



N° 812 • septembre 2012

Les disparités territoriales des consommations de soins de spécialistes et de dentistes : le poids des dépassements

Cette étude analyse les écarts de consommation de soins par tête entre les départements, en portant une attention particulière aux dépassements.

En 2009, la dépense annuelle moyenne en soins de ville s'élève à 1 335 euros par personne protégée, dont 196 euros de dépassements. Les dépassements de soins de médecins spécialistes et de chirurgiens-dentistes, comme la dépense reconnue par l'assurance maladie, varient significativement d'un département à l'autre. Ceux-ci sont substantiellement supérieurs à la moyenne dans quatre zones : l'Île-de-France (hors Seine-Saint-Denis), l'Alsace, quelques départements de Rhône-Alpes et les Alpes-Maritimes.

Ces disparités départementales sont en partie imputables aux différences de structure démographique des populations ; elles sont aussi liées à d'autres caractéristiques, notamment au niveau de revenu de la population et à la quantité d'offre de soins locale. Si l'on tient compte des spécificités de chaque département, les écarts de consommations de soins observés se réduisent de moitié pour la dépense reconnue, et d'un peu plus pour les dépassements.

Cette étude est extraite du rapport des Comptes nationaux de la santé 2011, disponible sur l'espace Internet de la DREES : www.drees.sante.gouv.fr

Audrey BAILLOT

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Ministère de l'Économie et des Finances
Ministère des Affaires sociales et de la Santé
Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social

Cette étude étend aux dépassements les travaux menés sur les disparités territoriales de consommation de soins présentés dans les rapports des comptes de la santé de 2009 et 2010*. Elle analyse ces disparités au niveau des départements, en lien avec les spécificités locales et distingue en particulier les dépenses de soins de spécialistes et de chirurgiens-dentistes, postes de soins parmi les plus concernés par les dépassements, avec certains biens médicaux (tableau). Les données couvrent les trois principaux régimes (régime général, régime des indépendants et régime agricole), soit 96 % des assurés sociaux.

Les dépassements se concentrent sur certains postes de soins

Globalement, en 2009, les dépassements (encadré) liés aux soins de médecins spécialistes s'élèvent à 2,1 milliards d'euros tandis que ceux relatifs aux soins dentaires s'établissent à 4,2 milliards d'euros. Les premiers se concentrent sur les honoraires des professionnels exerçant en secteur 2, dit « à honoraires libres ». Pour les seconds, les dépassements proviennent moins des honoraires que des écarts existant entre les tarifs opposables et les prix des produits (prothèses dentaires, ...).

Une partie des écarts entre les départements est liée à leurs spécificités sociodémographiques, sanitaires et d'offre de soins

Par personne protégée et pour l'année 2009, les dépassements représentent un montant de 196 euros sur une dépense totale de 1 335 euros. Comme pour la dépense reconnue par l'assurance maladie (cf. principales définitions ci-contre), les dépassements moyens par habitant varient significativement d'un département à l'autre. Leur répartition géographique diffère toutefois nettement de celle de la dépense reconnue (cartes). Selon le département, ils représentent entre 4 % et 63 % de celle des soins de spécialistes et 77 % à 159 % de celle des soins dentaires.

Ces écarts de niveau de dépassements entre les départements sont toutefois moindres que ceux constatés sur la dépense reconnue, en raison du poids plus faible de ceux-ci.

Ces disparités renvoient en partie aux différences de structure démographique des populations locales. Mais pour les soins de spécialistes ou de dentistes, elles sont aussi liées à d'autres caractéristiques, notamment au niveau de revenu de la population et à l'offre de soins locale. Si l'on tient compte des caractéristiques d'offre et de demande de soins de chaque département, les écarts de consommations de soins se réduisent de moitié pour la dépense reconnue,

et d'un peu plus pour les dépassements. Néanmoins, des écarts importants subsistent après cette correction statistique appelée « standardisation ».

Les montants des dépassements sont substantiellement supérieurs à la moyenne dans quatre zones : l'Île-de-France (hors Seine-Saint-Denis), l'Alsace, quelques départements de Rhône-Alpes et les Alpes-Maritimes. Après standardisation, l'Alsace, quelques départements de Rhône-Alpes et les Alpes-Maritimes présentent des dépassements corrigés encore supérieurs à la moyenne, mais d'autres zones sont aussi concernées.

