ACCES AUX SOINS CHIRURGICAUX

ET DÉPASSEMENTS DE TARIF

Introduction

Le syndicat le BLOC crédité de la confiance de 57% des anesthésistes, chirurgiens, et gynécologues-obstétriciens libéraux aux élections du 2ème Collège des URPS, souhaite disposer des données médico économiques objectives et actualisées sur l'accès aux soins et les compléments d'honoraires pour les 3 spécialités.

Il a donc diligenté une étude sur l'offre de soins chirurgicaux en se focalisant sur 48 interventions les plus connues de la population. Éclatées en 258 codes de la CCAM, parmi les plus fréquents de cette nomenclature actuellement en vigueur, ces 48 interventions ont été aussi sélectionnées en tant qu'actes marqueurs pour distinguer les différentes spécialités chirurgicales en fonction de la réalité de l'exercice.

Un premier objectif est bien de disposer des données de la démographie médicale qui assure ces 48 interventions afin d'appréhender l'impact de celle-ci sur l'accès aux soins chirurgicaux.

Un deuxième objectif, consiste à évaluer la pratique des compléments d'honoraires dans ces 48 interventions. Comme elles sont exclusivement réalisées dans des établissements publics ou privés, leur prix est celui de l'hospitalisation. Les honoraires et les dépassements doivent être analysés comme composants de ce prix d'hospitalisation.

Le troisième objectif est d'apprécier l'équité de la CCAM. En effet si la CCAM était équitable, elle pourrait « délégitimer » les dépassements en tant que correctif tarifaire. Pour cela l'étude analyse les performances de la prise en compte des « charges professionnelles » dans cette tarification et clarifie l'impact des différents appendices de la CCAM (suppléments et modificateurs) par rapport au principe d'équité.

Au cours de ces différentes étapes les perspectives ouvertes par les rapports de l'IGF et de l'IGAS de 2012 sur les tarifs ont été explorées chaque fois que les données l'ont permis.

Introduction 1

1 Matériels et méthodes 7

1.1 Les données utilisées proviennent de quatre bases médico-économiques soumises à autorisation 7

1.1.1 La base du PMSI fournit les informations sur le nombre des hospita-lisations et des actes réalisés durant les séjours 7

1.1.1.1 La partie médicale du Résumé Unité Médicale 8

1.1.1.2 La partie administrative du Résumé Unité Médicale 8

1.1.1.3 Du Résumé Unité Médicale au Résumé Standard Anonymisé 8

1.1.2 Les Bases du SNIIRAM fournissent les informations sur les prestations financées par la Sécurité sociale, sur ses bénéficiaires praticiens et patients dans le cadre de l'exercice libéral. 9

1.1.3 La base de la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF) fournit les honoraires et les bénéfices non commerciaux des médecins ayant un exercice libéral 10

1.1.4 Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a extrait pour notre étude des données démographiques couvrant les statuts public et privé 10

1.2 La Méthode 11

1.2.1 **48 interventions** résument l'essentiel de l'offre de soin chirurgical 11

1.2.2 La démographie des praticiens offreurs de soins chirurgicaux et obstétricaux est étudiée par le traitement des données du Conseil National de l'Ordre des Médecins et des données du SNIIRAM 12

1.2.2.1 La première étape consiste à regrouper certaines spécialités chirurgicales et obstétricales proches 12

1.2.2.2 La deuxième étape consiste à sélectionner le panel des opérateurs libéraux effectifs 13

1.2.2.3 La troisième étape consiste à redresser la spécialité chirurgicale quand elle diffère de la pratique chirurgicale effective 13

1.2.3 Le coût des 48 interventions retenues correspond au prix de séjour à l'Hôpital et au prix de séjour augmenté des honoraires en Clinique 13

1.2.3.1 Les tarifs des hospitalisations pour les 48 interventions sont calculés à partir du PMSI et du SNIIRAM 14

1.2.3.2 Nous comparons les taux de dépassements selon que le patient est traité en secteur libéral dans son département de domiciliation ou dans un autre département. 16

1.2.4 Nous comparons les coûts de la pratique de la CCAM et les charges professionnelles réelles des spécialistes....16

1.2.4.1 Les données de la CARMF et du SNIIRAM permettent de calculer les charges professionnelles et de le rapporter aux actes....17

1.2.4.2 Le Périmètre de l'étude correspond à une cohorte de 31156 praticiens spécialistes issue des 47971 spécialistes affiliés....17

1.2.4.3 L'Étude teste la pertinence de distinguer un coût de la pratique des actes de la CCAM, et des consultations, en recherchant une corrélation entre taux de charges et taux d'actes CCAM dans les honoraires....19

1.2.4.4 Nous comparons les charges réelles constatées et le montant du coût de la pratique dans la tarification cible des actes de la CCAM....20

1.2.4.5 Le calcul du coût de la pratique à partir des actes réalisés par chacun des spécialistes du panel est limité par les imperfections des tables de la CCAM 21

1.2.4.6 Nous pouvons alors comparer les taux réel de charges et le coût de la pratique dans les valeurs cibles pour les spécialités dont l'indice de confiance est suffisant....22

1.2.4.7 Enfin on s'attache à corriger autant que nécessaire les coefficients Cg et à calculer l'impact des Cg corrigés sur les tarifs cibles....23

1.2.5 Nous étudions l'impact des suppléments YYYY et des modificateurs sur l'équité des tarifs....24

Les actes suppléments....24

Les modificateurs....24

2 Résultats....24

2.1 La Démographie des praticiens assurant les soins chirurgicaux et obstétricaux révèle une perspective de régression progressive de l'accès aux soins pour la plupart des spécialités étudiées.....24

2.1.1 L'effectif global des anesthésistes-réanimateurs chirurgiens obstétri-ciens diminue globalement....26

2.1.2 La démographique des anesthésistes-réanimateurs annonce une aggravation de la pénurie qui retentira sur l'accès aux soins chirurgicaux dans leur ensemble....27

2.1.3 La démographique des gynécologues obstétriciens montre la disparition du secteur libéral secteur I le maintien du secteur II et la croissance du secteur hospitalier....28

