	2,7	2,5	2,7
Prescriptions	15,1	15,3	15,6	0,5	0,7	0,9
Indemnités journalières	13,6	12,7	11,8	-0,5	-0,5	-0,4
LPP	5,4	5,6	5,8	0,5	0,4	0,4
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>3,5</b>	<b>3,4</b>	<b>3,6</b>

\* Données CJO - CVS.

Sources • CNAMTS, calculs DREES.

■ TABLEAU 3

### Contributions à la croissance des honoraires

	En points de %		
	2004	2005	2006
PIB	0,6	1	0,5
Prix	0,5	0,3	-0,1
Indicatrice	0	0	0
Effet des honoraires de la période précédente	0,6	0,3	-0,1
Inexpliqué	-0,6	-0,5	-0,1
Taux de croissance des honoraires	1,0 %	1,1 %	0,3 %

Sources • CNAMTS, calculs DREES.

des rémunérations pour permanence de soins, ce qui a apporté un revenu supplémentaire aux médecins. Ces postes représentent près de 3 % des dépenses remboursées au titre d'honoraires des médecins généralistes et spécialistes. Bien que ces rémunérations ne soient pas prises en compte dans les dépenses analysées dans cette étude (encadré 2), elles ont pu contribuer, en suivant l'approche des comportements d'activité des médecins retenue ici, à atteindre la cible de revenu recherché, et de ce fait à modérer le volume des honoraires. Ceci peut expliquer la valeur négative de l'inexpliqué.

En 2006, le taux de croissance en volume des honoraires de spécialistes dépassait sensiblement celui des généralistes, comme cela se produit depuis 2001 (graphique 2). L'année 2005 avait été en cela exceptionnelle, puisque les honoraires de spécialistes avaient progressé moins vite que ceux des

généralistes ; cette situation s'expliquait sans doute par le début de la mise en place du parcours de soins coordonnés.

### Malgré les sorties de réserves hospitalières, la croissance en volume des médicaments se stabilise

La croissance en volume des dépenses de médicaments remboursés, bien que soutenue (+6,7 % en 2006), reste du même ordre que celle observée en 2005. Les médicaments restent le principal contributeur à la croissance en volume des dépenses de soins de ville en 2006 (2,7 points sur 3,6 % de croissance). L'évolution des dépenses de médicaments en volume est en outre marquée par d'importants changements dans la structure des ventes et par la montée en charge de nouveaux médicaments (Clerc, 2006). Par ailleurs, il convient de souligner l'importance croissante des médicaments génériques.

Dans la modélisation, l'évolution de long terme des dépenses de médicaments est appréhendée au moyen de deux facteurs, les dépenses d'honoraires et une tendance temporelle estimée à 1 % par trimestre.

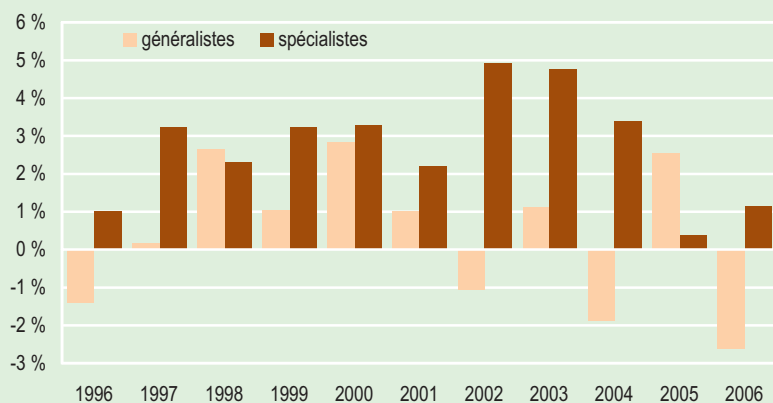
En 2005, le modèle décrivait bien l'évolution des dépenses. Les gains réalisés par la réduction de certaines prescriptions, conformément aux objectifs de la Convention médicale du 12 janvier 2005, semblent avoir été compensés par des prescriptions plus importantes d'autres médicaments (Azizi, 2006). En outre, de nombreux médicaments tels que l'érythropoïétine (pour le traitement de l'anémie), certains antiviraux et anticancéreux sont notamment sortis de la réserve hospitalière et sont dorénavant fournis par les pharmacies de ville, ce qui a tiré à la hausse le volume de médicaments remboursés.