Montants et taux de dépassement au regard de la dépense reconnue pour les postes de soins les plus concernés par les dépassements (données tous régimes)

Poste de soins	Dépense reconnue (B) (milliers d'euros)	Dépassement (d) (milliers d'euros)	Taux de dépassement (d/B) (%)
Médecins spécialistes	10 566 861	2 064 650	20
Chirurgiens-dentistes	4 115 182	4 191 350	102
Dispositifs médicaux	5 967 551	5 484 808	92
<i>dont optique</i>	288 474	4 587 947	1 590
<i>dont orthèses-prothèses</i>	1 827 365	774 151	42

NB : Les dépassements sont définis par rapport à la dépense reconnue par l'assurance maladie obligatoire. Ils ne comprennent donc pas les dépenses liées à la réalisation d'actes hors nomenclature, qui ne font pas partie du panier de soins remboursables.

Champ • Tous régimes, France métropolitaine, prestations présentées au remboursement en soins de ville y compris honoraires en cliniques privées, pour les postes de soins les plus concernés par les dépassements.

Sources • SNIR, exploitation SNIR-AM, année 2009.

Principales définitions

La **dépense reconnue** par l'assurance maladie (aussi appelée base de remboursement) se compose du montant remboursé et du montant à la charge du patient, inclus dans le tarif opposable (ticket modérateur, franchise ou participation forfaitaire).

Les **dépassements** correspondent à la dépense supplémentaire non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, à la charge du patient ou parfois remboursée par son assurance maladie complémentaire. Ils sont définis par rapport à la dépense reconnue par l'assurance maladie obligatoire. Ils ne comprennent donc pas les dépenses liées à la réalisation d'actes hors nomenclature, qui ne font pas partie du panier de soins remboursables.

Dépense reconnue et dépassements forment la **dépense présentée au remboursement**.

Les **soins de ville** regroupent les soins de médecins généralistes, de spécialistes, de chirurgiens-dentistes, de sages-femmes, d'auxiliaires médicaux, les médicaments, les transports de malades, les analyses médicales, les cures thermales et autres dispositifs médicaux.

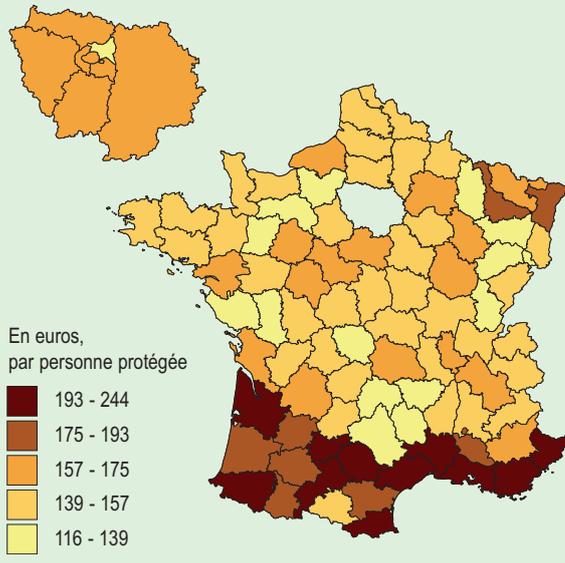
Les **dispositifs médicaux** regroupent les produits d'optique, les matériels et pansements ainsi que les orthèses et prothèses ;

La **consommation de soins corrigée ou standardisée** est une consommation théorique calculée à partir de la consommation observée, après prise en compte des caractéristiques démographiques, sanitaires et d'offre de soins des départements : âge et sexe, mortalité, densité de professionnels de santé, revenu de la population, ruralité du département, taux de chômage.

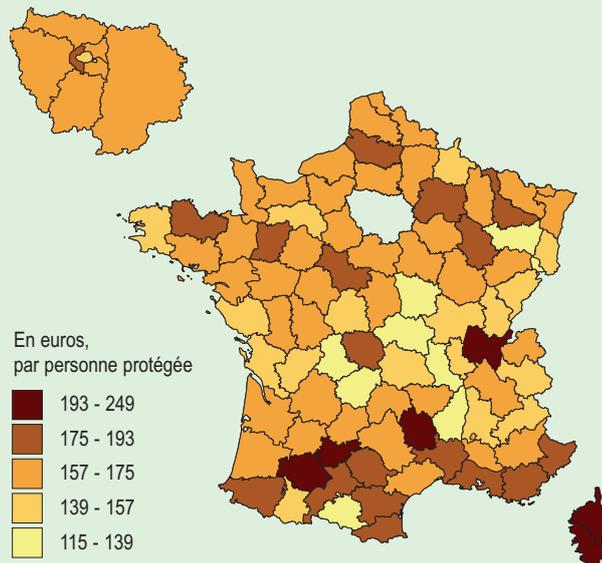
* Téléchargeables sur l'espace Internet de la DREES : www.drees.sante.gouv.fr