2.1.4 La démographique des chirurgiens se dessine sur le même modèle28

2.1.5 La démographique des Chirurgiens viscéraux et digestifs indique le risque la disparition des effectifs privés au profit du

secteur hospitalier. Le taux de secteur privé hospitalier est important 29

2.1.6 La démographique des ophtalmologistes annonce l'aggravation des difficultés de l'accès aux soins 29

2.1.7 La démographique des orthopédistes montre un renouvellement relativement suffisant....30

2.1.8 La démographique des urologues est la seule en expansion dans les 2 statuts....31

2.2 Le coût des séjours -compléments d'honoraires compris-, donne un rapport moyen privé/public de 92% 32

2.2.1 L'agrégation nationale par interventions montre des coûts de séjour inferieurs en établissements privés pour 33 interventions sur les 48 32

2.2.2 L'agrégation des 48 interventions par spécialité montre que 10 sur les 12 évaluables ont un coût moyen inferieur en secteur privé 33

2.2.3 L'agrégation par région montre que l'écart entre privé et public décroît dans les régions économiquement les plus développées. Il n'y a qu'en Ile de France que le secteur privé est plus cher que le secteur public 34

2.2.4 L'agrégation selon le niveau de gravité des GHS montre que le rapport des coûts de séjours entre hospitalisation privée et publique diminue lorsque la gravité chirurgicale et obstétricale augmente. Le taux de dépassement se réduit même de manière drastique....35

2.2.5 Les compléments d'honoraires sont plus élevés en secteur libéral si les patients choisissent d'être opérés en secteur privé en dehors de leur département de domiciliation 35

2.2.6 Le coût de la pratique 36

2.2.6.1 Les charges déterminent des taux moyens caractéristiques des spécialités malgré de fortes dispersions au sein de chacune 37

2.2.6.2 Les taux de charges des secteurs II dépassent de 1 à 3% le taux de charges des secteurs I 38

2.2.6.3 Le taux de charges des médecins libéraux est plus élevé de 0 à 3% si le département est siège d'un CHU sauf pour l'électro-radiologie et l'anapat.39

2.2.6.4 Le taux de charges par tranches d'honoraires pour chaque spécialité révèle une certaine économie d'échelle sans expliquer la dispersion dans chaque spécialité 39

2.2.6.5 Le taux de charges varie de 2% maximum entre les régions et n'explique pas les dispersions au sein des spécialités 41

2.2.6.6 Le taux de charges selon le pourcentage d'actes techniques par spécialité ne révèle pas la nécessité d'isoler les charges des actes techniques de la CCAM des charges de consultation 41

2.2.6.7 La répartition des activités correspondant à chaque coefficient CG permet de calculer un coût de la pratique à partir des charges réelles par spécialité 43

2.2.6.8 Le taux de charges moyen réel est très diffèrent du taux de charges en tarif cible 44

2.2.7 Les actes en suppléments codés « YYYY--- » de la CCAM dit transitoire car « dérogatoires aux bonnes règles » sont pour ¾ réservés à 3 spécialités médicales : radiothérapeutes, radiologues, cardiologues 48

2.2.8 Les modificateurs n'ont de justification médicale que dans 12% des cas et constituent dans 88% des cas une majoration dérogatoire essentiellement au profit des radiologues et radiothérapeutes 49

Conclusion 50

Références 50

Groupe de travail

Pour réaliser cette étude, un groupe de travail de sept personnes professionnelles et universitaires a été constitué, il est composé comme suit :

Jean MARTY, Président du SYNGOF, coprésident du BLOC, Gynécologue- Obstétricien à la clinique Claude Bernard - Albi

Philippe CUQ, Président de l'UCDF, coprésident du BLOC, Chirurgien Vasculaire à la clinique Saint Jean Languedoc - Toulouse

Rémi PELLET, Professeur des universités, Professeur de droit à l'Université Paris-Descartes et Sciences Po - Paris.

Jean-Marc MACE, Professeur des universités, Professeur d'aménagement sanitaire et médico-social du territoire, géographe de la santé au CNAM - Paris.

Michèle BRAMI, Docteur en Médecine, ancien praticien de l'ATIH - Paris

Cécile BLEIN, Économiste consultant senior Société HEVA - Lyon

Cécile FUMAT, Statisticienne et actuaire - Dublin

Nous remercions tous ceux qui nous ont permis d'accéder aux sources et nous ont apporté leur expertise ponctuellement.

Le **Dr Gérard MAUDRUX**, Président de la CARMF

Le **Dr Patrick BOUET**, Président et le Dr Robert Nicomède du CNOM

Le **Pr Jacques BICHOT**, Professeur honoraire d'Économie - Lyon

Le **Dr Jérôme VERT**, Président de l'AAL, coprésident du BLOC - Dijon

Les responsables de l'ARAPL :

Mme Cécile PREVOST-BOURÉ de l'IDS - Paris

Melle Anaïs ZIMMERLIN – Albi

Les élus des URPS médicaux qui nous ont apporté concours et ressources.

1 Matériels et méthodes

1.1 Les données utilisées proviennent de quatre bases médico-économiques soumises à autorisation

Les données utilisées, dans le respect de la déontologie, proviennent de 4 sources officielles. La base de données du PMSI est une des sources exploitées pour l'analyse de l'activité liée aux hospitalisations. La base de données du SNIIRAM est utilisée pour ce qui concerne l'activité libérale des praticiens de blocs. La base anonymisée de la CARMF est interrogée pour ce qui concerne les honoraires et le BNC des médecins affiliés afin de rapprocher les charges professionnelles et les activités professionnelles. Enfin, le Conseil National de l'Ordre des Médecins a fourni au Bloc la liste anonymisée et actualisée des praticiens en fonction des spécialités exerçant dans les blocs opératoires.

1.1.1 La base du PMSI fournit les informations sur le nombre des hospitalisations et des actes réalisés durant les séjours

Le programme de médicalisation des systèmes d'information a été mis en place en France de manière quasi exhaustive par les ordonnances Juppé du 24 avril 1996 avec pour objectif de comparer les établissements de santé. Cette base de données PMSI peut être indexée à la table de la tarification à l'activité (T2A). Dès 2005, les établissements de santé privés ont appliqué à 100% cette T2A, le secteur public en 2008. Le PMSI est aujourd'hui, l'élément primordial de recueil de l'activité et de la source du financement des établissements de santé de court séjour.

Dans la pratique, le PMSI-MCO recueille pour chaque séjour des informations sur les caractéristiques des patients (sexe, âge, lieu de résidence), les diagnostics et les actes réalisés pendant le séjour. Lors de la sortie d'un patient d'un établissement de court séjour (MCO), un compte rendu de son hospitalisation est produit. Les informations fournies dans ce dernier déterminent le classement de chaque séjour hospitalier dans un groupe homogène de malades (GHM). Ce classement présente une double homogénéité en termes de caractéristiques médicales et de durée de séjour. Chaque unité médicale produit un RUM (Résume Unité Médicale) par patient.