À l'inverse, l'évolution des dépenses de médicaments observée en 2006 n'est que partiellement retracée par la modélisation retenue, avec un facteur inexpliqué de 0,6 point (tableau 4). En 2006, le plan Médicament a surtout mis l'accent sur les baisses de prix et assez peu sur les volumes. Il s'est traduit principalement par deux phénomènes : l'arrivée résultante sur le marché de génériques renforcé par l'alignement dans une certaine mesure du prix des médicaments princeps sur celui des génériques.

On note cependant que la Convention médicale du 3 mars 2006 prévoyait de réduire le volume de prescriptions d'un certain nombre de médicaments. Une économie de 196 millions d'euros était ainsi attendue par la CNAMTS, correspondant à une baisse des prescriptions d'hypnotiques, d'anxiolytiques, d'antibiotiques et des statines ou encore les inhibiteurs de pompes à protons. Selon le rapport de la commission des comptes de la Sécurité Sociale de septembre 2006, l'objectif semble accompli pour les trois premiers, à l'inverse des IPP. Ces médicaments représentent près de 20 % des dépenses totales. Les premiers résultats collectés montrent que le chiffre d'affaires (au prix producteur hors taxe) a effectivement diminué (-12,2 % sur les antibiotiques et

GRAPHIQUE 2

### Taux d'évolution du volume d'honoraires de généralistes et spécialistes\*



\* Données CJO - CVS.  
Sources • CNAMTS, calculs DREES.

TABLEAU 4

### Contributions à la croissance des médicaments

	En points de %		
	2004	2005	2006
Honoraires	0,4	0,5	0,3
Trend	1,2	1,2	1,2
Médicaments de la période précédente	5,4	4,9	4,6
Inexpliqué	0,3	-0,1	0,6
Taux de croissance des médicaments	7,3 %	6,5 %	6,7 %

Sources • CNAMTS, calculs DREES.

-8,5 % sur les statines). Dans le même temps, le nombre de boîtes vendues a moins baissé, voire a augmenté, entre 2005 et 2006. Mais l'année 2006 a surtout été marquée par la montée en charge des médicaments sortis de la réserve hospitalière en 2005. Ainsi, le nombre de boîtes d'erythropoïétine vendues a crû de 108 %, et celui des antiviraux et des anticancéreux de respectivement 26 % et 22 %. Ce phénomène se traduit par l'évolution inexpliquée par le modèle (+0,6 point).

### Forte croissance des volumes de prescriptions d'auxiliaires médicaux et d'analyses biologiques

Les prescriptions autres que médicamenteuses, qui regroupent les analyses de biologie, les soins d'infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et autres auxiliaires médicaux (orthophonistes, etc.) ainsi que les cures thermales, constituent une autre composante des soins ambulatoires. Ces dépenses représentent plus de 15 % des dépenses totales de soins de ville. En 2006, la croissance des prescriptions a connu une forte progression (tableau 5).

Une décomposition fine du poste prescriptions montre que les dépenses d'infirmières et de kinésithérapeutes expliquent en grande partie la hausse du taux de croissance. Bien que ces deux postes représentent respectivement 30,5 % et 27,5 % dans le total des dépenses, elles contribuent à des taux bien supérieurs à la croissance, soit 39 % et 32,6 % en volume.

Dans la modélisation, l'évolution de long terme des prescriptions est expliquée par les dépenses d'honoraires.

Pour ce poste prescriptions, le modèle ne parvient pas à retracer complètement les évolutions observées en 2006 : le modèle sous-estime en effet le taux de croissance de 1 point. Ce résultat peut s'expliquer par l'augmentation particulièrement forte des dépenses d'infirmiers en volume (+7,4 % contre 5,9 % en 2005). La création d'indemnités kilométriques pour les masseurs-

kinésithérapeutes, qui s'est traduite par une hausse de près de 50 % des frais de déplacement, a également contribué exceptionnellement à la croissance des dépenses.

### La croissance en volume des produits inscrits sur la liste des produits et prestations sanitaires est stabilisée depuis 2005

Le poste LPP comprend l'ensemble des produits inscrits à la liste des produits et prestations sanitaires, dont les prothèses, les accessoires et pansements et l'optique, ainsi que les produits d'origine humaine. Ces dépenses représentent un peu plus de 5 % des dépenses totales de soins de ville. La croissance des LPP s'établit au même rythme qu'en 2005 (tableau 6).

La croissance des dépenses de LPP est expliquée par celle des honoraires médicaux. De plus, la modélisation prend en compte : d'une part, le changement de régime observé entre 1997 et 2002<sup>7</sup>, lié à un mouvement de transfert vers la médecine ambulatoire des prescriptions de produits sanitaires antérieurement fournis à titre gratuit par les établissements hospitaliers ; d'autre part, le changement récent par la CNAMTS de sa série à

partir de 2003, en raison de la comptabilisation en médecine de ville de produits qui étaient délivrés à l'hôpital.