■ Consommations annuelles de soins de médecins spécialistes observées et corrigées par habitant, par département de résidence

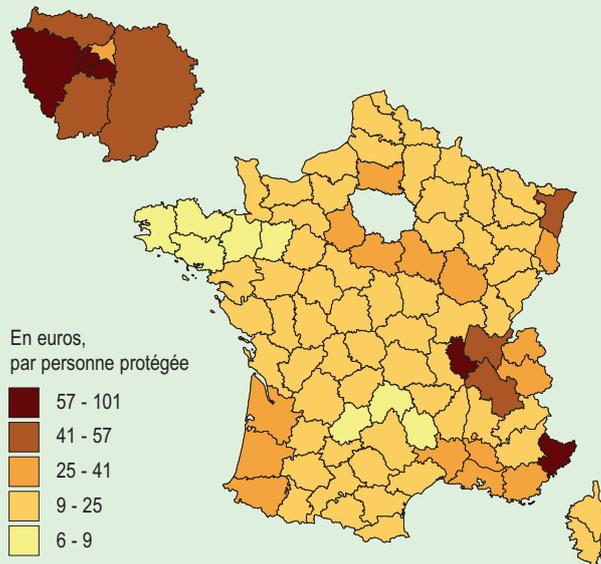
Base de remboursement observée



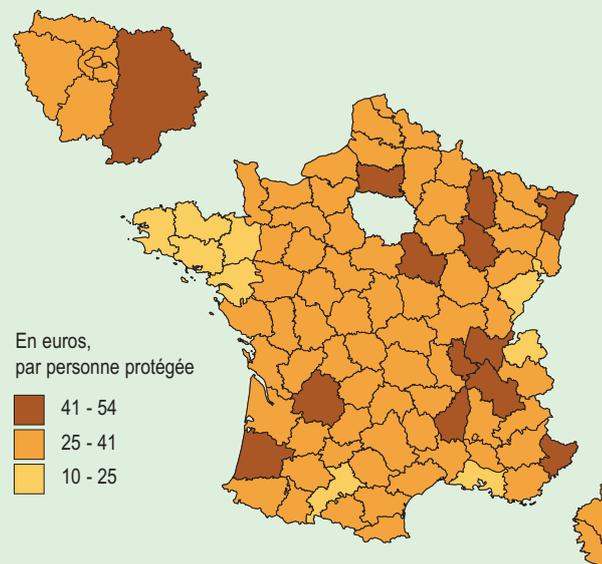
Base de remboursement corrigée



Dépassement observé



Dépassement corrigé



Note • Les départements sont classés en cinq catégories. Pour chaque poste de soins, la classe médiane est centrée sur la moyenne nationale des consommations de soins, base de remboursement (dépense reconnue) ou dépassement. Les classes extrêmes regroupent les départements dont la consommation de soins est inférieure ou supérieure à un écart-type de la consommation moyenne observée. Pour chaque département, la consommation corrigée est la valeur qui serait observée si le département avait la même structure démographique par sexe et âge que l'ensemble des trois grands régimes d'assurance maladie, et les caractéristiques sanitaires, économiques et d'offre de soins moyennes d'un département de France métropolitaine.

Champ • Soins de ville en nature y compris honoraires des médecins libéraux en cliniques privées en 2009, population de France métropolitaine protégée par les régimes général, agricole et des indépendants.

Sources • CNAMTS, MSA, RSI. Calculs : DREES.

COMPTES NATIONAUX DE LA SANTÉ 2011



Sommaire

Vue d'ensemble

Dossiers

- La redistribution verticale opérée par l'assurance maladie
- Les revenus d'activité des médecins libéraux
- Un accès géographique aux soins comparable entre les personnes âgées et les autres adultes
- Disparités territoriales des consommations de soins de spécialistes et de dentistes, le poids des dépassements

Éclairages

- La situation économique et financière des hôpitaux publics se stabilise en 2010
- La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif en 2010
- L'évolution du marché du médicament remboursable en ville entre 2010 et 2011

Fiches thématiques

- La Consommation de Soins et de Biens Médicaux (CSBM)
- La Dépense Courante de Santé (DCS)
- La Dépense Totale de Santé (DTS)
- Le financement de la santé

Annexes

Tableaux détaillés de 2000 à 2011

Ce rapport est téléchargeable sur l'espace Internet de la DREES :

<http://www.drees.sante.gouv.fr//article11024.html>



Les Comptes nationaux de la santé des années antérieures sont eux aussi téléchargeables sur l'espace Internet de la DREES