

questions

d'économie de la santé

**ANNULE ET REMPLACE
LE N° 34 DE DÉCEMBRE 2000**

résultats

Repères

Le paiement à l'acte est un des fondements de la relation médecin-malade du système libéral français. Ainsi, les actes sont catalogués dans une nomenclature qui sert à leur tarification. Depuis 1945, la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) remplit cette fonction.

D'autre part, lors de la mise en place du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) en 1985, le système hospitalier s'est doté d'un Catalogue des Actes Médicaux (CdAM) afin de décrire l'ensemble des actes réalisés lors du séjour d'un patient.

La refonte de la nomenclature entamée depuis 1996 vise à aboutir à une liste unique de libellés et à une nouvelle grille d'honoraires pour le secteur libéral.

Charges professionnelles des médecins libéraux

Etude préparatoire à la refonte de la tarification des actes médicaux

Fabienne Hensgen, Valérie Paris, Bertrand Pierrard, Anne Vergeau

La CNAMTS a entamé depuis 1996 l'élaboration de la Classification Commune des Actes médicaux (CCAM). Cette nouvelle nomenclature doit permettre de classer les actes sur une échelle unique, fondée sur les ressources nécessaires à leur réalisation : le travail du médecin et ses charges professionnelles (voir figure ci-dessous).

Le Pôle Nomenclature de la CNAMTS, qui conduit l'ensemble des travaux techniques préalables à la refonte tarifaire, a consulté des panels d'experts médicaux émanant des sociétés savantes pour l'évaluation du travail médical et la hiérarchisation des actes. Le CREDES a été sollicité en 1999 pour participer à l'évaluation des charges professionnelles.

Cette étude présente des montants de charges par discipline ou groupe de disciplines, évalués à partir des déclarations fiscales des médecins.

CENTRE DE RECHERCHE, D'ÉTUDE ET DE DOCUMENTATION
EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Adresse :
1, rue Paul-Cézanne 75008 Paris
Téléphone : 01 53 93 43 02/17
Télécopie : 01 53 93 43 50
E-mail : document@credes.fr
Web : www.credes.fr