Pour 2007, le modèle devrait avoir plus de difficultés à retracer les évolutions de dépenses. En effet, depuis avril 2007, les opticiens sont en mesure de prescrire eux-mêmes, sous certaines conditions, le renouvellement des verres correcteurs, ce qui pourrait générer un volume plus important de dépenses que le modèle ne pourra prendre en compte.

### Les contrôles de la CNAMTS ont un effet sur la baisse en volume des indemnités journalières

Les dépenses d'indemnités journalières correspondent aux prestations en espèces versées aux salariés par le régime général. À la différence des autres postes présentés dans cette étude, elles ne concernent que les risques maladie et accidents du travail. Elles représentent environ 12 % des dépenses de soins de ville en 2006. Les dépenses remboursées d'indemnités journalières en volume (CJO-CVS) ont sensiblement diminué au cours de ces dernières années (-3,3 % en 2004, -3,8 % en 2005, -3,2 % en 2006) [graphique 3]. C'est d'ailleurs le seul poste en diminution, d'où son incidence particulière

7. Les LPP ont enregistré une croissance à deux chiffres entre 1997 et 2002, notamment en raison de leur transfert de l'hôpital vers la ville qui traduit principalement des phénomènes d'ordre comptable. Ce transfert étant maintenant largement achevé, on observe à partir de 2002 une évolution des dépenses de LPP du même ordre de grandeur que celui des médicaments (baisse du taux de croissance de 2 points entre 2002 et 2004).

TABLEAU 5

### Contributions à la croissance des prescriptions

En points de %

	2004	2005	2006
Honoraires	-0,3	0,3	0,5
Prescriptions de la période précédente	3,2	4,1	4,2
Inexpliqué	0,1	0,4	1,0
Taux de croissance des prescriptions	3,0 %	4,8 %	5,7 %

Sources • CNAMTS, calculs DREES.

TABLEAU 6

### Contributions à la croissance des LPP

En points de %

	2004	2005	2006
Honoraires	0,5	0,6	0,1
Indicatrices temporelles	7,9	7,9	7,9
Inexpliqué	1,3	-1,4	-0,8
Taux de croissance des LPP	9,7 %	7,0 %	7,2 %

Sources • CNAMTS, calculs DREES.

## ENCADRÉ 2

### Description des données

Les données utilisées proviennent de la statistique mensuelle en date de soins fournie par la CNAMTS (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés). Il s'agit des dépenses remboursées. Ces dépenses incluent les honoraires et les prescriptions liées à des soins reçus en cliniques privées, et concernent les trois risques (maladie, maternité et accidents du travail), sauf pour les IJ pour lesquelles seuls les risques maladie (IJ maladie de plus et de moins de trois mois) et accidents du travail sont considérés.

Les postes de dépense de soins de ville qui sont analysés se composent des honoraires (médecins, dentistes, sages-femmes), des prescriptions (auxiliaires médicaux, analyses biologiques et cures thermales), des médicaments (remboursés à 15 %, 35 %, 65 %, 80 % et 100 %), des biens inscrits sur la liste des produits et prestations sanitaires (LPP) et des indemnités journalières (IJ).

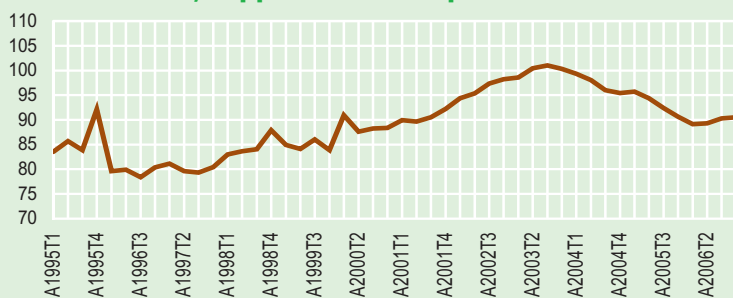
Les séries de dépenses de LPP et de médicaments de la CNAMTS ont en outre subi des modifications rétrospectives : certaines dépenses jusque-là comptabilisées en ville sont désormais comptabilisées à l'hôpital.

Dans cette étude, les évolutions des honoraires se trouvent modifiées par rapport aux travaux antérieurs. Jusqu'en 2005, la CNAMTS comptabilisait dans le poste honoraires les rémunérations pour permanence de soins et les rémunérations pour médecin traitant perçues pour les patients en ALD. Ceci n'est plus le cas dans les séries publiées cette année, ce qui a un impact sur les séries en valeur, prix et volume. Ces revenus supplémentaires, qui ne représentent que 3 % des honoraires de médecins et moins de 1 % de l'ensemble des dépenses de soins de ville, ont néanmoins fortement progressé (+78 %) entre 2005 et 2006.