Deux parties composent le RUM, une partie médicale et une partie administrative.

1.1.1.1 *La partie médicale du Résumé Unité Médicale*

Cette partie renseigne les informations médicales de la prise en charge avec la liste des diagnostics codés en CIM10 (Classification Internationale des Maladies 10ème version), d'une part, et des actes médicaux codés en CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux), d'autre part.

Les diagnostics sont hiérarchisés selon un diagnostic principal (DP), des diagnostics associés (DA), et des diagnostics reliés (DR). Le diagnostic principal justifie le motif de recours à l'hospitalisation, et les diagnostics associés complètent les informations relatives au diagnostic principal en désignant les pathologies concomitantes qui ont alourdi la prise en charge. Précisons ici, que les diagnostics associés jouent un rôle essentiel dans le GHM puisqu'ils attribuent le niveau des sévérités. Enfin, les diagnostics reliés éclairent la prise en charge du diagnostic principal en désignant les maladies chroniques ou de longue durée.

1.1.1.2 *La partie administrative du Résumé Unité Médicale*

Les données administratives des patients issues du bureau des entrées et des sorties d'un établissement de santé viennent compléter les informations du RUM. Ces informations concernent l'identité du patient, son âge (à partir de sa date de naissance), son type d'admission avec les dates d'entrée et de sortie, ses modalités d'entrée (depuis le domicile, par les urgences, EPHAD, etc.), et de sortie (retour domicile, décès, etc.). Les informations relatives au mouvement du séjour permettent de calculer la durée du séjour (DMS).

1.1.1.3 *Du Résumé Unité Médicale au Résumé Standard Anonymisé*

À la sortie du patient, le RUM devient un RSS (Résumé Standardisé de Sortie). Le RSS est classé dans un groupe homogène de malades (GHM). Tout RSS est obligatoirement classé dans un seul GHM. L'homogénéité, ou du moins, la cohérence d'un GHM, est médicale et économique. Médicale, car la classification est fondée sur des critères médicaux, c'est-à-dire, en fonction de l'appareil fonctionnel, en fonction du motif d'hospitalisation. Le GHM est alors classé dans une « catégorie majeure de diagnostic » (CMD). Économique, car les séjours sont également classés dans un même groupe en fonction des consommations voisines de ressources.

Au final, le RSS est anonymisé pour produire les RSA (Résumé Standard Anonymisé). Cette étape est impérative, en conformité avec les règles de confidentialité imposées par la CNIL.

Tous les RSA produits par les établissements sont télétransmis sur une plateforme e-PMSI afin de permettre leur facturation auprès de l'Assurance maladie. La base PMSI est alors consolidée au niveau national par l'ATIH (Agence Technique de l'Information Hospitalière). Cette base est dite exhaustive dans la mesure où elle recense l'ensemble des hospitalisations

nationales réalisées dans les établissements de santé (public, privé, ESPIC, hôpital santé des armées).

La qualité de recueil et de codage de l'information médicale a gagné en pertinence avec la montée en charge du système de tarification à l'activité (2008).

1.1.2 Les Bases du SNIIRAM fournissent les informations sur les prestations financées par la Sécurité sociale, sur ses bénéficiaires praticiens et patients dans le cadre de l'exercice libéral.

Inscrite dans la loi de financement du 23 décembre 1998, la création d'un « système national d'information inter régimes de l'Assurance maladie » SNIIRAM, prend effet avec la parution du 1er arrêté ministériel du 11 avril 2002, validant la 1ère version du protocole inter-régimes d'assurance maladie obligatoire. La base du SNIIRAM provient de 1,2 milliards de feuilles de soins par année, générant près de 20 milliards de prestations. Cette base SNIIRAM est consolidée sur 30 mois. Les informations concernent les aspects à la fois administratifs et consuméristes des patients. Les informations administratives des patients sont relativement classiques et recensent notamment l'âge, le sexe, la notion de couverture de l'assurance maladie, de CMU-C, de diagnostic de l'ALD, la date de décès, le lieu de résidence du patient, et du praticien au niveau du département et de la région. Les informations liées à la consommation de soins en ville concernent toutes les prestations remboursées via le codage détaillé comme les actes médicaux, de biologie, etc.

La base de données nationale du SNIIRAM est anonymisée par la fonction « FOIN » qui permet son chaînage avec les données issues du PMSI depuis 2007. Cette base du SNIIRAM est scindée en plusieurs « Datamart » appelés aussi «Univers » qui séparent les données. Ce fractionnement permet des autorisations réglementées et différenciées d'accès selon des profils affectés à des organismes institutionnels, représentatifs et de recherche en nombre croissant. En tant que membre de l'UNPS, « Le Bloc » a pu bénéficier de l'autorisation d'accès pour la réalisation de requêtes du SNIIRAM avec une granulation géographique limitée dans les 3 univers : 1- au niveau des départements des praticiens pour les requêtes réalisées dans l'univers « DAMIR » (suivi des dépenses scindées en prestations), 2- au niveau des départements des praticiens et des patients pour l'univers « CCAM » (suivi des prestations avec éclatement des actes techniques des praticiens selon la nomenclature de la CCAM) et 3- de l'identité des établissements de soins pour l'univers « SNIR-EP » (données sur les prestations individuelles des établissements privés en lien avec la T2A).

1.1.3 La base de la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF) fournit les honoraires et les bénéfices non commerciaux des médecins ayant un exercice libéral

La Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF) a pour but d'assurer la gestion de l'allocation vieillesse et des prestations complémentaires. Toutes les personnes ayant une **activité médicale non salariée** sont obligatoirement affiliées à la CARMF. À ce titre, elles sont soumises aux dispositions de la loi du 17 janvier 1948 : Les affiliés ont l'obligation de lui adresser leur déclaration des BNC 2035. La CARMF saisit ces déclarations fiscales avec forcément un retard de 2 ans.