Directrice de la publication :
Dominique Polton

Rédactrice en chef :
Nathalie Meunier

Secrétaire-maquettiste :
Khadija Ben Larbi

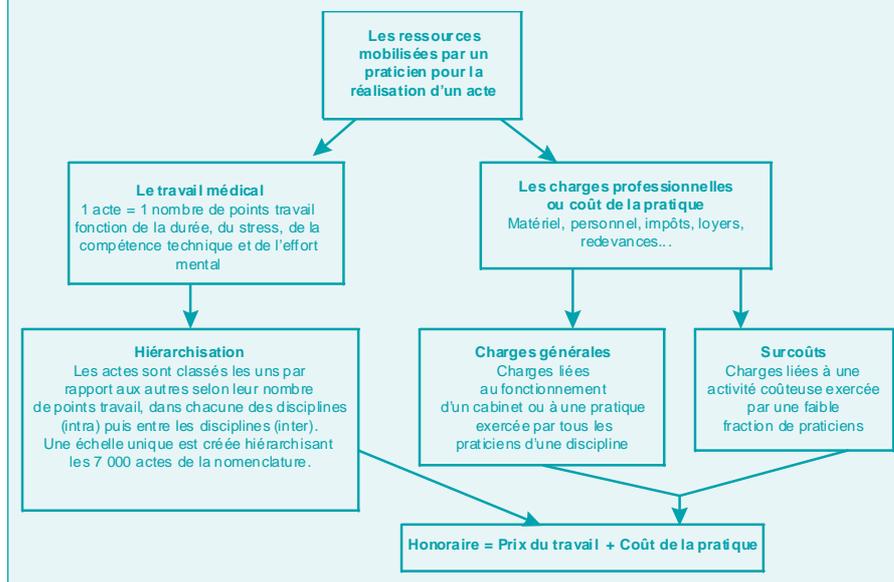
ISSN : 1283-4769

Diffusion par abonnement : 50 euros par an

Prix du numéro : 5 euros

Environ 10 numéros par an

La refonte tarifaire



Principes de l'évaluation du coût de la pratique associé à chaque acte

Un coût décomposé en deux parties

Afin de cerner la réalité des coûts, sans pour autant effectuer un calcul pour chacun des 7 000 actes de la nomenclature, la CNAMTS a opté pour une méthodologie qui consiste à considérer le coût associé à l'exécution d'un acte comme la somme de deux composantes : les charges générales et, éventuellement, les surcoûts.

Les charges générales, réputées communes à tous les praticiens d'une même discipline, concernent le fonctionnement général du cabinet (personnel, loyers, charges sociales, matériel...). Elles sont estimées par discipline ou groupe de disciplines, puis seront réparties sur les actes effectués par cette discipline, au prorata du nombre de points travail affecté à chaque acte lors de l'étape de hiérarchisation (Cf. figure page 1).

Les surcoûts sont définis comme les charges associées à une activité particulièrement coûteuse, pratiquée seulement par une partie des praticiens d'une discipline (par exemple, les actes au laser réalisés par les dermatologues). Ces coûts font l'objet d'une évaluation spécifique, conduite pour chaque équipement médical relevant de cette catégorie.

Cette étude a pour objet de fournir des estimations des charges professionnelles d'un certain nombre de spécialités médicales. Les évaluations fournies concernent l'ensemble des charges professionnelles pesant sur chaque discipline, qui seront ultérieurement décomposées en charges générales et surcoûts.

Les coûts observés plutôt que les coûts normés

Deux options ont été envisagées pour l'évaluation des charges générales. La

Source : les données fournies par la Direction Générale des Impôts

Les médecins libéraux effectuent leurs déclarations fiscales de Bénéfices non commerciaux (BNC) sur des imprimés (n° 2035) qui identifient les postes de recettes et de charges professionnelles. Pour cette étude, la Direction Générale des Impôts a mis à notre disposition les montants, agrégés par spécialité, de chacun des postes suivants :

Les recettes :

- Recettes encaissées ;
- Recettes nettes : recettes encaissées auxquelles on ôte les débours et les honoraires rétrocedés ;
- Recettes totales : recettes nettes auxquelles on ajoute des gains divers et des produits financiers.

Les charges (regroupées ici pour une meilleure présentation) :

- Frais de personnel : salaires nets et avantages en nature, charges sociales sur salaires ;
- Charges sociales personnelles : cotisations sociales personnelles obligatoires et facultatives ;
- Impôts : taxe sur la valeur ajoutée, taxe professionnelle, autres impôts ;
- Dépenses générales : achats, travaux - fournitures - services extérieurs, transports et déplacements, frais de réception - représentation et congrès, frais divers de gestion, frais financiers, pertes diverses ;
- Loyers : loyer et charges locatives, location de matériel et de mobilier ;
- Installation de cabinet et de matériel : frais d'établissement, dotations aux amortissements, provision pour dépréciation des immobilisations non amortissables ;
- Soldes : moins- et plus-values à court terme, divers à déduire et à réintégrer, déficit et bénéfice de SCM.

première option, normative, consiste à décrire l'activité selon la " règle de l'art ", puis à construire des comptes d'exploitation types par discipline. Or, la définition de l'environnement médico-technique selon la règle de l'art est un processus long et coûteux, qui suppose l'obtention d'un consensus de nombreux acteurs.

La deuxième option, finalement retenue, consiste à prendre en compte les charges observées. Outre les avantages d'une plus grande faisabilité, cette méthode garantit un traitement équitable pour toutes les spécialités que n'aurait peut-être pas permis l'option normative, plus propice aux surenchères.

