

CREDOC
BIBLIOTHÈQUE

Consommation

Sou1975 - 3203 à 3205

1975^{n°} 4

●
octobre décembre

Le Centre de Recherches et de Documentation sur la Consommation, association à but non lucratif régie par la loi de 1901, est un organisme scientifique fonctionnant sous la tutelle du Commissariat Général du Plan d'Équipement et de la Productivité. Son Conseil d'Administration est présidé provisoirement par M. Philippe Huet, Inspecteur général des Finances, Expert du Conseil de l'O.C.D.E., Président du Conseil d'Administration du S.E.I.T.A., ancien Vice-président du C.R.E.D.O.C. Les travaux du C.R.E.D.O.C. sont orientés par un Conseil Scientifique nommé par le Conseil d'Administration.

Ils se classent en deux grands groupes :

1° Les études sectorielles : Analyse de la consommation globale par produit; appareil de distribution; consommations alimentaires hors du domicile; tourisme; culture; loisirs; logement; épargne et patrimoine; économie médicale; économie de l'éducation.

2° Les études de synthèses et les recherches méthodologiques : Modes de vie des familles nombreuses et politique familiale; budgets temps; modes de vie des personnes âgées; redistribution et consommation élargie; prospective des modes de vie; recherches méthodologiques d'analyse statistique.

Les résultats de ces travaux sont en général publiés dans la revue trimestrielle « Consommation ».

Ils peuvent paraître sous forme d'articles dans d'autres revues françaises ou étrangères ou bien faire l'objet de publications séparées, lorsque leur volume dépasse celui d'un article de revue.

Le Centre de Recherches et de Documentation sur la Consommation peut, en outre, exécuter des études particulières à la demande d'organismes publics, privés ou internationaux. Ces études ne font qu'exceptionnellement l'objet de publication et seulement avec l'accord de l'organisme qui en a demandé l'exécution.

Président p.i. : Philippe HUET

Inspecteur Général des Finances, Expert du Conseil de l'O.C.D.E.
Président du Conseil d'Administration du S.E.I.T.A.

Vice-Président : René MERCIER

Directeur Général de la Société d'Études pour le Développement Économique et Social.

Président du Conseil Scientifique : Georges ROTTIER

Professeur associé à l'Université de Paris I.

Directeur Provisoire : Georges DELANGE

Directeur du C.E.P.R.E.M.A.P.

*Toute reproduction de textes ou graphiques
est autorisée sous réserve de l'indication de la source*

XII^e année
N^o 4 Octobre-Décembre 1975

Consommation

COMMISSARIAT GÉNÉRAL DU PLAN D'ÉQUIPEMENT ET DE LA PRODUCTIVITÉ
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES

CENTRE DE RECHERCHES
ET DE DOCUMENTATION SUR LA CONSOMMATION
45, Boulevard de la Gare — PARIS 13^e

DUNOD

É D I T E U R

ABONNEMENTS

C. D. R. — DUNOD - GAUTHIER-VILLARS
70, rue de Saint-Mandé, B. P. 119
93104 Montreuil Cedex
Tél. 808-72-90 — C.C.P. La Source 33.368.61

ABONNEMENTS 1976 (et années antérieures) :

4 numéros par an

FRANCE : 90 F - AUTRES PAYS : 115 F

Le numéro 33 F

sommaire

Éditorial..... 3

ÉTUDES

ANDRÉE ET ARIÉ MIZRAHI ET SIMONE SANDIER
Comparaison des prix et des tarifs des services
médicaux 1960-1975..... 5

NICOLE TABARD
Refus et approbation systématiques dans les enquêtes
par sondage..... 59

JÉRÔME PAGÈS
Notation et classement : deux méthodes de recueil
de données..... 77

RÉSUMÉS-ABSTRACTS..... 91

BIBLIOGRAPHIE..... 95

ÉDITORIAL

“ Vingt fois sur le métier
remettez votre ouvrage ”

Les trois articles publiés dans ce numéro paraissent, d'après leur titre, n'avoir aucun point commun. Celui d'Andrée et Arié Mizrahi et de Simone Sandier compare les prix et les tarifs des services médicaux entre 1965 et 1970. Celui de Nicole Tabard traite du refus et de l'approbation systématiques dans les enquêtes par sondage. Le troisième de Jérôme Pagès, de l'École Nationale Supérieure Agronomique de Rennes, expose les avantages et les inconvénients de deux méthodes de recueil de données : la notation et le classement. L'un s'occupe de faits, l'autre d'attitudes d'enquêtés, le troisième de méthodes.

Or, je crois que tous ceux qui les liront à la suite, comme moi, auront tendance à les rapprocher et à trouver qu'au fond ils posent le problème fondamental auquel nous nous heurtons tous dans les sciences humaines et qui est : qu'appréhendons-nous donc dans nos efforts pour comprendre et, si possible, mesurer la réalité ?

Lorsque nous considérons, par exemple, le prix des soins médicaux à l'hôpital public et dans une clinique privée, c'est la définition même d'acte médical qui apparaît une notion floue, car elle s'appuie sur des règles de comptabilité multiples et contradictoires qui dépendent de la nature des établissements.

Il faut alors essayer de redresser les chiffres bruts à l'aide de certaines hypothèses. Ce n'est certes pas le degré zéro de la connaissance, mais, philosophiquement, nous n'en sommes pas loin.

Avec Nicole Tabard, on semble avoir, grâce à un questionnaire et aux réponses qui y ont été faites, franchi un cap important. Il n'y a pas de doute, on a par exemple, 180 non, 270 oui, 120 sans réponse. Aux erreurs d'échantillonnage près, la vérité se révèle. Mais erreur ! Pour qu'elle soit, il faudrait que le non soit le contraire du oui et que la non-réponse soit l'absence d'opinion ! Or, ce n'est pas exact car on répond plus facilement oui que non

et l'on ne répond pas plutôt que de dire non, dans un certain nombre de cas. De plus, on peut répondre négativement en fonction de raisons contradictoires beaucoup plus nombreuses que celles qui conduisent au oui. Les non sont non seulement sous-estimés mais hétérogènes et doivent s'analyser en tenant compte des non-réponses et d'autres facteurs.

Il est certain que de décomposer les positions humaines sur un sujet donné en oui, non, ou « ne sait pas » est une méthode de boucher qui ne peut donner que de mauvais résultats.

Seulement, lorsqu'avec Jérôme Pagès, on demande à l'enquêté de noter son degré de satisfaction ou de classer cette satisfaction par rapport à d'autres, on n'obtient pas le même résultat. Notation ou classement sont deux actes séparés et n'ayant pas la même signification. D'ailleurs, il semble bien que la valeur accordée aux notes n'aille pas dans l'ordre rigoureusement croissant : ainsi, 19 semble être inférieur à 18; et tous les chiffres pairs ont une image plus forte que les chiffres impairs.

Ainsi, si parodiant Descartes, nous attendions que le doute ne soit plus possible, pour prendre position, le doute serait le seul sentiment certain et envahirait le monde. Il est vrai que lorsqu'un chercheur donne un résultat en l'assortissant de considérations qui le nuancent, l'affinent et lui enlèvent son caractère catégorique, ce résultat devient bien trop souvent sous la plume du journaliste ou au mieux pour le lecteur un simple fait indiscuté et indiscutable. D'où des polémiques sans fin sur les données statistiques et leur interprétation qui font croire à beaucoup que la « statistique est une des formes du mensonge ». Le cercle vicieux est ainsi bouclé.

Et pourtant, chaque recherche bien menée conduit à un résultat — positif ou négatif — mais sa marge de vraisemblance est plus ou moins étroite et le résultat lui-même plus ou moins fiable. Ce n'est qu'avec une longue patience que des progrès certains sont faits, sur la base desquels d'autres se feront.

G. DELANGE

**COMPARAISON DES PRIX
ET DES TARIFS
DES SERVICES MÉDICAUX 1960-1975**

par

Andrée et Arié MIZRAHI et Simone SANDIER

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
1. L'HOSPITALISATION	10
1.1. La tarification hospitalière	10
1.2. Les prix hospitaliers dans le secteur public et le secteur privé . . .	11
1.2.1. Présentation dans le cadre de la tarification actuelle . . .	12
1.2.2. Introduction de nouvelles unités de mesure	17
1.2.3. Hypothèse de tarification unique pour les deux secteurs .	20
1.3. L'évolution des prix hospitaliers	21
2. LES SERVICES DE MÉDECINS	22
2.1. Cadre général	22
2.1.1. Définition des unités de quantité	22
2.1.2. Connaissance des prix	23
2.2. Le niveau des prix en 1970	23
2.2.1. Les prix selon les lieux	24
2.2.2. Les prix par spécialité	26
2.2.3. Comparaison des prix des séances et des tarifs en 1970 .	28
2.3. L'évolution des tarifs de responsabilité	31
2.3.1. Évolution des tarifs des lettres-clés	31
2.3.2. Indices de tarifs selon les spécialités	32
2.3.3. Les tarifs ne sont pas les prix	33
3. LES AUTRES SERVICES	35
3.1. Les soins de dentistes	35
3.1.1. Les prix et les tarifs en 1970	35
3.1.2. Évolution	36
3.2. Les soins d'infirmières et de masseurs-kinésithérapeutes	37
3.2.1. Les prix et les tarifs en 1970	37
3.2.2. Évolution	37
CONCLUSION	37
ANNEXE I : Déplacement de l'équilibre en cas d'intervention d'un tiers financeur	40
ANNEXE II : Présentation succincte des enquêtes françaises auprès des ménages sur les consommations médicales	43
ANNEXE III : Données sur l'hospitalisation	44
ANNEXE IV : Données sur les services de médecins	49

INTRODUCTION

Pour analyser la structure et l'évolution des prix des services médicaux, on doit tenir compte de trois observations :

— comme pour tous les services, *la notion d'unité physique est mal définie*, et elle n'est pas perçue de la même manière par les différents agents;

— plus encore que pour les autres services, *l'évolution des techniques médicales est rapide*, et la comparabilité des soins dans le temps pose des problèmes conceptuels non encore résolus;

— les principaux agents en présence sur le marché des services médicaux sont au nombre de trois puisqu'en plus des producteurs et des consommateurs, *la Sécurité Sociale intervient comme tiers financeur*.

L'information nécessaire pour mener à bien de telles analyses peut être recueillie soit auprès des consommateurs (ménages), soit auprès des producteurs (établissements hospitaliers, médecins libéraux, dentistes, etc.), soit auprès des administrations finançant les consommations médicales (Sécurité Sociale). La Sécurité Sociale a développé, en accord avec les syndicats de praticiens, une nomenclature des actes professionnels, chaque acte étant coté selon son importance; la Sécurité Sociale ne connaît pas toujours les actes précis qui ont été effectués mais leur nature (ensemble d'actes représentés par la même lettre-clé : « Z » acte de radiologie, « K » acte de spécialité et de chirurgie, etc.) et leur cotation (traduisant leur importance)⁽¹⁾. Les patients ne connaissent généralement ni le contenu technique des soins qui leur sont fournis, ni la nature des actes, ni leur cotation; ils savent qu'ils ont consulté un praticien⁽²⁾ ou séjourné en établissement hospitalier. Pour les soins ambulatoires, par exemple, alors que l'unité statistique des données de Sécurité Sociale est *l'acte*, elle est, dans les informations fournies par les ménages, *la séance* définie comme l'entrevue d'un patient et d'un praticien. Ces deux optiques ne coïncident pas car plusieurs actes peuvent être effectués au cours d'une même séance, et réciproquement dans certains cas (soins dentaires par exemple), un même acte peut se prolonger sur plusieurs séances. Seuls les producteurs seraient en mesure de fournir une information complète et comparable aussi bien aux données recueillies auprès des ménages qu'aux statistiques de Sécurité Sociale; pour des raisons tant déontologiques (secret médical) que corporatistes et syndicales (défense

(1) L'électrocardiogramme simple, par exemple, est coté K 12, l'ablation de l'appendice K 50; l'examen radiographique du poumon est coté Z 10, celui de l'œsophage Z 30.

(2) Médecin généraliste ou spécialiste, dentiste, infirmière, masseur-kinésithérapeute, etc.

de la profession), il est malheureusement très difficile d'effectuer des enquêtes statistiques auprès des professions médicales.

En ce qui concerne les prix, les difficultés se situent au niveau de l'observation : le producteur de services médicaux n'est pas toujours directement payé par le patient auquel il a prodigué ses soins, et dans ce cas, le prix peut être décomposé en un débours (éventuellement nul) directement versé par le consommateur au producteur et une somme versée par un tiers payant (Sécurité Sociale, collectivités locales pour l'aide médicale, etc.), au producteur ⁽¹⁾. Par ailleurs, le consommateur peut être remboursé ultérieurement d'une partie plus ou moins importante de son débours par la Sécurité Sociale, une mutuelle, etc. Dans ces conditions, les enquêtes ne connaissent pas l'ensemble du prix des soins (en particulier en cas de tiers payant); ils ne connaissent que leur propre débours; par ailleurs, les documents administratifs de Sécurité Sociale ne comportent pas toujours mention du prix réellement pratiqué en particulier en cas de dépassement. Là aussi, l'information pourrait être complétée par des enquêtes auprès des producteurs.

Du point de vue économique, l'intervention de la Sécurité Sociale prenant en charge une partie du prix des soins (soit sous forme de tiers payant, soit sous forme de remboursement au malade) induit un déplacement de l'équilibre par rapport à un marché de concurrence parfaite : le prix qui s'en déduit favorise le producteur. La tarification, qui a pour but de réduire cet avantage entraîne des tensions et une tendance aux dépassements ⁽²⁾.

Dans ces conditions, les évolutions observées des prix et des sommes à la charge des malades sont des combinaisons des quatre cas élémentaires suivants :

— *évolution du tarif*, entraînant une variation proportionnelle du prix fixé, et des sommes théoriquement à la charge des malades et de la Sécurité Sociale;

— *modification réglementaire du taux de prise en charge par la Sécurité Sociale* laissant le prix reconnu stable, mais faisant varier les parts respectives des ménages et de la Sécurité Sociale, et pouvant avoir une incidence sur l'équilibre final;

— *variation des dépassements*, entraînant une variation concomitante des prix, et un déplacement des parts à la charge du malade et de la Sécurité Sociale;

— *évolution de la structure des actes médicaux pratiqués*, introduction de nouveaux types d'actes dans la pratique médicale, et disparition des soins tombés en désuétude; cette évolution, liée au développement des

(1) Prix = débours du patient + somme versée par un tiers au producteur; débours = somme à la charge du patient + remboursement d'un tiers au consommateur. Selon les cas, certaines de ces variables peuvent être nulles.

(2) Cf. annexe I, p. 40.

techniques médicales, se fait au profit des actes les plus techniques, en particulier ceux susceptibles d'accroissement de productivité.

L'objet de l'étude présentée ici est d'estimer les prix des services médicaux et leur évolution au cours des dernières années. On utilise dans ce but les séries d'évaluations administratives des caisses de Sécurité Sociale et du Ministère de la Santé et les enquêtes nationales sur les soins médicaux effectuées par l'INSEE et le CREDOC en 1960 et 1970 (1).

Dans la première partie, on traite des prix hospitaliers dans les établissements publics et privés.

On expose d'abord le système actuel de tarification qui prend en compte deux paramètres « le prix de journée » et les « honoraires ». Sur cette base, la comparaison entre secteur privé et secteur public s'avère difficile, sinon impossible pour plusieurs raisons : les établissements hospitaliers des deux secteurs ont des activités très différentes; les fonctions d'hébergement et de soins sont trop artificiellement séparées dans la tarification actuelle, etc.

On est donc amené à introduire le concept de « prix synthétique » prenant en compte l'ensemble des dépenses de frais de séjour et d'honoraires que l'on peut appliquer à une journée, à une hospitalisation ou aux soins hospitaliers.

D'autres propositions pourraient être faites (prix d'un « traitement », par exemple); on s'est limité à des paramètres qui pouvaient être mesurés dans le cadre de l'information statistique actuelle.

Lorsque l'on s'en tient à la classique mais trompeuse notion de « prix de journée », les prix hospitaliers paraissent plus élevés dans le secteur public que dans le secteur privé; mais, par suite de nos différentes évaluations, la réalité apparaît plus complexe. L'écart entre les deux secteurs se réduit considérablement.

Dans cette partie, on étudie également l'évolution du « prix de journée » entre 1962 et 1975, et on montre que la rapide croissance observée reflète essentiellement le fait que la journée d'hospitalisation en 1975 correspond à plus de soins que celle de 1962.

La deuxième partie concerne les prix des soins de médecins. L'information fournie par les enquêtes de consommations médicales auprès des ménages sur les séances de médecins, permet une analyse de ces prix en fonction des lieux des soins et de la spécialité du médecin. On observe une liaison assez forte entre le prix de la séance par spécialité et la proportion d'actes de spécialité, de chirurgie et de radiologie connue par les statistiques de Sécurité Sociale. La comparaison des prix et des tarifs en 1970 permet d'effectuer des premières estimations sur les taux de dépassement pratiqués par les médecins.