La CARMF a gracieusement fourni les données anonymisées de sa dernière base complète 2011 pour notre étude. L'extraction fournie comporte, non seulement, les honoraires des praticiens et les bénéfices non commerciaux (BNC) utiles à la connaissance des charges, mais aussi les dividendes et les gérances que l'on ne sait pas intégrer du fait des possibilités de modifier le capital durant un exercice. Pour rapprocher les charges professionnelles et les activités professionnelles, nous avons procédé à un appariement entre la base CARMF et celle SNIIRAM à partir de certains paramètres (secteur d'activité, spécialité, nature d'exercice, le genre, le département) **tout en maintenant l'anonymat**.

Rappelons ici que :

BNC = (honoraires) – (charges)

et que la valeur du **taux de charge** (TxCh) est le rapport de la charge sur les honoraires tel que :

$$TxCh = \frac{Charges}{honoraires} = 1 - \frac{BNC}{honoraires}$$

1.1.4 Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a extrait pour notre étude des données démographiques couvrant les statuts public et privé

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a fourni pour cette étude une liste actualisée et anonymisée de 56 000 praticiens. Cette base du CNOM concerne les médecins en exercice en 2013 de 18 spécialités utilisant les blocs opératoires (chirurgie, gynécologie-obstétrique et d'anesthésie-réanimation). Pour chaque praticien sont renseignées les variables concernant l'âge, la spécialité, la nature de l'exercice (hospitalier, mixte, libéral) ainsi

que l'origine du diplôme (Français, Européen, extra Européen). Nous avons procédé à un regroupement de spécialités dans cette base CNOM identique à celui de la base du SNIIRAM. En fonction du mode de respect de la confidentialité que s'impose le CNOM nous n'avons pas disposé de certains paramètres sexe ou secteur conventionnel qui auraient permis des appariements.

1.2 La Méthode

1.2.1 48 interventions résument l'essentiel de l'offre de soin chirurgical

Nous avons sélectionné avec les syndicats et les sociétés savantes **48 interventions** qui résument l'essentiel de l'offre de soin chirurgical aux yeux de la population. Ce sont les actes chirurgicaux et obstétricaux les plus fréquents et c'est bien à eux que pense la population lorsqu'elle évoque l'accès aux soins chirurgicaux. Mais ce sont aussi les actes dont la réalisation distingue les spécialités chirurgicales qui aujourd'hui ont de moins en moins d'actes partagés ce qui implique qu'un accès à la totalité des soins chirurgicaux demande l'accès à chacune de ces spécialités.

Spécialités regroupées	Actes marqueurs communs
CHIRURGIE GENERALE VISCERALE ET DISGESTIVE	Appendicectomie
CHIRURGIE GENERALE VISCERALE ET DISGESTIVE	Côlon gauche
CHIRURGIE GENERALE VISCERALE ET DISGESTIVE	Hernie inguinale
CHIRURGIE GENERALE VISCERALE ET DISGESTIVE	Vésicule
CHIRURGIE INFANTILE	Ectopie testiculaire
CHIRURGIE INFANTILE	Fracture 1/4 inférieur de l'avant-bras
CHIRURGIE INFANTILE	Pathologie du canal péritonéo vaginal hernie et hydrocèle communicante
CHIRURGIE INFANTILE	Pathologie préputiale
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Glandes_Saliv
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Ostéotomie_Max
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	canal carpien
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	Méniscectomie latérale ou médiale du genou par arthroscopie
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	Ostéosynthèse de fracture ou de décollement épiphysaire de l'extrémité distale d'un os de l'avant bras par broche à foyer fermé
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	médiastinoscopie
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	Pneumonectomie
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	Pontage coronarien
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	résection bulle emphysème
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	Valve aortique CEC
CHIRURGIE UROLOGIQUE	LEC
CHIRURGIE UROLOGIQUE	Prostatectomie
CHIRURGIE UROLOGIQUE	Résection prostate
CHIRURGIE UROLOGIQUE	Résection tumeur vessie
CHIRURGIE VASCULAIRE	Anévrysme aorte abdominale
CHIRURGIE VASCULAIRE	Carotide
CHIRURGIE VASCULAIRE	Pontage fémoro-poplité
CHIRURGIE VASCULAIRE	Varices
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	Accouchement
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	Césarienne
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	Coelio ovaire
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	Hystérectomie
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	Mastectomie partielle
NEUROCHIRURGIE	Hématome sous-dural
NEUROCHIRURGIE	hernie discale lombaire
NEUROCHIRURGIE	Laminarthrectomie vertébrale
NEUROCHIRURGIE	Spondylolisthésis avec ostéosynthèse
OPHTALMOLOGIE	Cataracte
OPHTALMOLOGIE	décollement rétine
OPHTALMOLOGIE	Glaucome
OPHTALMOLOGIE	strabisme
OTO RHINO-LARYNGOLOGIE	Amygdalectomie
OTO RHINO-LARYNGOLOGIE	CurageGanglionnaire
OTO RHINO-LARYNGOLOGIE	Ethmoidectomie
OTO RHINO-LARYNGOLOGIE	Myringoplastie
OTO RHINO-LARYNGOLOGIE	Otoplastie
OTO RHINO-LARYNGOLOGIE	PharyngoLaryngectomie totale
OTO RHINO-LARYNGOLOGIE	Septoplastie
OTO RHINO-LARYNGOLOGIE	Thyroidectomie
ANESTHESIE-REANIMATION	Péridurale Obstétricale

Figure 1 : Détail des 48 interventions communes

À partir des données de ces 48 interventions, notre démarche a comporté 3 étapes : Nous avons recherché quels étaient les praticiens qui les réalisaient, nous avons recherché à quels coûts, nous avons enfin apprécié si la tarification en vigueur, la CCAM, était équitable.

1.2.2 La démographie des praticiens offreurs de soins chirurgicaux et obstétricaux est étudiée par le traitement des données du Conseil National de l'Ordre des Médecins et des données du SNIIRAM

La sélection des praticiens producteurs de soins chirurgicaux se déroule en 3 étapes.

1.2.2.1 *La première étape consiste à regrouper certaines spécialités chirurgicales et obstétricales proches*

Au tableau de l'Ordre des Médecins figurent 18 spécialités. Toutefois, certaines de ces spécialités sont très proches et se chevauchent dans la réalisation des actes (Figure 1) de telle sorte que leur distinction a perdu tout intérêt dans l'organisation des soins. Nous les avons regroupées en 13 : La chirurgie viscérale avec la chirurgie digestive, d'une part, la chirurgie maxillo-faciale avec la chirurgie maxillo-faciale-stomatologie et la stomatologie d'autre part ; mais également, l'obstétrique avec la gynéco-obstétrique, la gynécologie médicale et l'obstétrique.