Les déclarations fiscales des médecins se sont imposées comme la source la plus fiable, la plus complète et la plus pertinente pour observer les charges professionnelles. Elles constituent donc la base de l'ensemble de nos évaluations.

Un coût évalué pour une pratique en secteur 1

L'objectif de la refonte consiste à dé-

terminer les tarifs de responsabilité des actes ; c'est-à-dire les tarifs auxquels seront appliqués les taux de remboursement des différents régimes d'assurance maladie. Alors que ces tarifs peuvent être dépassés par les médecins exerçant en secteur 2 et ceux qui bénéficient d'un droit permanent au dépassement d'honoraires, ils doivent obligatoirement être respectés par les médecins conventionnés en secteur 1. Si l'on suppose que *les montants de charges professionnelles* diffèrent selon le secteur conventionnel, il est donc légitime d'évaluer les charges correspondant à un exercice en secteur 1.

Méthodes d'estimation

Nos estimations se basent essentiellement sur deux sources de données. Il s'agit, d'une part, des déclarations fiscales de Bénéfices Non Commerciaux (BNC 2035) de la Direction Générale des Impôts (DGI) et, d'autre part, des statistiques du Système National Inter-

Régimes (SNIR), dont nous avons extrait les effectifs et les honoraires des praticiens libéraux pour chacune des disciplines étudiées.

Les limites de l'information fournie par les déclarations fiscales

Malgré la grande richesse de leurs informations, les déclarations fiscales ne permettent pas de calculer directement les montants de charges pour chacune des disciplines médicales et chirurgicales. Deux types de problèmes se posent en effet :

- 1- les nomenclatures de spécialités utilisées par les différentes sources de données ne coïncident pas ;
 - 2- les données issues des déclarations BNC 2035 ne couvrent pas exactement le champ des charges que nous cherchons à appréhender.
- Pour pallier les différences entre les nomenclatures de spécialités utilisées, nous avons regroupé certaines disciplines, dont les types de pratiques et les structures de charges sont proches. Ces regroupements ont été retenus comme

Méthode

Les montants de charges professionnelles par discipline ont été calculés de la façon suivante :

$$M_d = t_d \times \sum_{j, \forall j \in d} HSD_j + \sum_{j, \forall j \in d} CSP_j$$

où :

- d représente une discipline donnée ;
- j représente un praticien ;
- M_d est le montant de charges affecté à la discipline d
- t_d est le taux de charges de la discipline d hors cotisations sociales personnelles, calculé sur les données de la DGI selon les deux hypothèses décrites plus bas ;
- HSD_j est le montant d'honoraires sans dépassements du praticien j ;
- CSP_j est le montant de cotisations sociales personnelles du praticien j. Ce montant a été évalué en affectant aux revenus de chaque praticien présent dans le SNIR, les taux de cotisations sociales obligatoires applicables aux médecins exerçant en secteur 1.

opportuns lorsqu'ils permettaient d'obtenir une bonne adéquation entre les systèmes d'informations du SNIR et de la DGI en matière de recettes et de nombre de praticiens. Par exemple, la chirurgie générale, l'orthopédie, la neurochirurgie et l'urologie ont été regroupées, ainsi que la gynécologie médicale et l'obstétrique. En revanche, certaines

disciplines ont été écartées du champ de cette étude et feront l'objet d'une évaluation particulière qui sera menée par la CNAMTS : la neurologie, la néphrologie, l'endocrinologie et la rééducation et réadaptation fonctionnelle.