A partir des évolutions des tarifs des lettres-clés de 1960 à 1975, on établit des taux d'accroissement annuel du tarif moyen des médecins selon leur

(1) Cf. annexe II, p. 43.

spécialité. Une actualisation à 1975 des prix des séances conclut cette partie.

Dans la troisième et dernière partie, on étudie pour 1970 les prix des principaux autres services : soins de dentistes, d'infirmières et de masseurs-kinésithérapeutes, d'après l'enquête auprès des ménages et les statistiques de Sécurité Sociale. On présente l'évolution des tarifs depuis 1962 et on en déduit des estimations du prix de ces séances pour 1975.

1. L'HOSPITALISATION

En France comme dans de nombreux pays, l'hospitalisation occupe une place croissante dans la distribution des soins médicaux et, de ce fait, elle représente une part de plus en plus importante des dépenses totales de santé. En 1974, cette part était de 43 %, correspondant à une dépense de 33,4 milliards de francs, soit 636 F par habitant.

La rapide évolution de ce poste incite à analyser les causes de sa croissance et en particulier à étudier l'évolution des prix dans ce secteur. Or, pour l'hospitalisation, plus encore que pour les autres services médicaux, la notion de « prix » est floue, et ceci pour deux raisons principales :

— la part des dépenses laissée à la charge des utilisateurs de soins hospitaliers est extrêmement réduite, la couverture des dépenses étant assurée à 95 % environ par des tiers : Sécurité Sociale, Aide médicale, Mutuelles. De plus, la part importante du règlement en tiers payant fait que le consommateur ignore ici dans la plupart des cas le « prix » perçu par le producteur.

— les services que le malade attend de l'hôpital ont un double aspect : hébergement d'une part, soins médicaux d'autre part. Or, dans une très large mesure, ces deux aspects ne sont pas dissociables; de ce fait, l'unité de mesure de la production hospitalière est mal définie. A propos des prix hospitaliers, on peut donc se poser la question « que paie-t-on et à quel prix » ?

Malgré ces difficultés, nous décrivons les prix du secteur hospitalier, en comparant les secteurs public et privé et en reliant l'évolution des prix aux différents facteurs qui les conditionnent. Les données de base sont uniquement des statistiques administratives provenant du Ministère de la Santé, ou des caisses de Sécurité Sociale; elles ne nous donnent pas la possibilité de tenir compte d'éventuels dépassements de tarifs par les établissements ou par les médecins.

1.1. LA TARIFICATION HOSPITALIÈRE

Les systèmes de tarification en vigueur dans les établissements hospitaliers ne tiennent compte que partiellement de la « quantité de services » dont le malade a bénéficié. Dans les établissements psychiatriques et anti-tuberculeux, les « frais de séjour » facturés englobent la rémunération

des services de soins. Dans les établissements généraux comportant des services de médecine, chirurgie, obstétrique, spécialités, etc., les prix hospitaliers sont fractionnés en deux parties : frais de séjour et honoraires :

— *les frais de séjour* sont proportionnels au nombre de journées passées à l'hôpital, chaque journée étant facturée selon un « *prix de journée* ». Celui-ci, qui est identique pour tous les malades d'un même service, représente une valeur moyenne des frais d'hébergement et des soins au chevet du malade qui ne sont pas facturés séparément. Ce procédé de calcul opère une péréquation entre les différents malades soignés. Le prix de journée est fixé pour chaque établissement public ou privé conventionné et pour les différents services; il peut être majoré dans certaines limites lorsque le malade demande des prestations particulières (chambre individuelle, etc.);

— *le montant des honoraires* est variable pour chaque malade; il augmente avec le nombre et la complexité des examens et traitements subis par le malade. Il est calculé à partir de l'évaluation des soins en nombre de lettres-clés de la nomenclature de la Sécurité Sociale ⁽¹⁾ et des tarifs admis pour ces diverses lettres-clés. Dans les cliniques privées, les tarifs sont identiques à ceux pratiqués en ville alors qu'ils sont très inférieurs dans le secteur public ⁽²⁾ et dans certains établissements privés à but non lucratif.

1.2. LES PRIX HOSPITALIERS DANS LE SECTEUR PUBLIC ET LE SECTEUR PRIVÉ

En 1974, les dépenses d'hospitalisation se partageaient en 63 % pour le secteur public et 37 % pour le secteur privé. On a une première idée de la difficulté à comparer les deux types d'établissements lorsque l'on voit que le coût de l'hospitalisation publique se décompose en 92 % de frais de séjour et 8 % d'honoraires, tandis que pour l'hospitalisation privée, ces proportions sont respectivement 77 et 23 %.

Pour préciser le problème, nous traiterons trois points : le cadre actuel des tarifications, la définition critique de plusieurs unités de mesure, l'hypothèse d'unification des modes de tarification dans le secteur public et le secteur privé.

Dans toute comparaison entre secteur public et secteur privé, l'interprétation des résultats devra tenir compte de plusieurs faits :

(1) Selon le type de soins, les lettres-clés utilisées sont :
« C » pour les consultations et les forfaits de surveillance dans les services de médecine.
« K » pour certains actes de spécialités et les interventions chirurgicales.
« Z » pour les examens radiologiques ou autres examens utilisant les radiations ionisantes (radio-isotopes, etc.).
« AM » pour les services d'auxiliaires (masseurs « AMM », sages-femmes « AMSF », etc.).

(2) Montant des honoraires :
nombre de « C » × tarif du C + nombre de K × tarif du K + nombre de « Z » × tarif du Z + nombre de B × tarif du B + nombre de « AM » × tarif du AM.

— les deux produits dont on compare les prix ne sont généralement pas identiques et il est impossible de quantifier avec précision leur différence de qualité;

— les données numériques sur lesquelles on se base sont des chiffres théoriques (reconnus par la Sécurité Sociale) et peuvent s'écarter différemment de la réalité pour chaque secteur. Cette remarque est aussi bien valable pour « les quantités de soins » que pour les prix;

— les dispositions législatives en matière de tarifs entraînent des conséquences qu'il faut se garder d'interpréter comme des résultats économiques. Dans le secteur privé, les produits pharmaceutiques sont payés à part, les honoraires sont réglés aux médecins et les frais de séjour ne doivent correspondre qu'aux seuls frais d'hébergement et de soins infirmiers au chevet du malade. Dans les hôpitaux généraux du secteur public, la consommation pharmaceutique est couverte par le prix de journée, les examens et soins sont facturés à des prix très inférieurs à ceux du secteur privé et la plupart du temps à des tarifs inférieurs aux prix de revient réels; pour que le budget de l'hôpital soit équilibré, le prix de journée (en théorie égal au quotient des dépenses diminuées des recettes correspondant aux honoraires par le nombre des journées) doit être plus élevé pour compenser la différence entre le coût des actes sur honoraires et leur facturation.

1.2.1. Présentation dans le cadre de la tarification actuelle

1.2.1.1. Prix de journée

En 1974, pour l'ensemble des établissements, chaque journée en moyenne était remboursée sur la base de 171 F dans le secteur public, et de 108 F soit 58 % de moins, dans le secteur privé, par le Régime Général de Sécurité Sociale.

Ces moyennes agrègent des situations très différentes quant aux structures par type d'établissements (généraux, psychiatriques, etc.), par type de services (médecine, chirurgie, maternité, spécialités, etc.), par type de malades (âge, sexe, morbidité, etc.). Par ailleurs, le secteur public et le secteur privé, même s'ils ont des activités de soins comparables, assurent d'autres services bien différenciés.

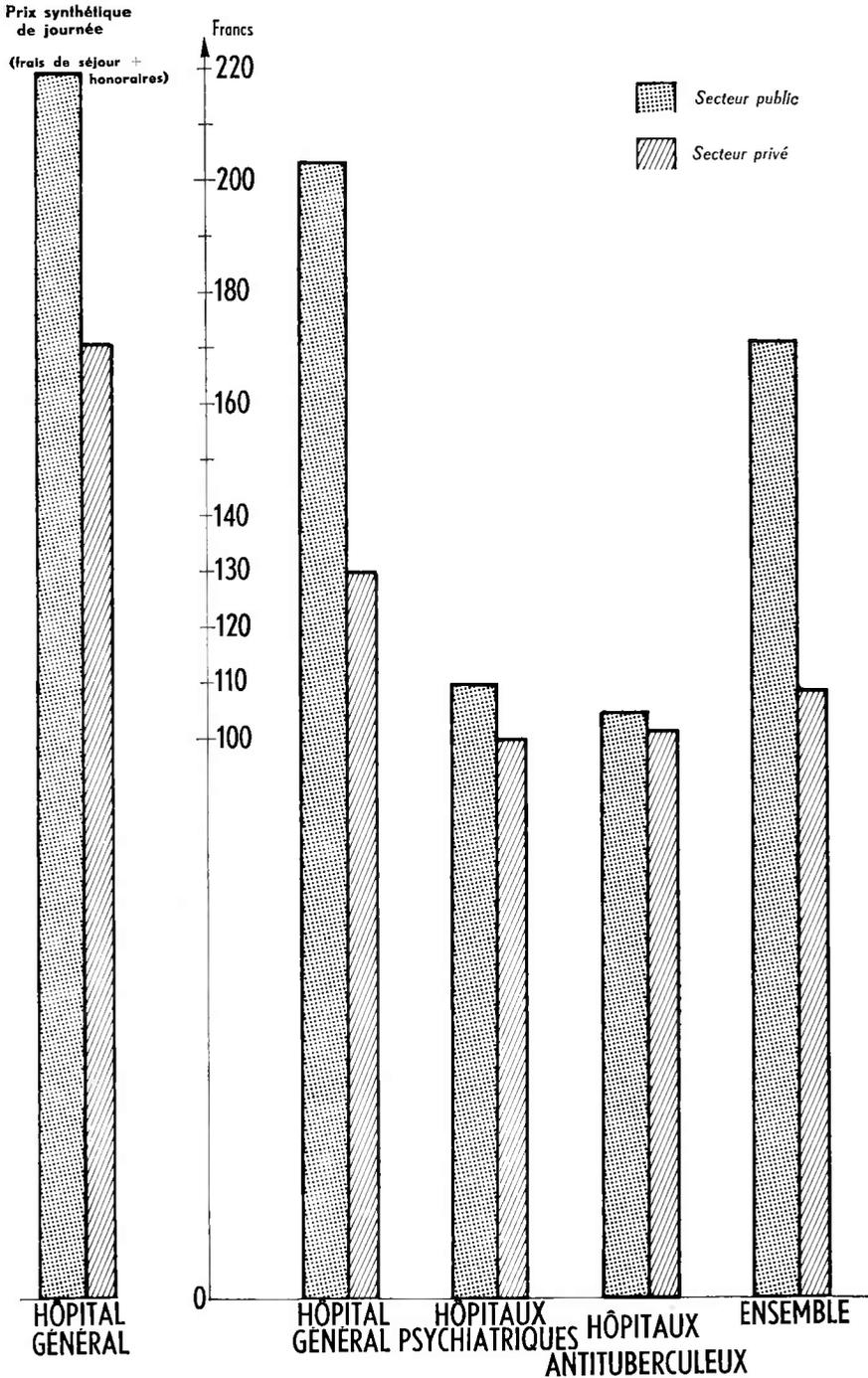
- le secteur privé offre au malade le choix de son médecin, mais se réserve la possibilité de sélectionner les cas.
- le secteur public a certaines obligations dans le cadre de sa mission de service public : accueil de tous les malades, permanence de garde, recherche médicale, enseignement, etc.

L'écart de prix entre les secteurs public et privé est plus faible lorsque l'on considère séparément chaque type d'établissements⁽¹⁾. Il est de 57,0 % pour les hôpitaux généraux, de 9,7 % pour les établissements psychiatriques et de 3,9 % pour les établissements antituberculeux (*graphique 1*).

(1) Cf. note (1), p. 14.

GRAPHIQUE 1

Prix de journée dans les hôpitaux, 1974.



Source : régime général, Sécurité Sociale, assurance maladie, maternité, accidents du travail.

Il serait également préférable de tenir compte de la structure des lits par type de services (médecine, chirurgie, maternité, spécialités) ainsi que de la nature de la pathologie traitée; en l'absence de données générales disponibles dans ce domaine, on peut constater cependant par des méthodes indirectes qu'une journée dans le secteur public n'est pas équivalente à une journée moyenne dans le secteur privé, tant en matière de soins que d'hébergement.

En restant dans le secteur public même, on retrouve des phénomènes analogues : le prix de journée varie largement selon le type d'hôpital, il est d'autant plus élevé que les soins par journée sont plus nombreux ⁽²⁾ (*graphique 2*).

En 1973, « le prix de journée » dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) était supérieur de 52 % à celui des centres hospitaliers (CH) et près du double de celui des hôpitaux (H); parallèlement, au cours d'une journée dans un centre hospitalier universitaire, le malade recevait 74 % de soins facturés de plus que dans un centre hospitalier et trois fois plus que dans un hôpital.

L'inégale répartition géographique des établissements, en particulier la présence des CHU dans les grandes villes, implique que le prix moyen de journée d'hospitalisation publique n'est pas le même pour toutes les catégories de population. Pour les populations agricoles, il est inférieur de 16 % au prix de journée pour les ressortissants du régime général (*cf. annexe, p. 47*); mais, bien entendu, ces deux populations ne bénéficient pas des mêmes services.

1.2.1.2. Prix des actes médicaux facturés sur honoraires en 1974

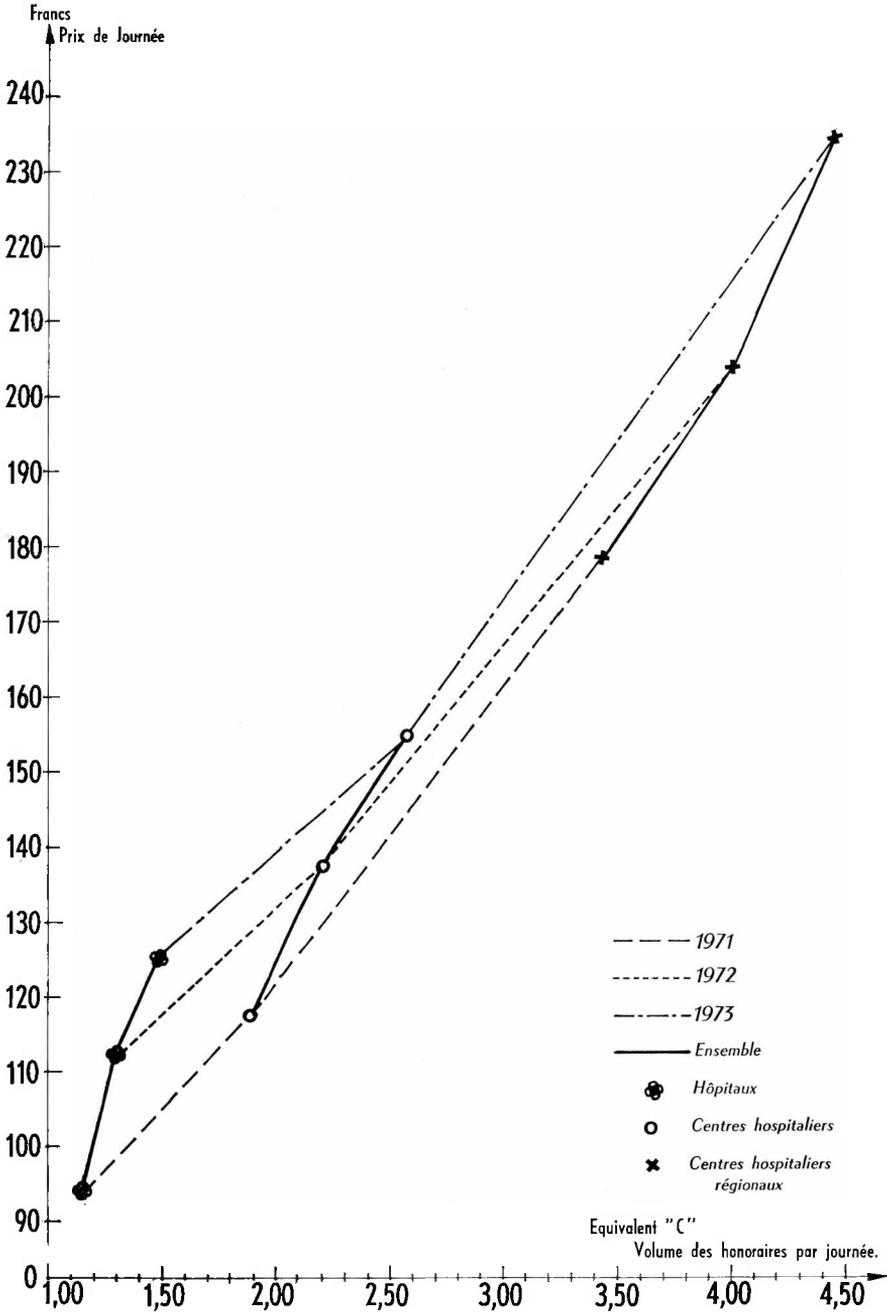
Les actes médicaux sont tarifés dans le secteur public à des montants représentant 39 % de ceux du secteur privé, pour le « Z », 24 % pour le « C » et 22 % pour le « B » (*cf. graphique 3*).