Au total, il reste un agrégat de spécialités chirurgicales, un agrégat de gynécologie-obstétrique et un agrégat d'anesthésie-réanimation (Figure 2).

Figure 2 : Regroupement des spécialités

Code	Spécialités officielles	
2	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION CHIRURGICALE	
4	CHIRURGIE GENERALE	CHIRURGIE GENERALE VISCERALE ET DISGESTIVE
49	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	
44	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE	CHIRURGIE- MAXILLO -FACIALE
45	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	
46	CHIRURGIE PLASTIQUE RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	
10	NEUROCHIRURGIE	
11	OTO RHINO LARYNGOLOGIE	
15	OPHTALMOLOGIE	
16	CHIRURGIE UROLOGIQUE	
18	STOMATOLOGIE	
41	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	
43	CHIRURGIE INFANTILE	
47	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	
48	CHIRURGIE VASCULAIRE	
77	OBSTETRIQUE	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
79	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE MEDICALE	
7	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	

1.2.2.2 *La deuxième étape consiste à sélectionner le panel des opérateurs libéraux effectifs*

Tous les praticiens inscrits dans une spécialité chirurgicale n'opèrent pas. Le décret organisant les élections URPS a retenu le seuil de **50 actes de chirurgie, d'obstétrique, ou d'anesthésie par an** pour définir le corps des praticiens qui opèrent de façon significative. Les médecins inscrits à ces mêmes spécialités chirurgicales mais qui ne réalisent pas 50 actes techniques de chirurgie ou d'obstétrique sont affectés au 3ème Collège au même titre que les spécialistes médicaux.

Une requête du SNIIRAM isole la cohorte des praticiens anonymes ayant un exercice libéral répondant à ce critère de 50 actes.

1.2.2.3 *La troisième étape consiste à redresser la spécialité chirurgicale quand elle diffère de la pratique chirurgicale effective*

Grâce au SNIIRAM nous constatons que certains praticiens libéraux pratiquent une majorité d'actes caractéristiques d'une autre spécialité que celle de leur inscription au Conseil de l'Ordre. Pour éviter ce biais pour l'offre de soins nous avons procédé à un **redressement des spécialités chirurgicales** en fonction de la nature des actes marqueurs réalisés. La limite de cet exercice réside dans le fait que les informations sur les activités effectives ne sont pas disponibles en secteur public.

Après ces trois étapes, il devient possible de visualiser les perspectives de l'accès aux soins par des pyramides des âges qui placent les praticiens offreurs de soins chirurgicaux en miroir privés et publics.

D'abord les spécialités par les inscriptions au Conseil de l'Ordre avec en miroir clinique et hôpital. Puis les praticiens participant à l'offre des 48 interventions sélectionnées. Malheureusement pour les PH publics, personne ne semble disposer des données chiffrées des activités individuelles en dehors du secteur privé hospitalier.

1.2.3 Le coût des 48 interventions retenues correspond au prix de séjour à l'Hôpital et au prix de séjour augmenté des honoraires en Clinique

Le coût des interventions est en réalité le coût des hospitalisations puisque ces interventions ne peuvent se faire en dehors d'un plateau technique d'établissement public ou privé. Une évaluation du poids des honoraires et de leurs compléments d'honoraires sera donc faite par rapport à la totalité des coûts de prises en charge hospitalières.

1.2.3.1 *Les tarifs des hospitalisations pour les 48 interventions sont calculés à partir du PMSI et du SNIIRAM*

Pour ces 48 interventions toujours réalisées en établissement, la méthodologie suivie est développée en trois temps.

Dans un premier temps, les tarifs des hospitalisations, les remboursements par l'Assurance maladie, les dépassements sont calculés à partir de la base PMSI 2012, des tarifs de l'ATIH et du SNIIRAM pour chacune des 48 interventions dans tous les établissements où elles sont réalisées.

Dans un deuxième temps, les GHS de ces hospitalisations sont agrégés pour les secteurs public et privé au niveau du département.

Enfin, dans un troisième et dernier temps, ces données départementales sont agrégées de telle sorte qu'apparaisse l'influence de différents facteurs sur les coûts de ces 48 interventions.

Au niveau des établissements, la base du PMSI permet d'extraire la totalité des GHS associés à l'intégralité des codes CCAM de ces 258 codes des actes marqueurs. Ainsi, à partir du numéro du groupe homogène de malade (GHM), il devient possible de calculer pour chacun le prix des frais d'hospitalisation en tenant compte de la majoration et de la minoration tarifaire pour les séjours sortant des bornes hautes et basse de durée de séjour ; et enfin, en tenant compte également de la majoration tarifaire en fonction des soins particulièrement coûteux, de séjour en réanimation, ou en hémodialyse.

En revanche, certaines données (molécules particulièrement coûteuses, matériels implantables, forfaits journaliers de chambres particulières) sont exclues du calcul du prix d'hospitalisation car elles sont disponibles dans la base SNIIRAM pour le secteur privé mais inconnues pour le secteur public.

Dans le secteur public, les hospitalisations, hors secteur privé hospitalier, représentent donc la totalité des coûts de ces interventions, en revanche pour l'hospitalisation privée, les honoraires de tous les professionnels libéraux intervenant doivent être ajoutés au prix des hospitalisations pour rendre les prix comparables.

Pour ces honoraires des professionnels de soins correspondant à chaque GHS privé, nous avons recours à la base du SNIIRAM. En effet, au sein du SNIIRAM, la base du SNIREP fournit les honoraires des professionnels de santé libéraux intervenus au cours du séjour sous forme d'autant de « prestations de références ». Pour ces prestations, le SNIREP met à disposition le montant global de la dépense, le remboursement par l'assurance maladie obligatoire et les compléments d'honoraires ; les quantités de prestations de référence.

Toutes ces informations permettent d'obtenir un « prix recalculé » moyen pour chaque couple acte marqueurs- GHS.

La fiabilité du rapprochement entre PMSI (public et privé) et SNIREP (privé) a été testée par le contrôle des écarts sur les frais d'hospitalisation privée (nombre de séjours et prix unitaire de chaque GHS pour les établissements privés) déductibles à partir des 2 sources.

Le choix du département comme maille spatiale de référence se justifie par le fait que cet espace géographique offre pour le patient le choix habituel quant au chirurgien ou à l'établissement auxquels il va se confier.