D'une façon plus générale, les changements apportés par la réforme de l'assurance maladie en 2005 et 2006 se sont traduits par des modifications de nomenclature et de tarifs. La CNAMTS a mené une analyse spécifique sur l'impact du passage de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) à la classification commune des actes médicaux (CCAM), et a identifié un « effet prix » lié à ce changement de nomenclature pour l'intégrer dans ses statistiques. Cependant, on ne peut exclure que les différents changements apparus au cours des deux dernières années aient perturbé le partage entre prix et volume des évolutions des dépenses observées en 2005 et 2006.

## GRAPHIQUE 3

### Évolution des dépenses d'indemnités journalières en volume, rapportées à l'emploi



Sources • CNAMTS, INSEE, calculs DREES.

## TABLEAU 7

### Contributions à la croissance des indemnités journalières

	En points de %		
	2004	2005	2006
Honoraires/emploi	0,5	0,3	-0,3
Part des actifs âgés de 55 ans et plus	0,9	1,1	0,9
Contrôle CNAMTS	-3,7	-2,8	-0,9
Emploi	-0,3	0,2	0,5
Effet des IJ de la période précédente	-0,5	-1,8	-2,2
Inexpliqué	-0,1	-0,9	-1,3
Taux de croissance des IJ	-3,3 %	-3,8 %	-3,2 %

Sources • CNAMTS, calculs DREES.

sur l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) dans son ensemble.

Dans la modélisation, l'évolution de long terme des indemnités journalières est expliquée par plusieurs paramètres : l'emploi, les dépenses d'honoraires (déflatées par l'emploi), la part dans la population active des individus âgés de 55 ans et plus, ainsi qu'une variable représentant la politique de contrôle menée par la CNAMTS.

Les honoraires constituent un facteur explicatif de l'évolution des dépenses d'indemnités journalières, ce qui traduit le rôle central joué par les médecins dans la prescription d'arrêts maladie.

La croissance de l'emploi, liée à l'amélioration de la situation économique au cours de ces deux dernières années, se répercute mécaniquement sur les indemnités journalières. Ainsi, la contribution de l'emploi est positive et s'élève à 0,5 point pour 2006 (tableau 7).

En raison du lien entre l'âge et l'état de santé, les personnes âgées de 55 ans et plus ont une plus forte probabilité de recourir aux indemnités journalières. Aussi, l'arrivée de la génération du baby-boom dans cette tranche d'âge pourrait-elle se répercuter sur la croissance des dépenses d'indemnités journalières. Cependant, la possibilité de départ anticipé pour carrière longue instituée par la réforme des retraites de 2003 a pu entraîner un ralentissement du taux de croissance de la population active âgée. Ainsi, la contribution de la part des actifs de plus de 50 ans à la progression des indemnités journalières semble se stabiliser à 1 point depuis 2004.

Dans une récente étude de la DREES (Lê, Raynaud, 2007), une décomposition plus fine distinguant les indemnités journalières courtes (moins de 3 mois) et longues (plus de 3 mois) indique que la part des personnes âgées de plus de 55 ans n'a aucune influence sur les arrêts courts, mais uniquement sur les arrêts longs. À l'inverse, une croissance du taux de chômage diminuerait le volume des indemnités journalières de courte durée, sans avoir d'influence sur les arrêts longs.

Depuis 2003, la CNAMTS a mené une politique plus stricte de contrôle des indemnités journalières auprès des assurés, mais aussi des campagnes de communication auprès des prescripteurs pour les inciter à prescrire moins d'arrêts de travail. Il n'existe malheureusement pas de série statistique retraçant l'historique des contrôles. Cependant, une variable indicatrice construite par la CNAMTS permet de résumer l'accroissement du nombre de contrôles (Kusnik-Joinville *et al.*, 2007) et de tenir compte de l'engagement des organisations professionnelles de médecins signataires de la Convention médicale de 2005. Même si elle ne retrace l'évolution des contrôles que de manière trop simplifiée, l'introduction de cette variable dans les régressions per-

met, d'une part, d'estimer l'effet des autres variables explicatives testées en tenant compte de la politique récente de contrôles et, d'autre part, de constater que cette politique semble efficace, la variable contrôle expliquant une part significative des évolutions observées en 2004 et 2005 (Lê, Raynaud, 2007). Même si cette politique de contrôle a été efficace au cours des deux ou trois dernières années en luttant contre les abus, elle ne permettra cependant pas, à elle seule, d'infléchir beaucoup plus longtemps l'évolution des indemnités journalières, comme semblent le montrer les premiers éléments concernant l'année 2007.