Dans les établissements généraux, les soins cotés en lettres-clés sont facturés 15,85 F dans le secteur public et 41,36 F dans le secteur privé par journée d'hospitalisation. Pour un séjour moyen, ceci correspond en moyenne à 237,75 F pour le secteur public et à 512,86 F pour le secteur privé.

(1) Ce résultat apparemment paradoxal s'explique par le fait que la structure des journées par type d'établissements diffère dans les deux secteurs : dans le secteur public, 63 % des journées ont lieu dans les hôpitaux généraux alors que cette proportion n'est que de 39 % pour les établissements privés. Comme les prix de journée dans les hôpitaux généraux sont plus élevés que ceux des établissements psychiatriques ou antituberculeux, même si les prix de journée par type d'établissements étaient identiques pour le secteur public et le secteur privé, le prix de journée dans le secteur public serait supérieur à celui du secteur privé.

(2) L'évaluation du volume des soins par journée (*cf. annexe III, p. 44*) ne peut être faite que pour les services cotés en lettres-clés dans la nomenclature de la Sécurité Sociale; selon une hypothèse vraisemblable, ces résultats peuvent être extrapolés à l'ensemble des soins. Ceci revient à dire que les soins comptabilisés représentent une proportion assez stable de la totalité des soins.

GRAPHIQUE 2
Hôpitaux généraux publics, 1971-1972-1973.
Prix de journée et volume des honoraires.



Sources : calculs faits à partir de données du Ministère de la Santé.

Or ces montants correspondent à des volumes de soins différents. D'après les statistiques de l'Assurance Maladie, dans les hôpitaux généraux, au cours d'une journée, on observe deux fois plus de « K » dans le secteur privé, mais 2,5 fois plus de « Z » et 8 fois plus de « B » dans le secteur public.

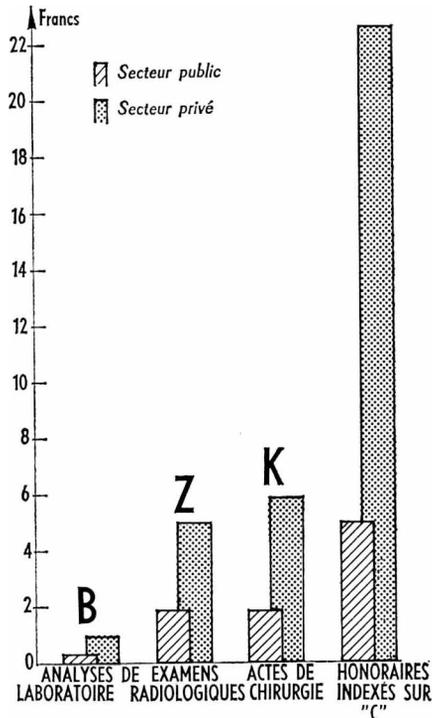
Remarquons à ce sujet que :

— ce volume ne concerne que les soins facturés sur honoraires;

— dans le secteur public, certains soins facturables sur honoraires semblent échapper à la comptabilisation;

— dans le secteur privé, outre le fait que les examens (radiologie, analyses) sont souvent pratiqués avant l'hospitalisation, les analyses de laboratoires exécutées à l'extérieur de l'établissement pour des malades hospitalisés, peuvent en partie être affectées, dans les statistiques de l'assurance maladie, à « malades ambulatoires »; ceci entraîne une sous-estimation du volume des soins relatifs à l'hospitalisation privée.

GRAPHIQUE 3
Tarifs des lettres-clés
pour les malades hospitalisés, 1974.



On peut construire un indicateur du volume de la production de soins mesuré en équivalent d'une consultation; les services médicaux facturés sont évalués en « C » par l'intermédiaire de coefficients de passage, puis agrégés pour obtenir l'indicateur global du volume de la production (1).

D'après les données disponibles, le volume des actes sur honoraires par journée était équivalent à 2,03 « C » (2) en 1972 dans le secteur privé et à 3,02 « C » dans le secteur public.

En 1974, le tarif moyen de l'équivalent « C » dans le secteur public — 5,25 F — apparaît inférieur de 73 % à ce qu'il est dans le privé — 19,23 F.

(1) $K = 0,31 C$; $Z = 0,21 C$; $B = 0,06 C$.

Les coefficients ont été choisis égaux au rapport des tarifs conventionnels en 1970. Les résultats auraient été analogues avec une autre année de base des calculs.

(2) Si on admet une sous-estimation importante du nombre d'analyses de laboratoire pour les hospitalisés du secteur privé, et qu'on redresse en supposant un même rapport de « Z » et de « B » dans les deux secteurs (2,5), la valeur des soins par journée dans le secteur privé devient 2,39 C.

1.2.2. Introduction de nouvelles unités de mesure

Comme nous l'avons dit, l'hôpital a une production composite correspondant à ses fonctions d'hébergement et de soins. Il est donc naturel que la comparaison de prix se fasse sur une unité qui tienne compte de ces deux facteurs. Nous envisageons trois variables : le prix synthétique de journée, le prix synthétique du séjour, le prix synthétique des soins, qui ont chacune quelques avantages et quelques inconvénients.

a) *Prix synthétique de journée* : ce prix est égal à la moyenne de la dépense journalière à l'hôpital.

$$\text{Prix synthétique de journée} = \frac{\text{frais de séjour} + \text{montant des honoraires}}{\text{nombre de journées}}$$

Dans la comparaison entre les deux secteurs, ce paramètre a deux avantages :

- il associe les deux fonctions « hébergement » et « soins » pour chaque type de journée;
- il élimine une partie des biais introduits par la différence des règles de tarification entre les deux secteurs.

On trouve qu'en 1974, le prix synthétique de journée dans les hôpitaux généraux était de 219,40 F dans le secteur public et de 171 F dans le secteur privé (cf. tableau 1); compte tenu des réserves faites plus haut, cette différence de 28 % très inférieure à celle qui était calculée sur les seuls prix de journée nous semble représenter un maximum ⁽¹⁾. Il faut rappeler ici que la production journalière d'actes sur honoraires est supérieure en équivalent de « C » de près de 50 % dans le secteur public, et que par ailleurs le prix de journée dans le secteur public intègre la totalité de la consommation pharmaceutique des hospitalisés.

b) *Prix synthétique du séjour* : ce prix est égal à la dépense hospitalière moyenne par hospitalisation :

$$\text{Prix synthétique du séjour} = \frac{\text{frais de séjour} + \text{montant des honoraires}}{\text{nombre d'hospitalisations}}$$

(1) Le prix synthétique de journée est en effet sous-estimé dans le secteur privé pour trois raisons au moins :

- la consommation pharmaceutique n'est pas prise en compte dans ce prix, or elle représentait en 1972 plus de 9 % du chiffre d'affaires dans le secteur public.
- une partie des analyses de laboratoire n'est également pas comptabilisée dans ce prix (cf. note (2) p. 16).
- les honoraires de médecins évalués selon les tarifs de responsabilité sont sans doute sous-estimés. En effet, il est probable que les dépassements observés dans le cas des soins aux malades ambulatoires (de l'ordre de 12 % pour les spécialistes; cf. 2^e partie) sont également appliqués aux malades hospitalisés.

Si on redresse les estimations faites pour tenir compte de ces trois types de biais, on obtient un prix synthétique de journée de 197,13 F dans le secteur privé, soit 11 % de moins que le prix synthétique de journée dans le secteur public.

Ce paramètre est relié au précédent par la relation :

Prix synthétique du séjour = prix synthétique de journée \times durée de séjour.

Par rapport au prix synthétique de journée, le prix synthétique du séjour privilégie moins la fonction d'hébergement, il correspond plus à la production d'un ensemble de services conçus comme le traitement cohérent d'un malade.

Il tient compte de la durée du séjour, et pour un prix de journée fixe, il fera apparaître des prix d'autant moins forts que les soins pourraient être répartis sur un laps de temps moins long (1).

TABLEAU 1
Hôpitaux généraux 1974

Paramètres et unités de mesure		Secteur public	Secteur privé	Écart du public par rapport au privé (public - privé) / privé
Caractéristiques de fonctionnement	Durée de séjour (journées)	15,0	12,4	+ 21 %
	Volume de soins par journée (équivalent "C")	3,02	2,03	+ 49 %
	Volume de soins par séjour (équivalent "C")	45,30	25,17	+ 80 %
Tarification actuelle	Prix de journée (Francs)	203,55	129,39	+ 57 %
	Tarif des soins (Francs) pour équivalent "C"	19,23	5,25	- 73 %
Diverses unités de prix	Honoraires par journée (Francs)	15,85	41,36	- 62 %
	Honoraires par séjour (Francs)	237,75	512,86	- 54 %
	Prix synthétique de journée (Francs)	219,40	170,75	+ 28 %
	Prix synthétique de journée (Francs)	219,40	197,13	+ 11 % (2)
	Prix synthétique de séjour (Francs)	3 291,00	2 117,30	+ 55 %
	Prix synthétique d'une unité de soins "C" (Francs)	72,45	84,11	- 14 %

(*) Si, pour le secteur privé, on redresse la sous-estimation du nombre d'analyses de laboratoires, on tient compte des dépassements et on ajoute les frais pharmaceutiques.

(1) Par contre, il est admis qu'il existe une relation inverse entre durée de séjour et prix d'une journée. Des durées de séjour plus courtes correspondent en général à une concentration de soins sur une plus courte période. Elles impliquent donc plus de soins par journée, de plus forts indices de personnels par lit et donc des coûts de journée plus élevés.

En 1974, pour les établissements généraux, le prix synthétique de séjour peut être estimé à 3 291 F dans le secteur public et 2 117 F dans le secteur privé (cf. tableau 1). Comme le séjour moyen est plus long dans le secteur public (15,0 jours) que dans le secteur privé (12,4 jours), la différence entre les prix synthétiques de séjour — 55 % — est plus élevée que celle trouvée pour le prix synthétique de journée, et du même ordre que celle calculée pour les prix de journée. Ici encore, l'interprétation de ce chiffre doit tenir compte du fait qu'un malade reçoit au cours d'un séjour 80 % de plus de soins en volume dans le secteur public que dans le secteur privé.

c) *Prix synthétique des soins* : ce prix est égal aux dépenses hospitalières par unité de volume de soins (équivalent « C »).

$$\text{Prix synthétique des soins} = \frac{\text{frais de séjour} + \text{montant des honoraires}}{\text{volume des soins}}$$

La nature de ce paramètre est très différente des deux autres, elle privilégie totalement la fonction « soins » de l'hôpital. La production hospitalière étant mesurée en volume de soins, on cherche à mesurer quelle dépense a été nécessaire pour obtenir ces soins. L'unité de soins retenue ici étant l'équivalent d'une consultation, il est produit en 0,3 journée en hôpital public, et en 0,5 journée dans une clinique privée. De ce fait, le prix d'une unité de soins apparaît moins élevé de 14 % dans le secteur public que dans le secteur privé (1).

La principale critique que l'on peut faire à cette variable est qu'elle ne tient compte ni des services rendus par l'hébergement, ni des soins de surveillance et des soins d'infirmiers, ni de la consommation pharmaceutique. Il apparaît souhaitable de pouvoir analyser les quatre fonctions : hébergement, soins au chevet du malade, soins facturés, produits pharmaceutiques pour mieux apprécier le volume total de la production. Des recherches dans ce sens sont en cours (2) et leurs résultats contribueront à préciser ce point.

D'autre part, en vertu de la remarque déjà faite, les doutes qui subsistent sur l'évaluation de la quantité de soins se répercutent sur les estimations de prix et ne permettent pas de tirer des conclusions fermes sur les données numériques.

On pourrait proposer d'autres unités de mesure de prix (prix du traitement d'un type de malade, par exemple). Nous ne l'avons pas fait car nous avons voulu nous limiter à la définition de paramètres auxquels on pouvait fixer des valeurs numériques avec l'information statistique disponible.

(1) Les hypothèses de la note (1) p. 17 ne modifieraient pas sensiblement les résultats.

(2) En utilisant soit des séries temporelles de données régionales et départementales, soit des données issues de l'enquête auprès des ménages de 1970.

1.2.3. Hypothèse de tarification unique pour les deux secteurs

Les règles actuelles de tarification hospitalière font régulièrement l'objet de critiques et des propositions de réforme sont formulées. En particulier, on évoque quelquefois un mode de tarification unique, valable aussi bien pour les établissements publics que privés.

Il n'entre pas dans le cadre de cet article d'analyser toutes les réformes proposées; mais nous pouvons examiner ce que donnerait la généralisation à tous les établissements des tarifs (prix de journée et honoraires) publics puis privés, (tableau 2), tels qu'ils sont actuellement appliqués à chacun des secteurs.

TABLEAU 2

Hypothèse de tarification unique dans les hôpitaux publics et privés

(en Francs)

Type d'établissements Hôpitaux généraux	Tarification publique			Tarification privée			Tarification publique par rapport à la tarification privée		
	Prix de journée (1)	Montant des honoraires par journée (2)	Prix synthétique de journée (3)=(1)+(2)	Prix de journée (4)	Montant des honoraires par journée (5)	Prix synthétique de journée (6)=(4)+(5)	Prix de journée (7)=(1)/(4)	Montant des honoraires par journée (8)=(2)/(5)	Prix synthétique de journée (9)=(3)/(6)
Établissements publics (A).	203,55	15,85	219,40	129,39	57,04	186,43	1,57	0,28	1,18
Établissements privés (B).	203,55	12,55	216,10	129,39	41,36	170,75	1,57	0,30	1,27
Établissements publics par rapport aux établissements privés (C) = (A)/(B)	1,00	1,26	1,02	1,00	1,38	1,09			

Dans l'hypothèse d'une tarification unique — même prix de journée, même tarif pour les honoraires — pour les hôpitaux généraux publics et privés :

— Le système de tarification publique conduit pour les deux secteurs à des prix synthétiques de journée plus élevés que si on utilise la tarification privée;

— l'écart entre les deux secteurs serait réduit : pour le prix synthétique de journée, il serait de 2 % dans le cas de la tarification publique et de 9 % dans le cas de la tarification privée ⁽¹⁾, les services rendus dans chaque secteur restant ce qu'ils sont actuellement;

— si, dans les établissements publics, les honoraires étaient facturés selon les tarifs du secteur privé, l'équilibre financier de l'hôpital serait assuré avec un prix de journée de 162 F, supérieur de 25 % au prix moyen de journée des établissements privés.

(1) Dans ce cas, et en tenant compte des hypothèses de la note (1) p. 17, le prix synthétique de journée serait supérieur de 9 % dans le secteur public.

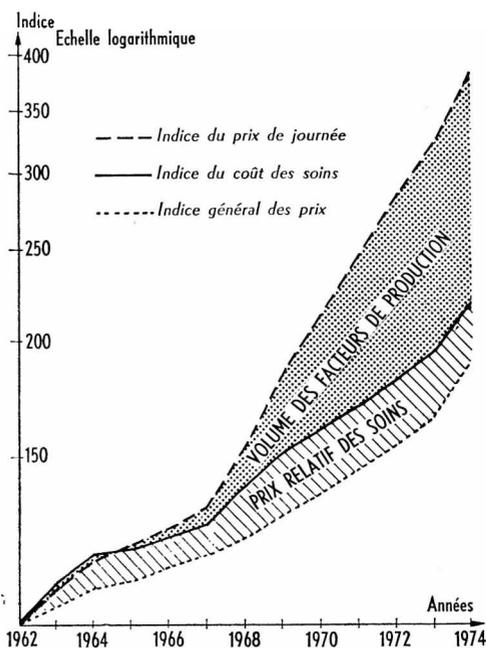
1.3. L'ÉVOLUTION DES PRIX HOSPITALIERS

La rapide progression des dépenses hospitalières qui se sont développées entre 1962 et 1974 au rythme de 15,2 % par an, reflète surtout l'accroissement des prix de journée, car le nombre de journées d'hospitalisation évolue relativement lentement au rythme de 3,3 % par an.