Seuls sont retenus les départements ayant une production de GHS concomitante en hospitalisation publique et privée.

Pour comparer le prix des séjours publics et privés des 48 interventions, nous avons calculé le prix du cumul des séjours dans les hypothèses successives que tous ces séjours du département seraient réalisés au prix moyen départemental public puis tous au tarif moyen privé.

Dès lors il devient possible de comparer les prix selon des agrégations successives :

- au niveau national puis régional,
- des agrégations selon les niveaux de gravité des GHS,
- des agrégations selon l'aspect central ou périphérique du département (avec siège de CHU, ou non).

Pour ces agrégations sont chaque fois présentés :

- le rapport privé/public pour la dépense totale des hospitalisations de ces 48 interventions, honoraires libéraux compris (rapports entre cumul des montants et cumul du nombre des séjours),
- le rapport privé/public pour le remboursement total par la Sécurité sociale des hospitalisations de ces 48 interventions (pour le privé, honoraires compris),
- le taux moyen des compléments d'honoraires, c'est-à-dire le rapport entre cumul des compléments d'honoraires et cumul de la base de remboursement,
- la part des compléments d'honoraires dans la dépense totale des séjours.

1.2.3.2 *Nous comparons les taux de dépassements selon que le patient est traité en secteur libéral dans son département de domiciliation ou dans un autre département.*

La base CCAM fournit le département de domiciliation du patient et du praticien ainsi que les indicateurs sur les dépassements, le tarif de base et la quantité d'acte.

Une requête sur cette base permet de comparer les taux de dépassement selon que le patient est opéré dans son département ou un autre département.

1.2.4 Nous comparons les coûts de la pratique de la CCAM et les charges professionnelles réelles des spécialistes

La dernière partie de l'étude cherche à vérifier si la CCAM répond bien aux exigences d'équité qui avait justifié l'abandon de la NGAP pour la CCAM et en premier dans la prise en charge du coût de la pratique dans les tarifs. Cette exigence est formulée pour le coût de la pratique de la CCAM par l'engagement d'une actualisation annuelle. Le premier temps de cette étude de l'équité de la CCAM est donc la comparaison des charges professionnelles réelles de 2011 *dernier exercice disponible* et du coût de la pratique inclus dans la CCAM.

L'équité est traduite mathématiquement dans la formule de calcul simplifiée comme nous verrons :

$$\text{Tarif CCAM} = W * (FC + Cg)$$

Où :

W = point travail

FC = facteur de conversion monétaire

Cg = coefficient de coût de la pratique

Mais cette formule n'a finalement pas été systématiquement respectée par les Pouvoirs Publics car elle aurait bouleversé les tarifs. Les valeurs appliquées dans la CCAM ont été le plus souvent la transcription des valeurs historiques de « NGAP ». Elle a été conservée uniquement pour définir **les tarifs cibles équitables**, dont l'application est toujours reportée.

Nous mesurons donc les écarts résultant de ces distorsions :

1.2.4.1 *Les données de la CARMF et du SNIIRAM permettent de calculer les charges professionnelles et de le rapporter aux actes*

Les dernières données connues correspondent à l'exercice 2011.

Le montant de charges annuelles par praticien est déduit de la différence entre le montant du bénéfice net commercial annuel et de la rémunération annuelle :

$$BNC = (honoraires) - charges$$

La valeur du taux de charge (TxCh) est le rapport de la charge sur les honoraires :

$$TxCh = \frac{Charges}{honoraires} = 1 - \frac{BNC}{honoraires}$$

Deux univers du SNIIRAM (DAMIR et CCAM) nous permettent de rapporter ces charges professionnelles, aux actes.

Le fichier CARMF, tout en étant anonyme, donne certaines caractéristiques du médecin qui seront utilisées pour le rapprochement avec les bases SNIIRAM.

Cela permet :

- de repartir les actes de l'échantillon de praticiens selon la ventilation suivante :

$honoraires = Consult. + AT_{CCAM} + AT_{NGAP} + Divers$ (AT = actes techniques)

- de disposer la liste des actes techniques CCAM des médecins. Il s'agit de la liste exhaustive des actes CCAM pratiqués par les médecins.

Ces données du SNIIRAM ont été retraitées préalablement par le cabinet HEVA afin de redresser les spécialités. Il s'agissait de mettre en cohérence la spécialité déclarée du praticien avec la réalité de son activité, analysée au regard de certains actes dits « marqueurs ».

Note : La suite du document fait référence aux spécialités redressées uniquement.

1.2.4.2 *Le Périmètre de l'étude correspond à une cohorte de 31156 praticiens spécialistes issue des 47971 spécialistes affiliés*

Une première sélection est réalisée sur les praticiens listés dans le fichier CARMF. Nous retenons dans un premier temps les médecins spécialistes conventionnés exerçant en libéral (libéral intégral, partiel hospitalier, temps plein hospitalier ou salarié). Nous excluons a priori de l'étude les praticiens dont les revenus ne sont pas exclusivement constitués d'honoraires, c'est-à-dire les praticiens déclarant des revenus de gérant et/ou des dividendes parce que les opérations sur le capital de la société masquent la réalité des charges. Nous convenons

d'étudier les praticiens dont l'activité de médecine n'est pas marginale (i.e. honoraires annuels ≥ 10000€) et dont le taux de charge est compris entre 20% et 80%.

Les praticiens sélectionnés sont recherchés dans les bases SNIIRAM à l'aide d'une « clé » anonyme d'identification. Cette clé est créée grâce aux variables descriptives des praticiens portant sur leur activité et leurs caractéristiques.

Un test de cohérence est effectué en confrontant les montants annuels d'honoraires et nous sélectionnons les praticiens dont la somme des revenus de la base SNIIRAM diffère des honoraires BNC 2011 de moins de 20%.