La diminution des indemnités journalières est imparfaitement décrite par ce modèle, avec une évolution

prévue de -1,9 % en volume (+0,8 % en valeur), soit un inexplicable de -1,3 point. Il est possible que la variable contrôle introduite dans le modèle ne reflète pas suffisamment l'effort engagé en 2006 par la CNAMTS dans ce domaine. Le projet de loi de financement de Sécurité sociale (PLFSS) pour 2006 prévoyait un renforcement des efforts dans ce domaine et tablait sur une économie supplémentaire. Il faut toutefois souligner que l'avenant 12 à la Convention médicale du 12 décembre 2005 fixait un objectif de diminution de 1 % des dépenses d'indemnités journalières en valeur. Cet objectif n'a certes pas été entièrement atteint (-0,6 %), mais l'ampleur de la composante inexplicable suggère que des efforts importants de modération ont été réalisés. ■

### ENCADRÉ 3

#### Partage prix - volume et désaisonnalisation

Le partage prix-volume pour chacun des postes retenus dans la modélisation (honoraires, prescriptions, médicaments, LPP, IJ) est déduit de celui fourni par la CNAMTS dans sa statistique mensuelle en dates de soins, en rapportant les données en valeur à celles exprimées en volume. On déduit des prix ainsi obtenus un indice de prix agrégé pour chacun des cinq postes précédents (encadré 2), en calculant un indice de Laspeyres mensuel chaîné annuellement. Ces indices permettent alors de déflater les données agrégées exprimées en valeur et de calculer les volumes pour chacun des postes de la modélisation. Les dépenses en volume sont ensuite corrigées des jours ouvrés ainsi que des variations saisonnières.

La particularité du partage prix-volume est de comptabiliser, par convention, tout nouveau produit dans les seuls volumes. Pour les médicaments, ce type de convention nécessite de déterminer si les nouveaux produits constituent des substituts à des produits existants (par exemple, entre molécules princeps et génériques) ou s'ils sont entièrement nouveaux et améliorent la qualité moyenne (par exemple, de nouvelles molécules).

L'indice de prix de Laspeyres des médicaments utilisé par la CNAMTS est celui de l'INSEE, qui retient les conventions suivantes :

- Les médicaments y sont classés en fonction de la composition moléculaire dans des classes thérapeutiques.
- Une classe d'équivalents thérapeutiques regroupe les médicaments ayant même DCI (dénomination commune internationale qui désigne

le principe actif), même dosage et même voie d'administration.

Un produit nouveau ne peut être intégré dans l'indice en cours d'année que s'il possède des caractéristiques communes avec une classe existante : par exemple, si la présentation passe de 20 à 30 comprimés par boîte ; en revanche, si elle passe d'une forme de comprimés à une forme de sirop, elle est considérée comme un nouveau produit.

De ce fait, un médicament issu d'une molécule nouvelle sera classé dans une nouvelle classe thérapeutique. Ce médicament ne sera donc intégré dans l'indice des prix à la consommation que l'année suivante, mais ne sera comptabilisé que dans les volumes.

Enfin, il est possible d'introduire les génériques dans la classe thérapeutique des médicaments princeps correspondants. Le prix de base du générique à la période d'introduction sera alors le prix moyen de la classe thérapeutique. En général, un générique est commercialisé 15 % moins cher que son princeps. L'introduction du générique a donc pour effet de faire baisser l'indice des prix des produits pharmaceutiques dans la classe thérapeutique, effet mécanique auquel peut s'ajouter la diminution du prix des princeps qu'elle peut induire par ailleurs.

L'indice de prix global des médicaments agrège alors l'ensemble de ces indices par classe et permet de déduire les dépenses de médicaments en volume.

#### Pour en savoir plus

- Aziki K., 2006, « Les dépenses de soins de ville remboursées par le régime général en 2005 », *Études et Résultats*, DREES, n° 511, août.
- Kusnik-Joinville O., Lamy C., Merlière Y., Polton D., 2007, « Déterminant de l'évolution des indemnités journalières », *Point de repère*, CNAMTS, n° 5.
- Lê F., Raynaud D., à paraître, « Les dépenses d'indemnités journalières », *Études et Résultats*, DREES.
- Clerc M.-É., 2006, « Les ventes de médicaments remboursables en 2005 », *Études et Résultats*, DREES, n° 508, juillet.