En effet, entre 1962 et 1974, dans le secteur public, le prix de la journée a été multiplié par 4,7 (cf. *graphique 4*). Sur la période plus récente 1965-1974, pour laquelle la comparaison est possible, l'augmentation annuelle moyenne a été de 14,2 % pour le secteur privé et un peu plus rapide — 15,4 % — pour le secteur public.

Les mêmes problèmes conceptuels se posent dans l'étude de l'évolution des prix que lors de la comparaison faite au chapitre précédent : les journées dont on compare les prix à quinze années de distance sont bien différentes;

GRAPHIQUE 4
Hospitalisation publique — Évolution 1962-1974



Source : comptes de la Santé.

elles correspondent chaque année à des volumes de services de plus en plus importants. En effet, d'une part, à l'hôpital de nouvelles techniques de diagnostic et de soins sont introduites et leur application se généralise; d'autre part, les durées des séjours diminuent et donc l'activité de soins s'intensifie. Ainsi, dans les hôpitaux généraux publics, le nombre d'exams radiologiques par journée a augmenté en moyenne de 11 % par an entre 1962 et 1972, les interventions chirurgicales de 8 %, les analyses de laboratoire de 16 %, les services de masseurs de 15 %. Il faut donc chaque année plus de matériel et plus de personnel spécialisé pour produire les soins consommés pendant une journée d'hospitalisation.

A cette première cause d'augmentation des prix, il faut en ajouter une deuxième : l'évolution des coûts unitaires des facteurs de production. L'indice synthétique qui rend compte de ce phénomène évolue selon un rythme à peine plus rapide que l'indice général des prix; les salaires de personnel qui représentent 60 % des frais d'exploitation hospitaliers évoluent de façon à traduire une légère amélioration de leur pouvoir d'achat.

Ces phénomènes ne sont pas propres à la France, ils ont été analysés aux États-Unis où des résultats très voisins se sont dégagés.

2. LES SERVICES DE MÉDECINS

2.1. CADRE GÉNÉRAL

Les tarifs conventionnels ⁽¹⁾ négociés entre les représentants syndicaux des médecins et les organismes de Sécurité Sociale, ne suffisent pas à déterminer le niveau réel des prix des services de médecins. Ces tarifs diffèrent des prix facturés par les médecins dans la mesure où, en 1974, environ 4 % des médecins n'étaient pas conventionnés et 18 % avaient droit de pratiquer des dépassements (7 % des généralistes et 33 % des spécialistes).

Les prix des services de médecins destinés aux malades ambulatoires ou soignés à leur domicile, seront estimés dans cette étude à partir de deux autres sources d'informations : d'une part, les enquêtes nationales de consommations médicales faites auprès d'échantillons aléatoires de ménages en 1960 et 1970 ⁽²⁾ et, d'autre part, les statistiques du régime général de Sécurité Sociale, au titre de l'assurance maladie. Les évolutions sont estimées essentiellement par référence aux tarifs.

2.1.1. Définition des unités de quantité

Dans les enquêtes auprès des ménages, l'unité de soins retenue est la *séance de médecin*, définie comme *l'entrevue d'un patient et d'un médecin* dans l'exercice de sa profession. Cette unité est observable de manière plus simple auprès des consommateurs, mais son contenu technique est souvent imprécis. Pour essayer d'en tenir compte, l'unité séance a été complétée par celle d'acte associé : il s'agit d'acte (radiographie, radioscopie, traitement électrique, cautérisation, infiltration, etc.) ayant eu lieu pendant la séance et ressenti par le patient comme distinct de la consultation.

En 1970, 78,5 % des séances de médecins observées dans l'enquête ont été déclarées sans acte associé et 21,5 % avec acte associé, mais ce dernier pourcentage n'est que de 13 % pour les séances de généralistes alors qu'il atteint 43 % pour celles de spécialistes.

Dans les statistiques des dossiers de Sécurité Sociale, les unités retenues sont la lettre-clé et l'acte au sens de la nomenclature générale des actes professionnels. Très lié au contexte réglementaire et technique, l'acte ne

(1) Ces tarifs sont établis à partir d'une nomenclature très complexe d'actes professionnels et exprimés en lettres-clés :

- C, CS, Cpsy pour les consultations de généralistes, de spécialistes, de psychiatres;
- V, VS, Vpsy pour les visites de généralistes, de spécialistes, de psychiatres;
- K pour les actes de chirurgie et de spécialité affectés de coefficients selon leur importance;
- Z pour les examens et traitements d'électro-radiologie affectés de coefficients selon leur importance.

(2) On trouve en annexe, page 43, une présentation de ces deux sources d'information.

coïncide pas toujours avec la notion de séance, tout spécialement pour les séances d'électro-radiologie, les actes de spécialité et les interventions chirurgicales, puisque plusieurs actes peuvent être effectués au cours d'une même séance (1).

2.1.2. Connaissance des prix

Pour les 16,1 % de séances de médecins gratuites pour lui, les 3,8 % qui seront payées ultérieurement et les 0,9 % pour lesquelles il ne paie que la partie du prix non couverte par la Sécurité Sociale, le consommateur ne connaît pas en général le prix du service. L'information sur les prix issue des enquêtes auprès des ménages porte donc sur les 79,2 % des séances de médecins payées intégralement et immédiatement par le consommateur (2).

De même le champ couvert par les sondages dans les dossiers de Sécurité Sociale n'est pas exhaustif : d'une part, les données ne concernent que les personnes protégées par les régimes général ou rattachés, et une partie de la production de soins de médecins destinés aux malades ambulatoires ou soignés à leur domicile (en particulier celle s'adressant aux agriculteurs, aux non salariés, etc.) n'est pas prise en compte. D'autre part, il s'agit de prix reconnus, c'est-à-dire de valeurs théoriques applicables par les médecins conventionnés, et si les différentes majorations (pour visite de nuit, de dimanche) sont bien prises en compte, les dépassements ne le sont pas.

2.2. LE NIVEAU DES PRIX EN 1970

A la suite de la confrontation de ces deux sources d'information, des éléments chiffrés sur les prix pratiqués et les services de médecins en 1970 peuvent être apportés.

Pour schématiser la réalité, on peut dire que ces prix dépendent simultanément de trois facteurs essentiels :

- spécialité du médecin;
- lieu où sont rendus les services;
- nature des soins ou contenu technique de la séance.

La pratique libérale, où sont susceptibles d'être observés des dépassements de tarifs, est le mode d'exercice largement prédominant pour les services de

(1) En effet, selon la réglementation relative au cumul des actes au cours d'une même séance telle qu'elle est définie dans la nomenclature générale des actes professionnels, le cumul des honoraires de l'examen radioscopique du thorax avec ceux de la consultation est autorisé pour les généralistes, pédiatres, phthisiologues et cardiologues, ainsi que le cumul des honoraires de l'examen radiographique du thorax avec ceux de la consultation pour les phthisiologues. De même, lorsqu'au cours d'une même séance, plusieurs actes en K sont effectués, l'acte du coefficient le plus important est seul inscrit avec son coefficient propre; le coefficient du second acte est réduit de moitié; le troisième acte ne donne lieu à honoraires que si son coefficient est égal ou supérieur à 15; dans ce cas, son coefficient est réduit de moitié; les actes suivants ne donnent pas lieu à honoraires. Enfin, lorsque plusieurs clichés sont pris au cours d'une même séance de radiologie, chaque cliché est compté comme un acte.

(2) Cf. annexe IV, p. 49.

il s'agit essentiellement de visites de pédiatres ⁽¹⁾ (qui représentent 56,6 % des séances de spécialistes au domicile du malade) dont le prix est de 34,02 F. Les séances les plus onéreuses ont lieu en clinique et les moins onéreuses au dispensaire et à l'hôpital : ce dernier point toutefois appelle une réserve, car les prix de ces deux derniers types de séances sont sans doute sous-estimés à partir d'enquêtes auprès des ménages.

En effet, 37,8 % des séances de médecins à l'hôpital et 74,9 % de celles en dispensaire sont gratuites pour le consommateur et pour près de 10,0 % (9,2 % à l'hôpital et 9,7 % en dispensaire), le patient ne paie que le ticket modérateur; or il semble que ces séances, dont le prix en général inconnu des consommateurs ne peut être pris en compte dans les estimations, soient les plus chères ⁽²⁾.

Le prix de la séance de spécialiste est égal à :

— 2,7 fois le prix de la séance de généraliste, pour les séances effectuées au cabinet;

— 2,3 fois le prix de la séance de généraliste, pour les séances effectuées en dispensaire;

— 1,7 fois le prix de la séance de généraliste, pour les séances effectuées au domicile du malade;

— 1,6 fois le prix de la séance de généraliste, pour les séances effectuées à l'hôpital.

2.2.2. Les prix par spécialité

Mais les prix des séances de spécialistes présentent des écarts encore plus importants selon la spécialité du médecin; ainsi les séances de cardiologues ont un prix plus de 2,5 fois supérieur à celui des séances de pédiatres, d'ophtalmologistes ou de dermatologues : *la différence de prix entre une séance de cardiologue et une séance de pédiatre, par exemple, est donc nettement plus importante que celle existant entre une séance de pédiatre et une séance de généraliste.*

Selon le prix en 1970 de la séance destinée aux malades ambulatoires et soignés à leur domicile, on pourrait distinguer schématiquement six groupes de médecins :

1... { Radiologue 204,49 F ⁽³⁾ } 5 fois environ le prix de la séance de généraliste;

(1) Cf. annexe IV, p. 51.

(2) Le prix reconstitué des séances de spécialistes en tiers payant partiel à l'hôpital est supérieur de 40 % au prix des séances intégralement payées.

(3) Parmi les séances de radiologues les moins chères sont les radioscopies (57,97 F) et les séances de radiothérapie (59,23 F); les prix moyens des séances de radiographie dépendent de la région anatomique étudiée : ils varient de 72,48 F (radio du thorax) à 195,68 F (radio du tube digestif); elles sont en moyenne de 118,16 F.

2...	Cardiologue	76,66 F	} 3 fois environ le prix de la séance de généraliste;}
	Gastro-entérologue	61,93 F	
3...	Neuro-psychiatre	48,74 F	} environ 2 à 3 fois le prix de la séance de généraliste;}
	Chirurgien	48,46 F	
	Pneumo-phtisiologue	47,78 F	
	Urologue	46,96 F	
4...	O.R.L.	42,69 F	} entre 1,75 et 2,05 fois le prix de la séance de généraliste;}
	Gynécologue	38,51 F	
	Rhumatologue	36,48 F	
5...	Pédiatre	31,11 F	} environ 1,5 fois le prix de la séance de généraliste;}
	Dermatologue	31,00 F	
	Ophthalmologiste	30,46 F	
6...	Généraliste	20,80 F	

Ces différences de prix de séances entre médecins reflètent en partie les quantités de services rendus, elles sont liées à l'utilisation de matériel plus ou moins lourd et parfois à la durée des séances : mais tout permet de supposer que la rémunération horaire, compte tenu de ces éléments, est différente pour les diverses spécialités.

Les prix des séances ainsi observés sont dans l'ensemble confirmés par l'actualisation à 1970 des résultats de l'enquête effectuée en 1966 par le CREP et le CREDOC auprès des médecins (1).

De même, ces différences entre les prix des séances selon la spécialité du médecin se retrouvent sous une autre forme dans les statistiques de la Sécurité Sociale. L'examen des structures de production par type d'actes selon la spécialité (cf. graphique 5) montre que les spécialistes dont les séances sont les plus chères : radiologues, cardiologues, ont une part très importante (plus de 90 %) de leurs actes cotés en K ou Z et, dans une moindre mesure, les pneumo-phtisiologues et les gastro-entérologues (plus de 60 % de leurs actes). Au contraire, les spécialistes dont les séances sont peu coûteuses : pédiatres, dermatologues, ophtalmologistes n'ont qu'une faible part de leurs actes cotés en K et tout particulièrement de leurs actes cotés en Z (cf. graphique 6).

A partir du même sondage, on établit un prix moyen de l'acte (2) par type d'actes et par spécialité. Ces prix moyens intègrent les majorations (pour soins de nuit, de dimanche).

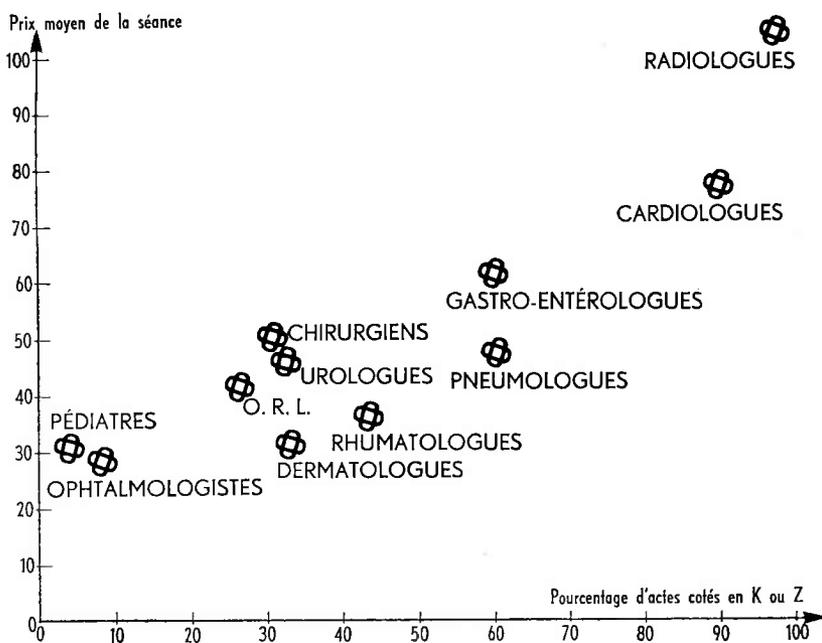
En ce qui concerne les actes de chirurgie et de spécialité (cotés en « K »), le prix moyen de l'acte est très élevé pour les neuro-psychiatres, les cardiologues, les gynécologues, les ORL; il est le plus faible pour les généralistes, les rhumatologues et les pédiatres (cf. tableau 4).

(1) Les données de cette enquête ne sont pas toutes encore du domaine public.

(2) Rappelons qu'il s'agit ici des soins dispensés aux malades ambulatoires ou à leur domicile, c'est-à-dire à l'exclusion de tout séjour en établissement hospitalier. Pour avoir un prix moyen de l'acte en 1970, on multiplie le nombre moyen de lettres-clés par acte estimé en 1972 par les tarifs moyens de 1970.

GRAPHIQUE 6

Prix de la séance et pourcentage d'actes cotés en K ou Z par spécialité 1970
(malades ambulatoires ou soignés à leur domicile)



Source : statistiques de Sécurité Sociale, régime général-assurance maladie.

Pour les actes de radiologie (cotés en « Z »), le prix de l'acte est le plus élevé pour les neuro-psychiatres, les gastro-entérologues, les rhumatologues, les radiologues, les dermatologues et les gynécologues; il est le plus faible pour les pédiatres, les cardiologues et les généralistes.

2.2.3. Comparaison des prix des séances et des tarifs en 1970

On a établi, pour l'année 1970, un tarif annuel moyen des consultations et des visites qui tient compte de l'ensemble de la réglementation : changements de tarifs en cours d'année, existence des zones A et B, tarif plus élevé de la consultation de neuro-psychiatre, majorations prévues par la convention pour soins de nuit et de dimanche (cf. tableau 5).

Ces tarifs peuvent être comparés aux prix des séances sans acte associé dont on peut admettre que la très grande majorité est cotée en C, CS, V ou VS, du moins pour les généralistes.

Ce tarif est de :

— 15,92 F pour le C : le prix de la séance de généraliste sans acte associé au cabinet, 17,26 F, est donc égal à 1,08 C.

TABLEAU 4

**Prix moyen de l'acte de spécialité et de radiologie par spécialité :
malades ambulatoires ou soignés à leur domicile
statistique de l'assurance maladie (régime général 1970)**

(en Francs)

	ACTES COTES EN :	
	"K"	"Z"
Généralistes	20,32	20,67
Cardiologues	69,82	14,30
Chirurgiens	59,11	31,02
Dermatologues	37,65	48,78
Radiologues	26,94	49,04
Gynécologues	62,15	48,44
Gastro-entérologues	44,22	60,39
O.R.L.	54,93	45,83
Pédiatres	29,68	10,69
Pneumologues	31,57	28,21
Rhumatologues	27,79	58,05
Ophthalmologistes	44,62	27,10
Urologues	49,70	43,95
Neuro-psychiatres	121,56	65,12
Spécialistes n.c. radiologues	52,39	34,24
Spécialistes y.c. radiologues	51,09	38,16
Ensemble médecins	36,65	43,26

— 22,74 F pour le V : pour faire la comparaison avec le prix de la séance, il est donc nécessaire d'ajouter au V le tarif moyen du déplacement (évalué en indemnités kilométriques ou en indemnités spéciales de déplacement) qui s'élevait à 1,28 F. *le tarif de la visite et du déplacement est donc de 24,02 F et le prix moyen de la séance de généraliste au domicile du malade sans acte associé est égal à 1,01 fois (V + déplacement).*

— 27,75 F pour le CS : *le prix de la séance de spécialiste sans acte associé au cabinet, 33,76 F, est donc égal à 1,22 CS.*

— 37,74 F pour le VS plus déplacement : *le prix moyen de la séance de spécialiste sans acte associé au domicile du malade, 37,85 F, est donc pratiquement égal au VS + déplacement.*

Du fait même de la réglementation, on sait que certaines séances au domicile du malade sont cotées en C ou CS, et non en V ou VS ⁽¹⁾, et il est plus rigoureux de faire porter les comparaisons sur l'ensemble consultations et visites. Le prix de cet ensemble est supérieur au tarif de 5,6 % pour les médecins généralistes et 20,0 % pour les spécialistes.