Spécialité	HON. SECU	HON. LIBRES	Nb praticiens
ANA-PATH	88%	12%	243
ANEST_REA	65%	35%	1,725
CARDIO	81%	19%	2,643
DERMATO	60%	40%	2,144
ENDOCRINO	38%	62%	572
GASTRO	64%	36%	1,355
GENETIQUE	50%	50%	2
GERIATRIE	78%	22%	18
GYNECO_MED	61%	39%	1,070
GYNECO_OBST	41%	59%	2,317
HEMATO	69%	31%	16
MED_NUCLE	99%	1%	120
MEDINTERNE	40%	60%	163
NEPHRO	97%	3%	215
NEURO	70%	30%	586
NEUROCHIR	21%	79%	90
ONCO_MED	61%	39%	59
OPHTALMO	50%	50%	2,979
ORTHO	25%	75%	1,121
PEDIATRIE	70%	30%	1,848
PNEUMO	83%	17%	814
PSY	71%	29%	3,543
RADIO	89%	11%	1,797
RADIOTHERAPIE	95%	5%	125
REA_MED	100%	0%	6
REEDUC	58%	42%	289
RHUMATO	56%	44%	1,282
SPEMAX-FACIALE	57%	43%	628
SPEORL	46%	54%	1,518
XIECARDIO_THORAC	44%	56%	119
XIEGENE	33%	67%	1,005
XIEINFANTILE	40%	60%	53
XIEPLASTIQUE	9%	91%	100
XIEURO	16%	84%	419
XIEVASCULAIRE	33%	67%	172
Total	60%	40%	31156

Table 1-1 – Répartition des praticiens selon leur spécialité et leur secteur conventionnel. Les spécialités grisées représentent des effectifs de moins de 100 praticiens.

Table 1-2 - Répartition des praticiens observés selon leur secteur conventionnel, par nature de leur exercice

Nature d'exercice	HON. SECU	HON. LIBRES	Total
LIBERAL ACTVITE SALARIÉE	53%	47%	100%
LIBERAL INTÉGRAL	65%	35%	100%
LIBERAL TEMPS PARTIEL HOSPLT	49%	51%	100%
LIBERAL TEMPS PLEIN HOSPLT	61%	39%	100%
Total	**60%**	**40%**	**100%**

On observe en moyenne sur l'ensemble 60% des praticiens exerçant en secteur 1 de convention de la Sécurité Sociale. Cette répartition est variable selon la nature de l'exercice du praticien.

1.2.4.3 *L'Étude teste la pertinence de distinguer un coût de la pratique des actes de la CCAM, et des consultations, en recherchant une corrélation entre taux de charges et taux d'actes CCAM dans les honoraires*

Deux hypothèses sont étudiées : le taux de charges des actes de la CCAM est ou n'est pas différent du taux de charges des consultations. Les consultations produisant l'essentiel des honoraires hors CCAM, cela revient à rechercher la relation entre le taux de charges et le pourcentage d'honoraires provenant des actes de la CCAM.

Nous cherchons donc une relation entre le taux d'acte de la CCAM et le taux de charges pour les praticiens de chacune des spécialités.

- Nous constatons d'abord une répartition très différente d'une spécialité à l'autre entre les honoraires dépendants ou non de la CCAM.

Specialités regroupees	Consult	Actes CCAM	Autres Act. tech.	Divers
ANA-PATH	0%	99%	1%	0%
ANEST_REA	17%	81%	0%	2%
CARDIO	25%	75%	0%	1%
DERMATO	75%	23%	0%	1%
ENDOCRINO	96%	4%	0%	0%
GASTRO	27%	72%	1%	0%
GYNECO_MED	75%	24%	0%	0%
GYNECO_OBST	46%	51%	0%	3%
MEDINTERNE	64%	30%	5%	1%
MED_NUCLE	0%	100%	0%	0%
NEPHRO	20%	80%	0%	0%
NEURO	40%	60%	0%	0%
OPHTALMO	40%	59%	0%	0%
ORTHO	29%	68%	0%	3%
PEDIATRIE	87%	7%	0%	7%
PNEUMO	17%	83%	1%	0%
PSY	99%	0%	0%	0%
RADIO	0%	94%	6%	0%
RADIOTHERAPIE	5%	92%	4%	0%
REEDUC	50%	33%	10%	6%
RHUMATO	45%	48%	4%	3%
SPEORL	33%	66%	1%	1%
XIECARDIO_THORAC	8%	90%	0%	2%
XIEGENE	22%	74%	0%	3%
XIEPLASTIQUE	19%	76%	1%	3%
XIEURO	32%	67%	0%	1%
XIEVASCULAIRE	15%	82%	0%	3%
TOTAL	36%	59%	3%	2%

- Nous attribuons un score « taux actes non CCAM » à chaque praticien.

$$Tx_{Actes_{CCAM}} = \frac{Honoraires\ non\ CCAM}{Honoraires\ totaux} = \frac{Consult. + AT_{NGAP} + Divers}{Honoraires\ totaux}$$

- Nous évaluons ensuite la corrélation de cette variable avec la variable taux de charge.

1.2.4.4 *Nous comparons les charges réelles constatées et le montant du coût de la pratique dans la tarification cible des actes de la CCAM*

Aujourd'hui, à chaque acte CCAM correspond un tarif de base de remboursement de la Sécurité Sociale, appelé « tarif de base de remboursement actuel » dans la suite du document. Ce tarif de base actuel est donc nul lorsque l'acte n'est pas remboursé par la Sécurité Sociale.

Il existe une tarification théorique cible H_{acte} pour chaque acte, bâtie selon la formule :

$$H_{acte} = W_{acte} \times FC + CP_{acte}$$

- Le premier terme W × FC représente le **« prix du travail »**. **W** est le score du travail, évalué en nombre de points travail. Ce score est propre à chaque acte. **FC** est la valeur en euros d'un point travail. Ce facteur de conversion monétaire est unique et égal à 0,44€.
- Le deuxième terme CP est le **« coût de la pratique »**. Il se décompose théoriquement comme suit :

  $$CP = W_{acte} \times Cg_{gpe,Spe} + S$$

  Où S est le coût propre de l'acte concerné.

  S sera omis par la suite car il n'a jamais été affecté de valeur pour aucun acte CCAM. Nous considérons donc que :

  $$CP = W_{acte} \times Cg_{gpe,Spe}$$

Le coefficient **Cg** est un coût moyen par point travail des charges générales. Il se décline par groupe d'actes (*gpe*) et varie selon la spécialité du praticien (*Spe*).

Le taux de charge théorique de chaque acte est :

$$TxCh_{acte}^{theorique} = \frac{charges}{honoraires} = \frac{W_{acte} \times Cg_{gpe,Spe}}{W_{acte} \times FC + W_{acte} \times Cg_{gpe,Spe}} = Cg_{gpe,spé} \times \frac{1}{FC + Cg_{gpe,Spe}}$$

Il est indépendant de l'évaluation faite du score du travail par acte W.