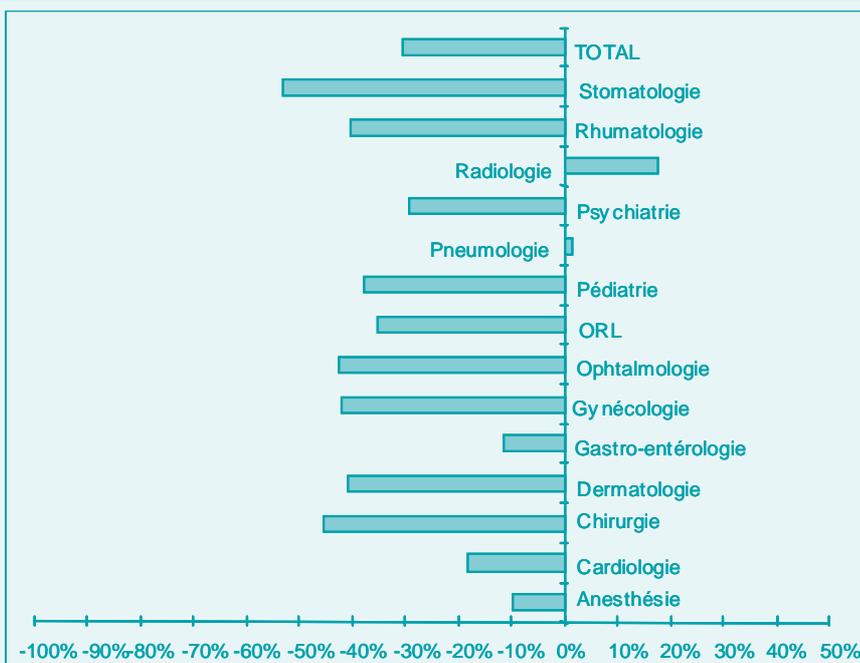
Les charges calculées directement à partir des données de la DGI présentent également deux inconvénients relatifs au champ couvert. Premièrement, certaines dépenses professionnelles manquent, en particulier les charges personnelles déclarées par les associés de sociétés civiles professionnelles dans d'autres imprimés fiscaux. Deuxièmement, les charges relatives à l'exercice en secteur 1 ne sont pas isolables. Deux solutions nous ont permis de contourner ces difficultés :

1- les cotisations personnelles, poste le plus touché par ces limites, ont pu être réévaluées ;

2- les taux de charges -hors cotisations- calculés à partir des données de la DGI ont été appliqués aux seuls honoraires sans dépassements. Cette option méthodologique est fondée sur l'hypothèse, vérifiée sur quelques spécialités¹, que le taux de charges professionnelles est sensiblement le même dans les deux secteurs conventionnels.

3

Effets de la réévaluation des cotisations sociales personnelles (en % par rapport aux montants des cotisations déclarés dans les imprimés BNC 2035 de la DGI)



Les cotisations sociales personnelles ont été réévaluées pour :

- ne prendre en compte que les charges relatives à un exercice en secteur 1 ;
- tenir compte de celles déclarées dans d'autres imprimés fiscaux par les membres de groupements.

Source : CREDES

¹ Centre d'étude des revenus et des coûts (CERC), «Le revenu des médecins libéraux et ses déterminants», Documentation Française (1994).

Montants totaux de charges professionnelles à répartir sur l'ensemble des actes de chaque discipline (en millions de francs)

| Disciplines | Montants de charges « Hypothèse A » | Montants de charges « Hypothèse B » |
|--------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Anesthésie | 1 060 | 1 137 |
| Cardiologie | 1 802 | 1 791 |
| Chirurgie | 1 958 | 2 039 |
| Dermatologie | 910 | 893 |
| Gastro-entérologie | 858 | 857 |
| Gynécologie | 1 747 | 1 758 |
| Ophthalmologie | 1 803 | 1 781 |
| ORL | 811 | 811 |
| Pédiatrie | 697 | 687 |
| Pneumologie | 406 | 398 |
| Psychiatrie | 1 392 | 1 385 |
| Radiologie* | 7 506 | 7 343 |
| Rhumatologie | 595 | 587 |
| Stomatologie | 480 | 481 |
| TOTAL | 22 026 | 21 949 |

*Radiologie, médecine nucléaire et radiothérapie
Source : CREDES - Données : CNAMTS, DGI, 1998

L'évaluation de deux taux de charges

Notre analyse nous a conduits à proposer deux séries de taux de charges. En effet, si la plupart des postes de la déclaration 2035 (Cf. encadré source) sont pris en compte sans hésitation dans l'évaluation des charges professionnelles, certains postes suscitent des interrogations. C'est le cas des plus-ou moins-values, des postes divers à déduire et à réintégrer, déficit et bénéfice de SCM. Nous avons donc calculé deux taux de charges différents selon que ces postes sont pris en compte (hypothèse A) ou non (hypothèse B).