(1) Lorsque le médecin examine plus d'un patient au même domicile, une seule visite est cotée en V, les autres sont cotées en C.

Selon la fiabilité des sources d'information, ces pourcentages peuvent fournir des estimations valables des taux de dépassement; la seule différence pouvant avoir une répercussion sur les résultats porte sur les séances de spécialistes au cabinet dont une proportion non négligeable n'est probablement pas cotée en CS.

Un calcul de redressement tenant compte de ce phénomène ⁽¹⁾ permet d'estimer que le prix de la séance de spécialiste au cabinet coté en CS selon les hypothèses se situe entre 30,82 et 31,87 F soit 1,11 à 1,15 CS.

TABLEAU 5
Prix des séances de médecins et tarifs en 1970

(en Francs)

	GÉNÉRALISTES		SPÉCIALISTES			
	Prix des séances sans acte associé (enquête 1970)	Tarif (y.c. majoration et indemnités kilométriques)	Prix des séances sans acte associé (enquête 1970)	Estimation du prix des séances cotées en CS		Tarif (y.c. majoration et indemnités kilométriques)
				Hyp. 1 (1)	Hyp. 2(2)	
Domicile du Malade	24,21	24,02	37,85	37,85	37,85	37,74
Cabinet	17,26	15,92	33,76	31,87	30,82	27,75
Domicile du malade et cabinet	20,61	19,51	34,08	32,36	31,42	28,37
Rapport $\frac{\text{Prix}}{\text{Tarif}}$ pour l'ensemble domicile-cabinet	1,056	1,000	1,201	1,141	1,108	1,000

(1) 20 % de séances cotées en K ou R, n'ont pas été signalées par les enquêtés comme comportant des actes associés.

(2) 30 % de séances cotées en K ou R n'ont pas été signalées par les enquêtés comme comportant des actes associés.

On peut donc estimer que le taux de dépassement des médecins généralistes pour l'ensemble « consultations et visites », qui représentait 88,21 % de leur chiffre d'affaires ⁽²⁾, était d'environ 5,6 % en 1970, et que celui de spécialistes pour le même ensemble, qui représentait 33,9 % de leur chiffre d'affaires ⁽²⁾, était compris entre 10,8 et 14,1 %.

(1) Cf. annexe IV. On suppose successivement que 20 et 30 % des enquêtés n'ont pas signalé les actes associés des séances de spécialistes cotés en Z ou K.

(2) Correspondant aux soins prodigués aux malades ambulatoires ou soignés à leur domicile.

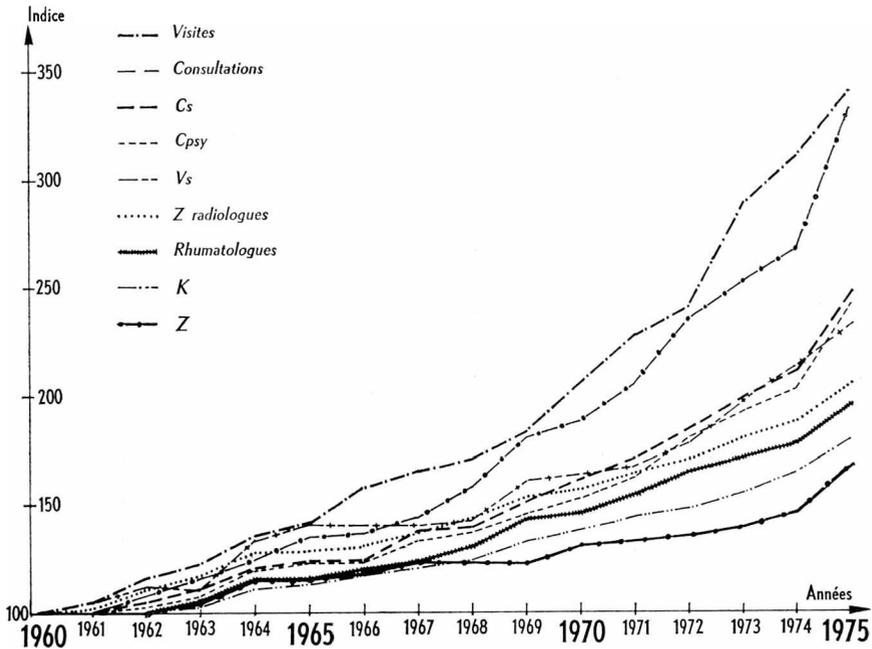
2.3. L'ÉVOLUTION DES TARIFS DE RESPONSABILITÉ

2.3.1. Évolution des tarifs des lettres-clés

De 1960 à 1975, les tarifs des lettres-clés à caractère général — consultations et visites — pour lesquels les accroissements possibles de productivité sont faibles, ont augmenté plus rapidement (cf. *graphique 7*) que les autres.

GRAPHIQUE 7

Moyennes annuelles des tarifs de responsabilité de la Sécurité Sociale
(médecins conventionnés, France entière)



Les variations différentielles de tarifs ont eu pour effet :

— au niveau de l'activité de l'omnipraticien, de favoriser la visite par rapport à la consultation, le rapport de tarif passant de 1,27 en 1960 à 1,38 en 1970 et 1,47 en 1974;

— de réduire l'important écart de tarifs existant entre les consultations de spécialistes et celles de généralistes : (2 en 1960, 1,70 en 1970, 1,49 en 1974);

— de valoriser les consultations et visites par rapport aux lettres-clés « K » et « Z »;

— les tarifs des lettres-clés en « Z » effectués par les électro-radiologistes s'écartent de plus en plus des tarifs de la même lettre-clé effectués par les généralistes.

2.3.2. Indices de tarifs selon les spécialités

Les revalorisations des différentes lettres-clés ont pour effet d'accroître les tarifs moyens des médecins généralistes et spécialistes; cependant, les augmentations varient selon la part occupée par chaque type de lettre-clé dans la production des différents spécialistes.

L'étude de la structure de la production des différents médecins, en volume ou en chiffre d'affaires s'impose donc pour évaluer les pondérations des indices de tarifs correspondants. On considère ici l'ensemble de l'activité des médecins du secteur privé, destinés tant aux malades hospitalisés qu'ambulatoires. Les pédiatres se distinguent nettement des autres spécialistes par le fait que les visites représentent une part importante de leur chiffre d'affaires; les consultations représentent plus de la moitié du chiffre d'affaires des ophtalmologistes, dermatologues et rhumatologues; pour les neurochirurgiens, les chirurgiens et les cardiologues, la plus grosse part du chiffre d'affaires provient des actes en « K »; les

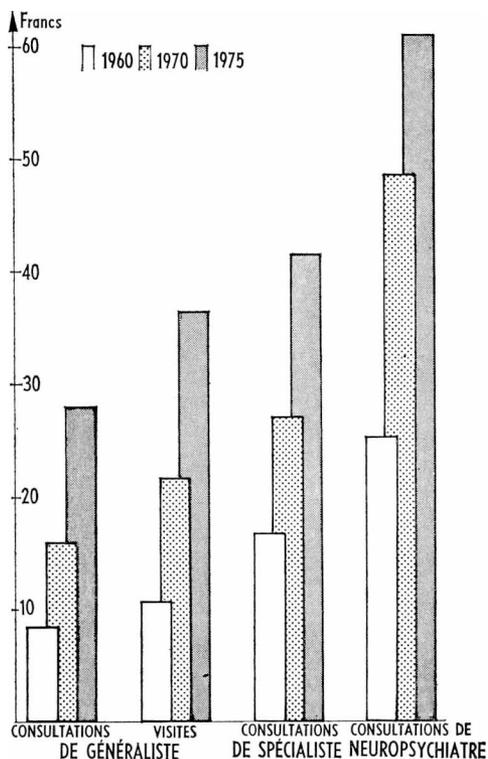
actes de radiologie jouent un rôle important non seulement dans l'activité des radiologues, mais également dans celle des pneumologues et des gastro-entérologues.

A partir de ces données, on peut construire un indice synthétique pour chaque spécialité ⁽¹⁾.

De 1960 à 1975, l'indice du tarif des services de l'ensemble des médecins libéraux conventionnés a augmenté en moyenne de + 6,4 % par an en valeur nominale et de + 0,8 % par rapport à l'indice général des prix. La période récente 1970-1975 a été marquée par une progression identique

(1) C'est une moyenne pondérée des indices de tarifs de chaque lettre-clé par des coefficients fixes représentant le poids de chaque type d'acte dans la valeur de la production des médecins, pour une année donnée.

GRAPHIQUE 8
Tarifs de responsabilité des différentes lettres-clés de la nomenclature de la Sécurité Sociale (moyennes annuelles, France entière)



de l'indice général des prix et du tarif des services de médecins (+ 8,7 % par an).

— entre 1970 et 1975 : les anesthésistes, les radiologues et les stomatologistes apparaissent les moins favorisés avec une hausse annuelle de tarifs inférieure à 6 % par an;

— pour les urologues et gastro-entérologues, la hausse annuelle moyenne des tarifs a été voisine de celle observée pour l'ensemble des spécialistes (6,6 %);

— les tarifs des rhumatologues, pédiatres, ophtalmologistes, dermatologues se sont accrus plus rapidement (de 7,0 à 8,0 % par an).

Malgré la diversité des cas, la hausse des tarifs a été moins forte pour les spécialistes que pour les omnipraticiens.

On a pu se demander si les résultats obtenus à partir d'indices à pondérations fixes (de type Laspeyre) restent valables dans la mesure où les médecins ont la possibilité de déformer les structures de leur production au profit des actes les plus rentables. Or, de 1967 à 1972, soit à cinq années de distance, la structure de la production évaluée en lettres-clés (cf. annexe IV, p. 54) de chaque spécialité ne s'est que peu déformée, les taux d'accroissements calculés à partir de trois indices utilisant les pondérations différentes (tableau IV.6) sont extrêmement voisins (cf. annexe IV, p. 55).

2.3.3. Les tarifs ne sont pas les prix

Les résultats énoncés ci-dessus concernent les évolutions de tarifs et non celles des prix réellement pratiqués. A ce propos, *l'effet des dépassements de tarifs* doit être précisé :

— si les dépassements correspondent à une proportion fixe du tarif, l'écart entre le prix pratiqué et le tarif théorique s'accroît en valeur absolue mais reste constant en valeur relative. L'évolution des prix réels est alors la même que celle des tarifs de responsabilité.

Dans le cas contraire, les évolutions de prix et de tarifs diffèrent :

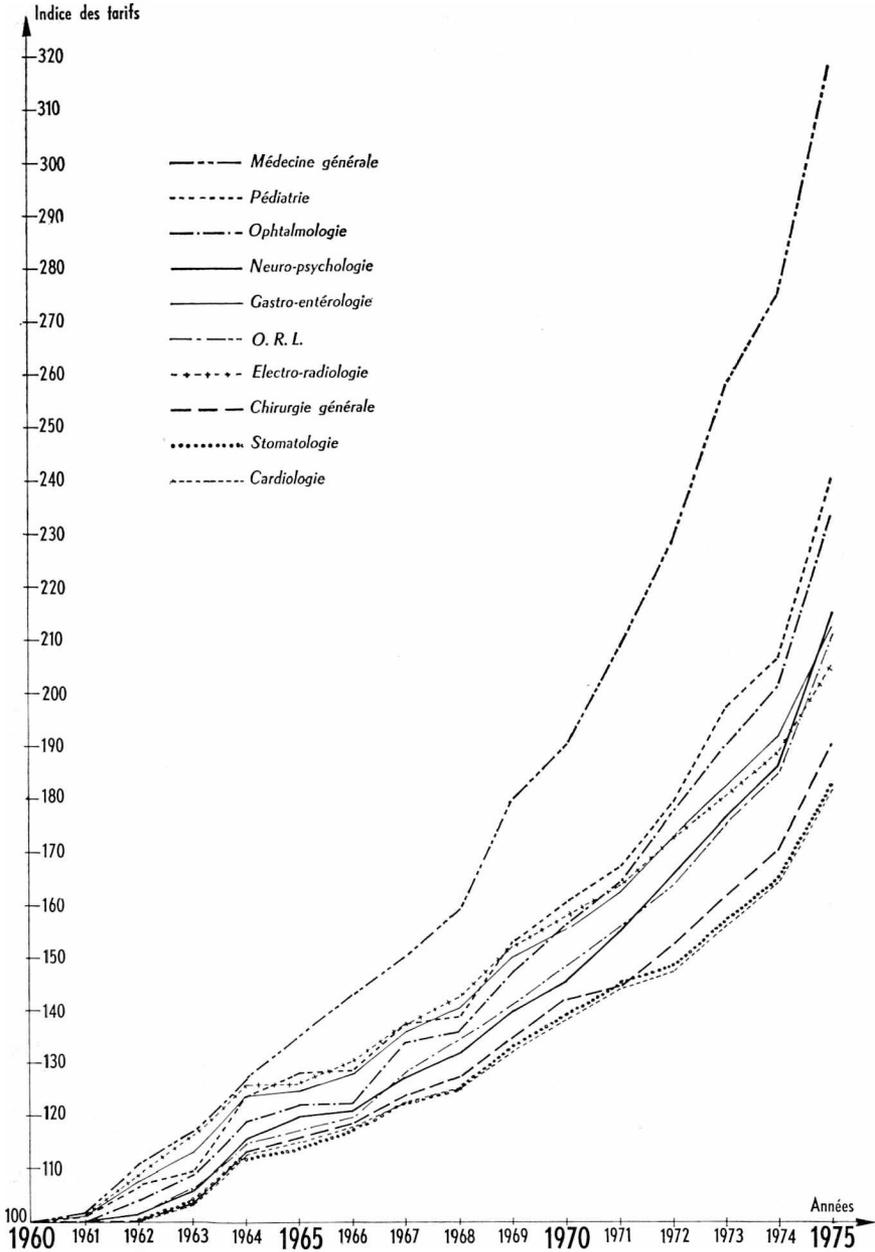
— les prix s'accroissent plus vite que les tarifs si le dépassement évolue de façon à représenter une proportion plus forte du tarif; les prix s'accroissent moins vite que les tarifs si le dépassement représente une proportion moins forte du tarif, ce qui est le cas en particulier lorsqu'il reste constant en valeur absolue.

Les seules informations chiffrées disponibles sont issues des enquêtes auprès des ménages de 1960 à 1970. Elles permettent de comparer l'évolution du rapport du prix des séances au tarif, pour des séances (même lieu, sans acte associé) dont la définition, si elle ne coïncide pas strictement avec celle du « V », « C » et du « CS », est par contre identique en 1960 et 1970.

On peut voir sur le tableau 6 que ces rapports sont toujours plus élevés en 1970 qu'en 1960 surtout pour les séances de spécialistes, ce qui amène à

GRAPHIQUE 9

Évolution des tarifs moyens des services de médecins selon la spécialité
(malades ambulatoires, à domicile, ou hospitalisés en clinique privée)
1960-1975



conclure que la pratique du dépassement s'est étendue entre 1960 et 1970. En ce cas, les analyses d'évolutions faites sur les tarifs ne sont pas représentatives des évolutions de prix.

Depuis la nouvelle convention de 1971, le droit au dépassement étant admis par la Sécurité Sociale ⁽¹⁾, il est probable que l'écart entre les tarifs et les prix s'est accentué. Les données manquent pour connaître l'ampleur de ce phénomène qui découle de deux facteurs : la fréquence de l'utilisation du droit à dépassement et le montant des dépassements.

TABLEAU 6

(en Francs)

	1960			1970		
	Prix	Tarif	Prix/V	Prix	Tarif	Prix/V
Séance de généraliste, au domicile du malade, sans acte associé	10,89	V=10,64	1,02	24,21	V=21,87	1,11
Séance de généraliste, au cabinet, sans acte associé	8,66	C=8,41	1,03	17,26	C=15,86	1,09
Séance de spécialiste, au cabinet, sans acte associé	17,20	CS=16,82	1,02	33,76	CS=27,04	1,25

Compte tenu de ces réserves, on peut estimer des bornes inférieures ⁽²⁾ des prix des séances de médecins en 1975. Le prix de la séance de généraliste, sans acte associé serait au moins de 40,13 F au domicile du malade et de 30,33 F au cabinet et le prix de la séance de spécialiste au cabinet sans acte associé au moins de 51,74 F en 1975.