Les négociations entre l'assurance maladie et les professionnels auront donc pour objet, entre autres, de déterminer laquelle de ces deux hypothèses il convient de retenir.

Les résultats

La simulation d'une pratique en secteur 1 pour l'ensemble des praticiens diminue les montants de charges déclarées.

Les cotisations personnelles que nous avons réévaluées diffèrent des montants

déclarées à la DGI. Les écarts reflètent 2 phénomènes :

- un effet positif lié à la prise en compte des cotisations des praticiens exerçant dans certains types de groupements, absentes des données DGI que nous avons traitées ;
- un effet négatif lié en grande partie au calcul des cotisations pour un exercice en secteur 1, mais également et à moindre titre à la non prise en compte des cotisations sociales personnelles facultatives.

Globalement, l'effet négatif l'emporte sur l'effet positif puisque nos calculs diminuent de 30,1 % (Cf. graphique) les montants de cotisations sociales personnelles déclarés. Seuls les radiologues et les pneumologues voient le montant de leurs cotisations sociales personnelles augmenter, montrant ainsi un effet de groupement supérieur. Toutefois notons parmi les autres disciplines l'exemple de l'anesthésie pour laquelle la diminution est moindre en raison de sa forte proportion à exercer en secteur 1.

Les résultats sont peu sensibles aux deux hypothèses de calcul

Les montants de charges ne peuvent évidemment pas être comparés d'une

discipline à l'autre (Cf. tableau ci-contre) puisqu'ils dépendent mécaniquement du nombre de praticiens de chaque discipline et du volume global d'activité de la discipline.

Ces montants s'avèrent en fait peu sensibles aux hypothèses de calculs que nous avons formulées. En moyenne, l'écart observé est de - 0,3 %². Toutefois, en valeur absolue, l'écart atteint des sommes importantes pour la radiologie (164 millions de francs) et la chirurgie (80 millions).

* * *

L'évaluation des montants de charges totales présentée dans cette étude ne constitue qu'une étape préliminaire au calcul du coût de la pratique qui sera *in fine* affecté à chaque acte de la nouvelle nomenclature. En effet, ce n'est qu'à l'issue de l'estimation des surcoûts, qu'il sera possible de calculer les charges générales à répartir sur l'ensemble des actes d'une spécialité et d'en déduire un coût total par acte. D'autre part, la mise en place de la nomenclature étant prévue pour 2003, les évaluations présentées ici et réalisées à partir de données de 1998, devront naturellement être actualisées dans la mesure du possible.

²Taux = (Montant "Hypothèse B" - Montant "Hypothèse A") / (Montant "Hypothèse A")

Pour en savoir plus :

Charges professionnelles des médecins libéraux, F. Hensgen, V. Paris, B. Pierrard, A. Vergeau. Biblio n°1321, CREDES, décembre 2000, 116 pages. Prix : 170 francs.

Impact d'une prise en compte de la variabilité des taux de charges dans l'évaluation des montants totaux de charges par discipline, B. Pierrard. CREDES, mars 2002, (document téléchargeable sur le site du CREDES).

Voir aussi :

L'évolution du revenu libéral des médecins en 1998, Sophie Audric, Eve Roumiguières, DREES, Etudes et résultats n° 89, novembre 2000.

Méthodologie pour l'évaluation des charges professionnelles des médecins en vue de la tarification des actes techniques, CNAMTS-CREDES, juin 2000.