3. LES AUTRES SERVICES

3.1. LES SOINS DE DENTISTES

3.1.1. Les prix et les tarifs en 1970

Les unités d'enregistrement dans l'enquête auprès des ménages (*séance de dentiste*) et dans les statistiques de Sécurité Sociale (*les actes* au sens

(1) En 1974, le pourcentage de médecins ayant droit au dépassement était de 18,10 %. Il était beaucoup plus faible pour les généralistes — 7 % — mais atteignait 36,6 % pour l'ensemble des spécialistes : parmi ces derniers, le droit au dépassement était le plus largement répandu pour les neuro-chirurgiens (69 %), les urologues (57 %), les chirurgiens (51 %).

(2) On suppose en effet que le taux de dépassement n'a pas encore augmenté entre 1970 et 1975.

de la Sécurité Sociale s'apparentent ici plutôt à des traitements) ne coïncident pas : un traitement peut s'étendre sur plusieurs séances, et réciproquement, plusieurs traitements peuvent être menés au cours d'une même séance. Le patient connaît souvent mal les traitements dont il est l'objet et ne peut donc affecter à chacun d'eux le prix qui lui correspond; dans le cas de facturation au forfait, les documents de Sécurité Sociale ne comportent pas le nombre de séances effectuées. Les données sont donc disparates et non mesurables dans une unité commune.

Il reste toutefois que l'on peut estimer, d'une part, le coût des traitements dentaires tels que le connaît la Sécurité Sociale (c'est-à-dire non compris les dépassements), d'autre part, le prix moyen d'une séance de soins dentaires tel qu'il est payé par le patient.

D'après l'enquête de 1970, *le prix de la séance de dentiste (59,93 F) apparaît sensiblement plus élevé que celui de la séance de médecin spécialiste* : il se situe au niveau de prix des spécialités « chères » entre la neuro-psychiatrie (48,74 F) et la cardiologie (76,66 F). Le contenu des séances, en particulier la pose de prothèse, qui sera analysé au paragraphe suivant n'explique qu'une partie du niveau très élevé de ce prix. On peut, par ailleurs, constater que *lorsque le nombre de séances, auquel correspond le paiement (lié à la durée du traitement), augmente, le prix par séance diminue.*

Les séances les plus onéreuses sont celles liées à la pose d'une prothèse (303,30 F) ou d'un appareil de redressement dentaire (163,80 F), *le prix de la séance de soins dentaires proprement dit s'élève à 43,07 F.*

Si on admet qu'en moyenne la pose d'une prothèse dentaire nécessite de 3,5 à 4 séances, on peut estimer que le prix moyen de la prothèse s'établit entre 1 062 et 1 213 F en 1970.

D'après les données de Sécurité Sociale, le tarif moyen de traitement dentaire en 1970 est de 46,67 F, ce tarif est une moyenne des tarifs du traitement des soins dentaires proprement dit (39,29 F), d'une dent de prothèse (54,35 F) et de l'appareil de redressement dentaire (617,65 F). La comparaison du prix de la séance de soins et du tarif moyen du traitement ne peut être faite, faute d'équivalence entre ces deux unités : il apparaît toutefois que le prix moyen de la prothèse est nettement supérieur au tarif.

3.1.2. Évolution

Le tarif de la lettre-clé correspondant aux soins dentaires s'est accru de 76,1 % entre 1962 et 1974, soit de 4,83 % par an; on observe donc une croissance du même ordre que celle du tarif moyen des généralistes.

Entre 1970 et 1975, le tarif du D s'est accru de 38 %, en admettant que les prix ont évolué comme ce tarif, le prix de la séance de soins proprement dit s'élèverait en 1975 à 49,00 F, celui d'une séance d'orthodontie à 226,00 F et celui d'une prothèse se situerait entre 1 466 et 1 674 F.

3.2. LES SOINS D'INFIRMIÈRES ET DE MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES

3.2.1. Les prix et les tarifs en 1970

Au contraire des prix des soins dentaires, les prix des soins d'auxiliaires peuvent faire l'objet d'une comparaison simple aux tarifs. Pour la grande majorité, il existe en effet une quasi-identité entre la séance telle qu'elle est définie dans l'enquête et l'acte d'auxiliaire tel qu'il apparaît à la Sécurité Sociale. Le tarif de l'acte d'infirmière s'élève à 6,18 F (statistiques de Sécurité Sociale), et le prix de la séance d'infirmière à 6,34 F (enquête 1970); pour les masseurs-kinésithérapeutes, ces valeurs sont respectivement de 19,34 et 20,84 F. Dans les deux cas, les prix de la séance sont supérieurs aux tarifs de l'acte correspondant.

Les unités physiques étant ici sensiblement les mêmes, les prix obtenus à partir de l'enquête auprès des ménages et les tarifs de la Sécurité Sociale mesurent peut-être les dépassements, qui seraient de l'ordre de 2,6 % pour les infirmières et de 7,8 % pour les masseurs-kinésithérapeutes.

3.2.2. Évolution

Le tarif de la lettre-clé « AMI » correspondant aux soins infirmiers s'est accru de 109 % soit 5,4 % par an entre 1961 et 1974. En ce qui concerne les tarifs de masseurs-kinésithérapeutes, la croissance de la lettre-clé « AMM » a été de 64 % entre 1962 et 1974, soit 3,6 % par an. Entre 1970 et 1975, ces tarifs se sont accrus respectivement de 36 % (lettre-clé « AMI ») et 31 % (lettre-clé « AMM »). En admettant que l'ensemble des prix de chacun de ces praticiens ait évolué proportionnellement aux tarifs qui leur sont accordés, on peut estimer qu'en 1975, le prix de la séance d'infirmière s'établit à 8,62 F et celui de la séance de masseur-kinésithérapeute à 27,30 F.

CONCLUSION

Dans le domaine des soins médicaux, les prix des services sont perçus de manière différente par les divers agents : cette perception correspond à une réalité elle-même multiple et complexe, aucun agent ne couvre l'ensemble du processus : les producteurs savent exactement ce qu'ils perçoivent pour un service donné dans le cas du paiement direct (sans doute d'une manière plus floue en cas de tiers payant) mais ils ignorent ce qu'il en coûte au patient (en particulier les remboursements des mutuelles complémentaires); les consommateurs ignorent ce que paie éventuellement au producteur le ou les tiers payants, par ailleurs il leur est difficile d'évaluer le contenu technique de la séance — la Sécurité Sociale contrôle les tarifs et les remboursements mais n'a que très peu d'information sur les dépassements. Il est donc indispensable d'observer les prix à différents échelons du processus économique.

On se trouve alors devant un ensemble d'informations hétérogènes, tant sur le plan de la fiabilité que sur celui des contenus. La confrontation de ces données dans un but de synthèse se heurte au problème très difficile de définition d'unités communes, auquel s'ajoute celui de l'estimation proprement dite des prix. On a tenté dans cet article d'utiliser au maximum les unités existantes et éventuellement d'en créer de nouvelles. Ainsi, par exemple, dans le domaine des prix hospitaliers, l'introduction du « prix synthétique de journée » qui intègre les prix de journée et les honoraires permet d'estimer que le rapport des prix entre le secteur public et le secteur privé, se situe selon les hypothèses entre 1,12 (secteur public plus cher de 12 %) et 1,03 (secteur public plus cher de 3 %); cette comparaison ne tient pas compte des nombreuses différences entre services rendus par les deux secteurs. Et, bien que l'information utilisée ici soit pour la plus grande part dense et précise, l'analyse du contenu et des prix des services médicaux présentée *ne couvre que les aspects économiques les plus essentiels*; en effet, la complexité s'accroît dès lors qu'on introduit de nouvelles variables pour améliorer la définition des unités dont on mesure le prix.

Les avantages de cette méthode de travail sont multiples :

— *l'estimation de résultats synthétiques* permet, en validant les différentes sources utilisées, d'en constater la grande cohérence générale; *l'analyse et l'explication des disparités* constituent une voie d'approche privilégiée d'une meilleure compréhension de la réalité. Ainsi, les fortes variations des prix de séances de médecins selon la spécialité s'expliquent en partie par la proportion d'actes techniques qu'ils effectuent;

— *l'analyse très détaillée des unités de mesure*, en partie indépendante des unités déduites de la réglementation localement en vigueur, ouvre la voie à des *comparaisons internationales*. Il en est ainsi par exemple du prix synthétique de journée ou du prix de la séance de médecin;

— l'observation directe des prix auprès des consommateurs, lorsqu'elle est possible, permet d'apporter quelques données chiffrées sur l'importance des dépassements effectués par les producteurs auprès de leur clientèle privée.

Enfin, la répétition de telles études est nécessaire si on désire suivre *l'évolution non seulement des tarifs* mais également des prix réels, c'est-à-dire simultanément des dépassements et des structures de consommation. L'extension de la connaissance des prix réels au domaine hospitalier paraît, malgré sa grande difficulté, un but à atteindre dans les prochaines années.

*
* *

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] ANDERSEN (R.) et MAY (J.), *Factors Associated, with the Increasing Cost of Hospital Care*, Annals of the American Academy of Political and Social Science, 399, janvier 1972, p. 62-72.
- [2] CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS, Résultats de l'enquête au 1/60 (Assurance maladie, maternité, accidents du travail), 1970.
- [3] DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE, Social Security Administration, Office of Research and Statistics. Background information on medical expenditures prices and costs, septembre 1974.
- [4] DURIEZ (M.), FOULON (A.) et MATTHYS (M.), *Évolution de la consommation médicale finale 1950-1974* (résultats provisoires). Rapport CREDOC ronéoté, décembre 1974, 34 pages.
- [5] FAURE (H.) et TONNELIER (F.), *Projections de la production et de la consommation des services d'hospitalisation, VII^e Plan (1975-1980)*. Rapport CREDOC ronéoté, Commissariat général du Plan et de la Productivité, octobre 1975, 129 pages.
- [6] FELDSTEIN (M. S.), *The Rising Cost of Hospital Care, National Center for Health Services Research and Development*. D.H.E.W. Information Resources Press, Washington DC, 1971.
- [7] GUILLOT (C.) et MIZRAHI (A. et A.), *Enquête pilote 1965-1966 sur les soins médicaux*, Fascicule n° 5 : *Nature et prix des consommations médicales de ville*. Rapport CREDOC ronéoté, juin 1971; *Consommation*, n° 4, 1971; *Nature et prix des soins médicaux de ville*, Le Concours médical, mai 1972.
- [8] LECOMTE (T.), *Les séances de médecins : production et consommation, d'après l'enquête de 1970 sur les consommations médicales*. Rapport CREDOC ronéoté, décembre 1974, 63 pages.
- [9] MIZRAHI (A. et A.), *Les soins de médecins, dentistes et auxiliaires : lieux, modalités de paiement et prix, d'après l'enquête de 1970 sur les consommations médicales*. Rapport CREDOC ronéoté, décembre 1974, 83 pages.
- [10] MIZRAHI (A. et A.) assistés de DUPRAT (M.-L.), *Les séances d'électroradiologie et les analyses, d'après l'enquête de 1970 sur les consommations médicales*. Rapport CREDOC ronéoté, juillet 1975, 101 pages.
- [11] RÖSCH (G.) et SANDIER (S.), *Une comparaison des systèmes de soins médicaux aux U.S.A. et en France*. Rapport CREDOC ronéoté, mai 1975, 32 pages (existe en version anglaise).
- [12] SANDIER (S.), *Les prix des biens et des services médicaux, tome II : Les services de médecins 1962-1971*. Rapport CREDOC ronéoté, décembre 1972.
- [13] SANDIER (S.) et THAURONT (A.), *Comparaisons des consommations médicales pour trois populations : salariés agricoles, exploitants agricoles, personnes protégées par le régime général de Sécurité Sociale* (résultats préliminaires). Rapport CREDOC ronéoté, mai 1975, 39 pages.
- [14] WALDMAN (S.), *The Effect of Changing Technology on Hospital Costs*. Research and Statistics note, 28 février 1972.

ANNEXE I

DÉPLACEMENT DE L'ÉQUILIBRE EN CAS D'INTERVENTION D'UN TIERS FINANCEUR

Définitions

Que représente « le prix » pour les différents agents ?

Sur le marché des biens et services médicaux, le consommateur n'est pas toujours le payeur (ou l'unique payeur) des soins médicaux qui lui sont prodigués. La somme reçue par un producteur de soins en paiement d'un acte médical incombe pour partie seulement au patient, le reste étant pris en charge par la Sécurité Sociale (assurance maladie), l'état et les collectivités locales (aide médicale, article 115), les mutuelles et les assurances privées. Ainsi, pour l'ensemble de la consommation médicale nationale, 65,2 % des dépenses étaient en 1970 financées par la Sécurité Sociale, 23 % par les ménages, 5,9 % par les administrations centrales et locales, 4,4 % par les mutuelles et assurances, 1,5 % par les entreprises non financières (médecine du travail).

Si on se place par exemple dans le cas de l'équilibre du marché, point d'intersection entre une courbe d'offre O et une courbe de demande D (cf. schéma ci-contre), l'intervention d'une couverture sociale des soins médicaux remplace le point d'équilibre E' par le couple E_1, E_2 ; D se trouve en effet décalé vers D' (ou O vers O'). La quantité produite et consommée s'accroît, passant de Q' à Q ; par « unité de soins », le consommateur paie P_1 , au lieu de P' , le producteur reçoit P_2 au lieu de P' , l'assurance sociale paie la différence ($P_2 - P_1$). Le nouvel équilibre est donc plus favorable aussi bien au producteur qu'au consommateur : du point de vue du consommateur, il obtient une quantité $Q > Q'$ à un « prix » unitaire (« prix » consommateur) $P_1 < P'$; il gagne sur les quantités et sur les prix. Du point de vue du producteur, il vend une quantité $Q > Q'$ à un « prix » unitaire (« prix » producteur) $P_2 > P'$; il gagne également sur les quantités et sur les prix.

En fait, les choses sont loin d'être aussi simples :

Du strict point de vue du modèle présenté plus haut, les organismes de Sécurité Sociale et l'État cherchent à réduire le bénéfice retiré par les producteurs du système d'assurance : ils cherchent donc à établir (à faire accepter) des tarifs (T, S) inférieurs aux « prix » d'équilibre : $T < P_2, S < P_1$. Mais pour le couple (T, S) la quantité demandée est supérieure à la quantité d'équilibre.

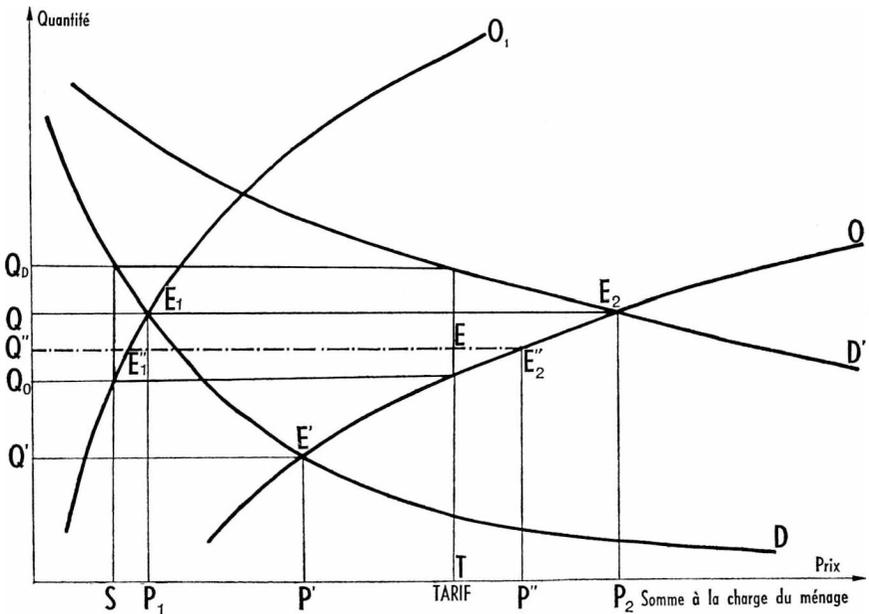
Quoi qu'il en soit, quelques définitions permettront déjà de clarifier les choses :

— *Le prix P* d'un soin médical est la somme totale que reçoit le producteur en échange du service rendu. Ce prix est composé d'une *somme à la charge du malade*, d'une *somme à la charge de la Sécurité Sociale*, de sommes à la charge des différents autres financeurs (état et collectivités locales, mutuelles et assurances privées, entreprises non financières). Certaines de ces sommes peuvent être nulles ou égales à la totalité du prix.

Ce prix peut être plus facilement mesurable dans tous les cas de paiement à l'acte (consultations, visites, actes de spécialités) comme c'est le cas général en France; il est également d'une mesure aisée lorsque le paiement correspond à un traitement (cas des soins dentaires en France) relativement court. Dans le cas, par contre, d'un paiement par capitation (cas anglais) ou d'une médecine nationalisée et salariée (pays de l'Est), une mesure directe du prix des soins devient quasiment impossible :

— *Le débours* est la somme que paie le malade au producteur. Ce débours peut être égal au prix (si par exemple, le malade est remboursé ultérieurement des sommes qui ne lui incombent pas); dans le cas de tiers payant partiel, il peut être égal à la somme non à la charge de la Sécurité Sociale (somme à la charge du patient, dite ticket modérateur, ou d'une mutuelle); en cas de tiers payant total, le débours est nul.

Schéma du modèle d'équilibre : cas d'une prise en charge partielle de la dépense par la Sécurité Sociale, et d'une tarification de prix



Exemples :

— Prix d'une séance de médecin généraliste au cabinet du médecin pour un malade protégé par le régime général de Sécurité Sociale :

Débours = prix = somme à la charge de la Sécurité Sociale + ticket modérateur (somme à la charge du malade).

— Prix d'une radiographie du poumon effectuée en dispensaire en tiers payant partiel pour un malade protégé par le régime général de Sécurité Sociale :

Débours du malade = ticket modérateur (somme à la charge du malade).

Prix = débours du malade + somme versée par la Sécurité Sociale au dispensaire.

— Prix d'une hospitalisation en tiers payant total pour un malade protégé par la Sécurité Sociale et par une mutuelle complémentaire :

Le débours est nul; prix = somme à la charge de la Sécurité Sociale + somme à la charge de la mutuelle.

Les données obtenues à partir d'une enquête auprès des ménages permettent de connaître le débours; les ménages savent aussi si cette somme correspond à la totalité du prix ou seulement au ticket modérateur; ils ne connaissent pas, par contre, les sommes à la charge de la Sécurité Sociale (en particulier, en cas de tiers payant total).

Réciproquement, les données construites à partir des documents de Sécurité Sociale permettent de connaître les sommes payées par la Sécurité Sociale, soit directement au producteur, soit au consommateur comme remboursement de tout ou partie de son débours; en principe, ces documents devraient permettre de connaître les débours des ménages. Ces débours sont cependant mal connus en cas de déclarations peu sincères, et plus généralement dans tous les cas de consommations non remboursables.

*
* *

ANNEXE II

PRÉSENTATION SUCCINCTE DES ENQUÊTES FRANÇAISES AUPRÈS DES MÉNAGES SUR LES CONSOMMATIONS MÉDICALES

	Enquête 1960	Enquête 1970
Maitre d'œuvre	INSEE-CREDOC	INSEE-CREDOC
Domaine étudié	Consommation médicale	Consommation médicale
Méthode d'enquête	Interview-mémoire et carnet de compte	Interview-mémoire et carnet de compte
Champ géographique	France	France
Période couverte	1960	1970
Nombre de vagues	6	4
Unités de recueil de l'information	Ménages ordinaires	Ménages ordinaires
Durée de l'enquête auprès de chaque unité (carnet de compte	1 mois	3 mois
Nombre de visites d'enquêteur à chaque ménage	2	5
Taux de refus (1)	3,3 %	7,6 %
Taux d'abandon en cours d'enquête (2)	2,9 %	4,3 %
Nombre d'unités statistiques exploitables	3 142 ménages	7 393 ménages

(1) Nombre de ménages ayant refusé toute participation à l'enquête sur le nombre de ménages dans le champ et présents dans le logement au moment de l'enquête $\times 100$.

(2) Nombre de ménages ayant répondu au moins une fois à l'enquêteur mais n'ayant pas terminé l'enquête sur le nombre de ménages dans le champ et présents dans le logement au moment de l'enquête $\times 100$.

ANNEXE III

DONNÉES SUR L'HOSPITALISATION

Soins aux malades hospitalisés

Dans les établissements généraux, on facture aux malades hospitalisés les soins et examens individualisables qui sont cotés en lettres-clés « C », « K », « Z », « B », « AM ».

1. Évaluation en lettres-clés

Deux sources statistiques permettent cette évaluation

— Statistiques élaborées à partir d'une enquête auprès des hôpitaux généraux publics par le Ministère de la Santé (tableau III. 1).

— Statistiques élaborées par la C.N.A.M.T.S. à partir d'un sondage au 1/60^e dans les dossiers de remboursement des caisses pour les personnes protégées par le Régime Général de Sécurité Sociale. Ces données concernent aussi bien les établissements publics que privés (tableau III. 2, colonnes 5 et 6).

2. Évaluation en valeur monétaire

La valeur des honoraires facturés aux malades pour les soins correspondant aux différentes lettres-clés, est obtenue en appliquant les tarifs correspondants (tableau III. 2, colonnes 2 et 3) et en sommant pour toutes les lettres-clés.

3. Évaluation en volume

Pour agréger les divers soins, on affecte à chaque lettre-clé un coefficient permettant la mesure dans une unité commune. L'unité choisie est « C ». Les coefficients de volume identiques pour le secteur public et le secteur privé (tableau III.1, colonne 1) représentent les rapports de tarifs de responsabilité de ville de chaque lettre-clé au tarif du « C » en 1970.

Cette opération permet de comparer le volume des soins produits dans les deux secteurs en éliminant les inconvénients des différences de tarification.

4. Comparaison du prix des soins dans le secteur privé et le secteur public

Cette comparaison se fait sur le prix du « C » moyen tel qu'il apparaît en divisant, pour chaque secteur, la « valeur des honoraires » par le volume des honoraires.

TABLEAU III.1
Honoraires dans les hôpitaux généraux

	Coefficient d'équivalence avec le "C"	TARIFS EN 1974			HONORAIRES PAR JOURNÉE					
		Privé (2)	Public (3)	Ecart (4) = (2)/(3)	En nombre de lettres-clés (1972)			En francs (1974)		
					Privé (5)	Public (6)	Ecart (7) = (5)/(6)	Privé (8)	Public (9)	Ecart (10) = (8)/(9)
Honoraires indexés sur le "C"	1	22,52	5,31	4,24	0,09	0,58	0,16	2,03	3,08	0,66
"C"	1	22,52	5,31	4,24	0,03	0,01	3,00	0,68	0,05	13,60
"K"	0,31	5,87	1,94	3,03	5,07	2,25	2,25	29,76	4,37	6,81
"Z"	0,21	4,90	1,89	2,59	0,78	1,98	0,39	3,82	3,74	1,02
"B"	0,06	0,95	0,21	4,50	2,89	21,93	0,13	2,75	4,69	0,57
Ensemble "C"		19,23	5,25	3,66	2,03	3,02	0,67	39,64	15,85	2,46

Sources : sondage au 1/60. Assurance maladie 1972 et calculs CREDOC.

(1) Ces coefficients sont égaux aux rapports des tarifs conventionnels en 1970.

TABLEAU III.2

Hôpitaux généraux publics :
Prix de journée et honoraires par journée d'hospitalisation

(en Francs)

	1971					1972					1973				
	Prix de journée (F)	Nombre de			Ensemble (équivalent "C")	Prix de journée (F)	Nombre de			Ensemble (équivalent "C")	Prix de journée (F)	Nombre de			Ensemble (équivalent "C")
		K	Z	B			K	Z	B			K	Z	B	
CHU	178,76	2,77	2,93	32,99	3,45	203,90	3,40	3,25	37,22	4,00	235,01	3,65	3,68	42,6	4,46
CH	118,00	1,59	1,70	17,49	1,90	137,61	1,87	1,89	20,28	2,19	154,54	2,09	2,22	24,18	2,56
H	93,62	1,45	1,22	7,36	1,15	111,47	1,39	1,39	9,26	1,28	125,44	1,52	1,63	11,11	1,48
Ensemble . . .	132,84	2,04	2,06	20,9	2,32	151,70	2,37	2,31	24,2	2,67	175,29	2,57	2,65	27,80	3,02

(1) Sources :

- prix de journée [4];
- honoraires par journée [Ministère de la Santé].

TABLEAU III.3

Prix des journées dans les établissements hospitaliers

	(en Francs)														
	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974
<i>HOPITAUX PUBLICS</i>															
- Hôpitaux généraux [1] . . .	43,79	47,90	54,86	59,67	62,57	65,23	67,21	71,77	82,60	102,61	115,00	132,81	151,70	175,29	213,17
- Hôpitaux psychiatriques [1]	21,14	22,25	23,87	27,85	32,93	4,53	35,86	38,68	43,87	51,95	59,60	71,96	81,81	95,35	124,74
- Hôpitaux antituberculeux [1]	22,56	23,10	23,56	26,45	31,40	33,57	35,15	37,83	42,98	49,78	53,98	62,94	77,09	78,45	102,55
<i>ENSEMBLE [1]</i>	36,38	39,47	44,57	48,53	51,72	53,76	55,35	59,03	67,68	83,05	93,48	109,06	124,56	143,89	178,28
- Régime général [2]	-	-	-	-	-	54,41	55,79	60,20	-	-	86,54	-	124,90	143,10	171,00
- Salariés agricoles [3]	-	-	-	-	-	43,37	46,50	49,17	55,48	67,84	76,72	89,20	105,08	121,10	-
- Exploitants agricoles [3]	-	-	-	-	-	43,41	46,15	49,77	55,87	68,80	76,50	88,36	104,03	119,20	-
<i>SECTEUR PRIVE</i>															
- Régime général [2]	-	-	-	-	-	37,39	39,08	42,25	-	-	63,57	-	82,0	93,5	108,2
- Salariés agricoles [3]	-	-	-	-	-	33,10	35,49	39,32	45,43	52,82	60,49	67,33	74,89	85,02	-
- Exploitants agricoles [3]	-	-	-	-	-	36,97	39,45	43,12	48,40	58,46	63,59	70,16	79,04	89,10	-
Indice du coût des facteurs [4]	-	-	100,00	111,5	117,4	119,7	123,8	127,6	140,5	151,1	160,5	170,1	180,5	192,4	216,7

Sources :

[1] A. FOULON et M. MATTHYS.

[2] S. SANDIER et A. THAURONT, *Évolution de la consommation médicale et de ses structures, 1959-1974.*[3] S. SANDIER et A. THAURONT, *Les consommations médicales dans la mutualité agricole.*

[4] Comptes nationaux de la santé.

TABLEAU III.4

Hospitalisation publique

Années	Indice du coût des soins et honoraires		Indice du prix de journée		Indice du volume des facteurs	Indice général des prix
	Prix nominal	Prix relatif	Prix nominal	Prix relatif		
1962	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1963	111,5	106,4	108,9	103,9	97,7	104,8
1964	117,4	108,3	116,1	107,1	98,9	108,4
1965	119,7	107,8	120,7	108,6	100,8	111,1
1966	123,8	108,5	124,2	108,8	100,3	114,1
1967	127,6	108,9	132,5	113,0	103,8	117,2
1968	140,5	114,7	151,8	123,9	108,0	122,6
1969	151,1	115,8	186,4	142,9	123,4	130,4
1970	160,5	117,0	209,8	152,9	130,7	137,2
1971	170,1	117,6	244,7	169,1	143,9	144,7
1972	180,5	117,5	279,5	181,9	154,8	153,7
1973	192,4	116,7	320,4	194,3	166,5	164,9
1974	216,7	115,6	382,7	204,1	176,6	187,5
Accroissement annuel moyen (%)						
1962 - 1974	+ 6,7	+ 1,2	+ 11,8	+ 6,1	+ 4,9	+ 5,4
1965 - 1974	+ 6,8	+ 0,8	+ 13,7	+ 7,3	+ 6,4	+ 6,0
1970 - 1974	+ 7,8	- 0,3	+ 16,2	+ 7,5	+ 7,8	+ 8,1

Source : comptes nationaux de la santé.

*
* *

ANNEXE IV

DONNÉES SUR LES SERVICES DE MÉDECINS

TABLEAU IV.1

Les séances de médecins, la spécialité et les modalités de paiement
(en % de séances observées dans l'enquête pour 23 197 personnes en 85,99 jours)

	Séances intégralement et immédiatement payées	Ticket modérateur S.S. seulement	Paiements différés	Séances gratuites pour le consommateur	TOTAL ⁽¹⁾
Généralistes	82,2	0,4	2,1	15,3	100,0
Pédiatres	87,2	1,1	2,6	9,1	100,0
Pneumo-phtisiologues	74,5	1,4	1,4	22,8	100,1
Cardiologues	82,3	3,8	1,0	12,4	100,0
Gastro-entérologues	83,8	1,8	0,9	13,5	100,0
Rhumatologues	74,9	2,6	10,4	12,1	100,0
Neuro-psychiatres . . .	71,9	0,9	3,2	24,0	100,0
Dermatologues	82,6	2,4	2,0	13,0	100,0
Gynécologues	86,0	1,4	1,2	11,4	100,0
O.R.L.	79,3	1,0	8,3	11,4	100,0
Ophthalmologistes . . .	84,8	2,6	0,7	11,9	100,0
Chirurgiens	42,4	2,1	23,3	32,2	100,0
Urologues	73,7	3,5	1,8	21,1	100,1
Autres et N.D.	67,9	3,5	8,9	19,6	100,0
Ensembles des spécialistes (non radiologues)	77,0	2,1	5,5	15,4	100,0
Examens radiologiques	54,1	3,9	9,9	32,1	100,0
Rayons (radiothérapie)	30,8	—	51,9	16,9	100,0
Ensemble des radiologues	49,2	3,1	18,7	28,9	100,0
Ensemble des médecins	79,2	0,9	3,8	16,1	100,0

(1) Y compris 6 séances dont les modalités de paiement sont inconnues.

TABLEAU IV.2

Lieux et modalités de paiement des séances de médecins

(en %)

	Cabinet			Domicile du malade			Hôpital			Clinique			Dispensaire			Service Médical d'entreprise ou scolaire		
	G	S	R	G	S	R	G	S	R	G	S	R	G	S	R	G	S	R
	Séances intégralement payées par le consommateur .	82,9	86,6	56,5	88,0	90,6	(*)	29,9	47,6	45,3	63,6	47,2	43,3	10,8	23,2	12,2	4,3	5,6
Paiements différés	2,6	3,5	25,4	1,5	1,8	(*)	4,3	12,0	11,3	6,1	22,5	10,3	0,7	0,8	3,7	0,0	0,0	0,0
Le consommateur n'a payé que le ticket modérateur.	0,2	0,3	1,2	0,0	0,0	(*)	8,5	8,9	11,3	6,1	4,6	0,5	6,8	15,2	11,0	1,8	14,8	3,1
Séances gratuites pour le consommateur . .	14,2	9,6	16,7	10,4	7,6	(*)	57,3	31,6	32,1	24,2	25,7	45,8	81,7	60,8	73,2	93,9	79,6	90,6
Total	99,9	100,0	99,8	99,9	100,0		100,0	100,1	100,0	100,0	100,0	99,9	100,0	100,0	100,1	100,0	100,0	100,0

G = séances de généralistes;

S = séances de spécialistes (non radiologues);

R = séances de radiologues;

(*) Non significatif.

TABLEAU IV. 3

Lieu des séances selon la spécialité des médecins

(en %)

Spécialistes	Cabinet	Domicile du malade	Hôpital	Clinique	Dispensaire	Service Médical d'entreprise ou scolaire	Autre lieu et N.D.	TOTAL
Généralistes	52,6	42,8	1,1	0,2	1,9	1,1	0,1	99,8
Pédiatres	65,4	25,7	2,8	0,2	4,8	0,9	0,2	100,0
Pneumo-phtisiologues	77,9	3,4	15,2	0,7	2,1	0,7		100,0
Cardiologues	74,2	6,7	11,5	1,0	5,3	1,0	0,4	100,2
Gastro-entérologues	85,6	2,7	9,9	0,9	0,9	0		100,0
Rhumatologues	85,3	3,9	3,9	2,2	2,6	2,2		100,1
Neuro-psychiatres	75,1	4,1	12,0	0,9	4,6	3,2		99,9
Dermatologues	80,2	2,4	13,0	1,6	1,6	1,2		100,0
Gynécologues	77,6	3,6	6,4	11,0	1,4	0		100,0
O.R.L.	78,1	4,1	5,8	10,4	1,2	0,4		100,0
Ophthalmologistes	88,7	0,3	6,1	1,1	2,9	0,8		99,9
Chirurgiens	26,3	0	26,6	45,4	0,6	1,2		100,1
Urologues	68,4	1,8	21,1	8,8				100,1
Autres et N.D	64,3	3,9	15,1	5,0	6,4	3,9	1,4	100,0
Ensemble des spécialistes (1)	72,9	5,3	10,0	7,3	3,0	1,3	0,0	99,8
Radiologues	52,0	1,0	9,4	18,0	7,3	2,8	9,4	99,9

(1) Non compris les stomatologistes traités avec les dentistes et les radiologues.

TABLEAU IV.4

Moyennes annuelles des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale
(médecins conventionnés; France entière)

Types d'actes Années	C		V		CS		VS		C		V	
	Frs	Indice										
1960	8,41	100,0	10,64	100,0	16,82	100,0	21,27	100,0	25,23	100,0	31,92	100,0
1961	8,41	100,0	11,14	104,7	16,82	100,0	22,27	104,7	25,23	100,0	33,41	104,7
1962	9,16	108,9	12,39	116,4	17,57	104,5	24,02	112,9	25,98	103,0	35,66	111,7
1963	9,74	115,8	13,09	123,0	18,48	109,9	23,18	109,0	27,23	107,9	37,28	116,8
1964	10,41	123,8	14,41	135,4	20,32	120,8	28,33	133,2	30,23	119,8	42,24	132,3
1965	11,32	134,6	15,08	141,7	20,82	123,8	29,64	139,4	31,23	123,8	44,47	139,3
1966	11,41	135,7	16,82	158,1	20,82	123,8	29,64	139,4	31,23	123,8	44,47	139,3
1967	12,04	143,2	17,60	165,4	23,13	137,5	29,64	139,4	33,41	132,4	44,47	139,3
1968	13,25	157,6	18,06	169,7	23,36	138,9	30,15	141,7	34,54	136,9	45,24	141,7
1969	15,18	180,5	20,37	191,4	25,37	150,8	34,07	160,2	36,56	144,9	50,44	158,0
1970	15,86	188,6	21,87	205,5	27,04	160,8	34,74	163,3	38,23	151,5	51,11	160,1
1971	17,18	204,3	24,20	227,4	28,37	168,7	35,57	167,2	41,05	162,7	52,11	163,3
1972	19,76	235,0	25,54	240,0	30,95	184,0	36,74	172,7	45,22	179,2	54,11	169,5
1973	21,18	251,8	30,70	288,5	33,37	198,4	41,95	197,2	48,55	192,4	59,32	185,8
1974	22,52	267,8	33,04	310,5	35,37	210,3	45,23	212,6	51,23	203,1	62,60	196,1
1975	27,87	331,4	36,25	340,7	41,44	246,4	49,44	232,4	61,04	241,9	69,80	218,7

Types d'actes Années	K		R ou Z non majoré		R ou Z Radiologues qualifiés		R ou Z Phtisiologues & rhumatologues		\bar{C}		\bar{V}		\bar{Z}	
	Frs	Indice	Frs	Indice	Frs	Indice	Frs	Indice	Frs	Indice	Frs	Indice	Frs	Indice
1960	3,60	100,0	2,60	100,0	2,60	100,0	2,60	100,0	11,06	100,0	10,95	100,0	2,60	100,0
1961	3,60	100,0	2,60	100,0	2,65	101,9	2,60	100,0	11,06	100,0	11,46	104,7	2,64	101,5
1962	3,60	100,0	2,60	100,0	2,84	109,2	2,60	100,0	11,81	106,8	12,73	116,3	2,78	106,9
1963	3,73	103,6	2,73	105,0	3,03	116,5	2,73	105,0	12,50	113,0	13,39	122,3	2,96	113,8
1964	4,00	111,1	3,00	115,4	3,30	126,9	3,00	115,4	13,54	122,4	14,81	135,3	3,23	124,2
1965	4,08	113,3	3,00	115,4	3,30	126,9	3,00	115,4	14,34	129,7	15,50	141,6	3,23	124,2
1966	4,21	116,9	3,10	119,2	3,40	130,8	3,10	119,2	14,40	130,2	17,19	157,0	3,33	128,1
1967	4,35	120,8	3,18	122,3	3,58	137,7	3,18	122,3	15,52	140,3	17,95	163,9	3,48	133,8
1968	4,49	124,7	3,20	123,1	3,72	143,1	3,40	130,8	16,46	148,8	18,41	168,1	3,60	138,5
1969	4,78	132,8	3,30	123,1	3,98	153,1	3,73	143,5	18,42	166,5	20,77	189,7	3,84	147,7
1970	4,98	138,3	3,35	128,8	4,10	157,7	3,85	148,1	19,39	175,3	22,25	203,2	3,94	151,5
1971	5,20	144,4	3,45	132,7	4,27	164,2	4,02	154,6	20,74	187,5	24,54	224,1	4,10	157,7
1972	5,30	147,2	3,50	134,6	4,50	173,1	4,25	163,5	23,36	211,2	25,87	236,3	4,29	165,0
1973	5,60	155,6	3,57	137,3	4,70	180,8	4,45	171,2	25,09	226,9	31,03	283,4	4,47	171,9
1974	5,87	163,1	3,80	146,2	4,90	188,5	4,65	178,8	26,64	240,9	33,40	305,0	4,67	179,6
1975	6,46	179,4	4,31	165,8	5,34	205,4	5,09	195,8	32,29	292,0	36,64	334,6	5,13	197,3

\bar{C} : consultation pour l'ensemble des médecins;

\bar{V} : visite pour l'ensemble des médecins;

\bar{Z} : actes de radiologie pour l'ensemble des médecins.

TABLEAU IV.5

Médecins conventionnés
(malades ambulatoires, à domicile, ou hospitalisés en clinique privée)
structure du volume (1) de la production 1967-1972

(en %)

Types d'actes Spécialité des médecins	Consultations		Visites		"K"		"Z"		TOTAL pour 1967 et pour 1972
	1967	1972	1967	1972	1967	1972	1967	1972	
Anesthésiologie	1,14	0,78	0,22	0,04	97,93	99,07	0,71	0,11	100,00
Cardiologie	6,30	5,25	2,10	1,01	79,69	83,97	11,91	9,77	100,00
Chirurgie	10,30	14,70	0,26	0,22	86,76	81,77	2,68	3,31	100,00
Dermato-vénérologie	61,09	57,75	0,80	0,81	37,67	41,04	0,44	0,40	100,00
Électro-radiologie	0,32	1,29	0,08	0,08	1,13	2,27	98,47	96,36	100,00
Gastro-entérologie	23,48	22,66	1,12	0,82	9,57	12,06	65,83	64,46	100,00
Médecine interne	57,05	62,75	19,47	10,57	15,62	20,24	7,86	6,44	100,00
Neuro-chirurgie	15,51	16,78	0,93	0,92	77,81	80,98	5,75	1,32	100,00
Ophthalmologie	81,60	78,17	0,56	0,52	17,80	20,94	0,04	0,37	100,00
Oto-rhino-laryngologie	41,13	41,95	1,68	0,84	56,76	56,52	0,43	0,69	100,00
Pédiatrie	61,15	67,01	35,86	29,29	1,86	2,82	1,13	0,88	100,00
Pneumo-phtisiologie	35,36	32,15	2,60	2,59	17,11	25,59	44,93	39,67	100,00
Rhumatologie	52,34	46,63	2,62	1,66	24,41	24,57	20,63	27,14	100,00
Stomatologie	3,81	5,65	0,05	0,02	92,45	89,41	3,69	4,92	100,00
Urologie	30,22	34,66	1,01	1,07	56,07	51,53	12,70	12,74	100,00
Ensemble des spécialités	21,54	20,70	2,11	1,59	41,87	41,83	34,48	35,88	100,00

(1) Le volume représente la production estimée aux prix constants, l'année de référence étant 1967.

Sources : enquête structure des soins médicaux 1967.
Sondage au 1/60. Assurance maladie 1972.

TABLEAU IV.6

Structure des chiffres d'affaires selon les types d'actes 1967-1972-1975

(en %)

Types d'actes Spécialité des médecins	Consultations			Visites			"K"			"R"			Ensemble
	1967	1972	1975	1967	1972	1975	1967	1972	1975	1967	1972	1975	
Médecine générale.	40,80	47,15	48,82	51,72	42,47	41,80	5,06	8,84	7,99	2,42	1,52	1,39	100,00
Anesthésiologie	1,14	0,38	0,91	0,22	0,02	0,02	97,93	99,48	98,96	0,71	0,10	0,11	100,00
Cardiologie	6,30	4,69	6,26	2,10	1,01	1,09	79,69	85,29	83,76	11,91	9,00	8,89	100,00
Chirurgie	10,30	15,20	17,12	0,26	0,22	0,21	86,76	81,59	79,73	2,68	2,97	2,94	100,00
Dermato-vénérologie	61,09	61,43	62,21	0,80	0,70	0,82	37,67	37,46	36,65	0,44	0,33	0,32	100,00
Électro-radiologie	0,32	0,31	1,55	0,08	0,13	0,08	1,13	2,23	2,25	98,47	97,31	96,12	100,00
Gastro-entérologie	23,48	22,58	25,56	1,12	0,84	0,86	9,57	11,34	11,27	65,83	65,21	62,31	100,00
Médecine interne	57,05	64,38	66,73	19,47	10,34	10,25	15,62	19,54	17,85	7,86	5,72	5,17	100,00
Neuro-chirurgie	15,51	23,36	19,70	0,93	1,07	1,01	77,81	74,45	78,13	5,75	1,10	1,16	100,00
Ophtalmologie	81,60	80,98	81,18	0,56	0,47	0,50	17,80	18,25	18,03	0,04	0,28	0,29	100,00
Oto-rhino-laryngologie	41,13	45,44	46,56	1,68	0,84	0,82	56,76	53,11	52,04	0,43	0,58	0,58	100,00
Pédiatrie	61,15	64,82	69,37	35,86	31,46	27,52	1,86	2,89	2,42	1,13	0,82	0,69	100,00
Pneumo-phtisiologie	35,36	32,78	35,25	2,60	2,57	2,60	17,11	23,85	23,26	44,93	40,78	38,89	100,00
Rhumatologie	52,34	48,87	50,26	2,62	1,59	1,64	24,41	22,32	21,96	20,63	27,20	26,14	100,00
Stomatologie	3,81	5,40	6,75	0,05	0,01	0,03	92,45	90,10	88,76	3,69	4,47	4,46	100,00
Urologie	30,22	34,41	39,34	1,01	1,15	1,17	56,07	52,67	48,53	12,70	11,75	10,96	100,00
Ensemble des spécialités	21,54	22,03	28,60*	2,11	1,57	1,53*	41,87	40,56	38,07*	34,48	35,84	31,80*	100,00
Ersemble des médecins	32,21	35,37	38,28*	28,21	20,44	20,81*	24,45	25,51	23,67*	15,13	18,66	17,24*	100,00

Sources : calculs CREDOC à partir des résultats de l'enquête au 1/60 de 1967 et du sondage au 1/60 de 1972.

(1) Les spécialités prises en compte en 1975 concernent celles prises en compte en 1967 et 1972 plus la gynéco-obstétrique, la neuro-psychologie, la neurologie, les autres spécialités et la chirurgie dentaire.

TABLEAU IV.7
Services de médecins conventionnés
(malades ambulatoires, à domicile, ou hospitalisés en clinique privée)
évolution des tarifs (¹) 1960-1975

Spécialités	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969
Médecine générale	100,0	102,0	111,1	117,6	127,5	135,4	143,3	150,3	159,3	180,0
Ophthalmologie	100,0	100,0	103,7	108,7	119,0	121,9	122,6	134,4	136,2	147,5
Pédiatrie	100,0	101,5	107,0	109,4	124,4	128,3	128,5	137,5	139,2	153,0
Médecine interne	100,0	100,5	104,2	108,3	119,9	122,9	123,8	133,5	135,5	146,6
Dermato-vénérologie	100,0	100,0	102,9	107,5	117,5	120,0	121,3	131,2	133,6	144,0
Gynéco-obstétrique	100,0	100,0	102,7	107,4	117,1	119,7	121,2	130,9	133,2	143,5
Neuro-psychologie	100,0	100,0	101,8	106,2	116,2	119,5	121,0	127,5	131,7	139,9
Rhumatologie	100,0	100,0	102,4	107,1	117,3	119,4	121,2	129,6	133,5	144,9
Neurologie	100,0	100,0	100,0	103,6	111,1	113,3	116,9	120,8	124,7	132,8
Anesthésiologie	100,0	100,0	100,0	103,6	111,1	113,3	116,9	120,8	124,7	132,8
Stomatologie	100,0	100,0	100,2	104,0	111,8	113,9	117,4	121,7	125,4	133,3
Cardiologie	100,0	100,0	100,3	104,1	112,2	114,2	117,6	121,9	125,4	133,0
Chirurgie générale	100,0	100,0	100,7	104,6	112,7	115,0	118,0	123,4	126,8	135,3
Neuro-chirurgie	100,0	100,0	101,2	105,1	113,6	116,0	118,8	124,9	128,2	137,2
Oto-rhino-laryngologie	100,0	100,0	102,1	106,5	115,7	118,3	120,2	128,5	131,2	141,1
Urologie	100,0	100,0	101,7	106,0	115,2	117,4	119,8	126,9	129,6	138,1
N.D.	100,0	100,0	101,1	105,5	105,5	114,7	116,5	125,3	127,8	134,6
Autres spécialités	100,0	100,2	102,2	106,3	116,1	118,5	120,6	127,9	130,4	139,3
Electro-radiologie	100,0	101,8	109,0	116,2	126,5	126,6	130,5	137,3	142,6	152,6
Chirurgie dentaire	100,0	100,0	100,8	105,9	116,4	117,0	120,1	125,1	126,0	128,3
Gastro-entérologie	100,0	101,2	107,1	113,4	123,7	124,7	127,7	135,7	140,0	150,3
Pneumo-phtisiologie	100,0	100,1	101,8	106,4	116,6	118,2	120,7	127,3	132,3	143,7
Ensemble des spécialités	100,0					120,1				
Ensemble des médecins	100,0	101,2	107,0	112,6	122,5	126,9	131,9	138,9	144,6	159,1

Spécialités	1970	1971	1972	1973	1974	1975	Taux d'accroissement annuel (%)			
							1960 1965	1965 1970	1970 1975	1960 1975
Médecine générale	190,4	207,7	227,8	257,1	274,8	319,3	6,25	7,06	10,89	8,05
Ophtalmologie	156,6	164,1	177,1	190,4	201,5	233,8	4,04	5,14	8,35	5,83
Pédiatrie	160,7	167,2	189,0	196,3	209,1	239,4	5,11	4,61	8,30	5,99
Médecine interne	154,8	161,7	172,8	186,4	197,6	227,2	4,21	4,72	7,98	5,62
Dermato-vénérologie	152,3	159,5	170,0	182,2	192,4	220,9	3,71	4,88	7,72	5,43
Gynéco-obstétrique	151,7	158,8	169,1	181,1	191,3	219,5				
Neuro-psychologie	145,9	154,8	165,4	176,5	185,9	214,9	3,63	4,07	8,05	5,23
Rhumatologie	152,3	159,4	170,0	181,4	191,2	217,4	3,61	4,99	7,38	5,31
Neurologie	138,3	144,4	147,2	155,6	163,1	179,4				
Anesthésiologie	138,4	144,5	147,3	155,7	163,2	179,6	2,53	4,08	5,35	3,98
Stomatologie	139,1	145,2	148,6	157,1	164,9	182,4	2,64	4,08	5,57	4,09
Cardiologie	138,7	144,7	148,0	156,4	164,3	181,8	2,69	3,96	5,56	4,07
Chirurgie générale	141,5	143,8	152,4	161,6	169,8	189,3	2,83	4,23	5,99	4,35
Neuro-chirurgie	143,7	150,2	155,9	165,8	174,4	195,4	3,01	4,38	6,34	4,57
Oto-rhino-laryngologie	148,6	155,5	164,0	175,2	184,8	210,2	3,42	4,67	7,18	5,08
Urologie	145,2	151,6	158,6	168,6	177,9	201,4	3,26	4,34	6,76	4,78
N.D.	141,3	147,2	152,8	161,2	170,2	192,2				
Autres spécialités	146,4	152,9	160,3	170,9	180,5	204,7				
Électro-radiologie	157,3	163,7	172,5	180,3	188,0	204,9	4,83	4,44	5,43	4,90
Chirurgie dentaire	134,8	139,8	143,8	148,7	158,8	180,8				
Gastro-entérologie	156,2	162,9	172,6	182,0	190,7	211,9	4,51	4,61	6,29	5,13
Pneumo-phtisiologie	150,3	157,1	166,5	177,0	186,2	209,4	3,40	4,92	6,86	5,05
Ensemble des spécialités	149,3					205,1	3,74	4,44	6,56	4,91
Ensemble des médecins	167,1	178,4	191,3	210,0	222,7	254,3	4,88	5,66	8,8	6,4