Tous les actes CCAM réalisés par les praticiens de l'échantillon, et dont le tarif cible est calculable, se référant à 20 différents groupes Cg. Leur valeur cible et les taux de charges correspondants sont indiqués dans le tableau suivant.

Les valeurs de Cg ont été attribuées dans la CCAM de 2005 et n'ont pas changé depuis.

libellé Cg	Groupe d'acte	Cg en €	Taux de charges
cgall	allergologie	0,177	28,69%
cgang	angiologie	0,261	37,23%
cgaréa	actes d'anesthésie	0,192	30,38%
cgcam	cardiologie conventionnelle	0,399	47,56%
cgcami	cardiologie interventionnelle	0,906	67,31%
cgchir	chirurgie	0,269	37,94%
cgder	actes de dermatologie	0,272	38,20%
cgech	échographies (hors vasculaires)	0,402	47,74%
cgechvas	échographies vasculaires	0,357	44,79%
cggas	actes de gastroentérologie	0,538	55,01%
cggyn	gynécologie	0,252	36,42%
cgirm	honoraires IRM _hors forfaits_	0,051	10,39%
cgmge	acupuncture	0,213	32,62%
cgmpr	MPR	0,354	44,58%
cgnep	néphrologie	0,157	26,30%
cgnro	neurologie	0,424	49,07%
cgoph	ophtalmologie	0,304	40,86%
cgorl	ORL	0,33	42,86%
cgpne	pneumologie	0,32	42,11%
cgrad	radio conventionnelle	0,771	63,67%
cgrhu	rhumatologie	0,23	34,33%
cgscan	honoraires SCAN _hors forfaits	0,04	8,33%

1.2.4.5 *Le calcul du coût de la pratique à partir des actes réalisés par chacun des spécialistes du panel est limité par les imperfections des tables de la CCAM*

Nous disposons d'une table listant pour tous les praticiens, les actes CCAM réalisés. Le code acte CCAM permet le rapprochement d'une base CCAM de référence listant son nombre de points travail (CCAM V25) et son code Cg (CCAM V2). Sous la condition de la connaissance de ces deux éléments, il est possible de recalculer le tarif cible de l'acte CCAM.

Cependant :

- Les actes CCAM dont la codification commence par les lettres « YYYY » sont considérés comme des suppléments à l'acte visant uniquement à couvrir des charges spécifiques et de principe n'ont pas de valeur cible. Ces actes sont en principe voués à disparaitre quand s'appliquera la tarification cible.
- Pour certains actes pratiqués, on constate que les travaux d'édification de la table CCAM ne sont pas affectés de points travail ou de valeur Cg, rendant le calcul du tarif cible impossible.

Le montant total des actes étudiés représente 4 183 M€ et se répartit comme suit :

- actes dont le tarif cible est calculable (3 666M€ soit 88%).
- actes en « YYYY» (242M€ soit 5,8% du total des dépenses CCAM étudiées),
- actes non remboursés (0,436M€ soit 0,01%),
- actes dont le code Cg est inconnu (133M€ soit 3,2%),
- actes dont la valeur du Cg est inconnue (140M€ soit 3,4%),

La proportion d'actes dont le tarif cible n'est pas calculable (c.à.d. les actes relevant des catégories « actes dont le code Cg est inconnu » et « actes dont la valeur du Cg est inconnue ») est variable selon la spécialité.

Par exemple, alors que les actes relevant de codes Cg dont la valeur est inconnue représentent 3,4% du total étudié, cette proportion s'élève à 99% des actes en médecine nucléaire, 97% des néphrologues, 28% des radiothérapeutes. Il est à noter également que 96% des actes CCAM pratiqués par les anatomopathologistes relèvent d'actes dont le code Cg est inconnu.

Le chiffre d'affaires afférent aux actes CCAM des radiothérapeutes est représenté, à hauteur de 70%, par les actes en « YYYY ». Ces actes en « YYYY » représentent également une grande proportion des actes CCAM pratiqués par les spécialités réa méd. (91%) et pédiatrie (40%). Cela concerne, dans une moindre mesure (autours de 12%), les spécialités cardiologie et endocrinologie.

⇨ Nous affectons un indice de confiance en regard des spécialités afin de mesurer la pertinence des calculs de tarifs cibles des actes pratiqués par cette spécialité. Cet indice est le pourcentage des actes n'appartenant pas aux catégories « actes dont le code Cg est inconnu » et « actes dont la valeur du Cg est inconnue ».

1.2.4.6 *Nous pouvons alors comparer les taux réel de charges et le coût de la pratique dans les valeurs cibles pour les spécialités dont l'indice de confiance est suffisant*

Dans un premier temps, pour chaque praticien, son taux de charge réel moyen issu de la CARMF est appliqué aux honoraires liés à chacun des actes CCAM qu'il pratique ce qui nous permet de déduire le montant réel des charges du praticien lié aux actes CCAM.

Dans une deuxième temps, nous sélectionnons les actes CCAM du praticien dont nous sommes capables de recalculer le tarif cible et nous calculons le montant des honoraires qui auraient été perçus par chacun des praticiens en environnement « tarif cible », ainsi que les charges financées par la valeur cible de la CCAM, selon la formule de tarification, (sous l'hypothèse d'une facturation par les praticiens du tarif de base cible, sans dépassement).

À condition que l'indice de confiance pour la spécialité soit supérieur ou égal à 99%, on peut alors comparer les taux du coût de pratique constitutifs des tarifs cibles (CCAM), aux taux réels de charges (CARMF).

1.2.4.7 *Enfin on s'attache à corriger autant que nécessaire les coefficients Cg et à calculer l'impact des Cg corrigés sur les tarifs cibles de base de remboursement*

Les tarifs opposables doivent rembourser la totalité des charges professionnelles, faute de quoi les compléments d'honoraires paraissent indispensables pour payer la totalité de ces charges.

L'objectif est d'obtenir un rapport homogène « charges CCAM »/« charges réelles » le plus proche possible de 1 pour chaque spécialité. Cela conduit à répartir le montant des charges CCAM différemment. Pour cela, la seule valeur d'ajustement du tarif cible est la valeur du coefficient Cg. C'est-à-dire en maintenant fixes le nombre de point et le facteur de conversion monétaire.

En considérant que la seule valeur d'ajustement du tarif cible est la valeur du coefficient Cg, (c.à.d. que le nombre de point et le facteur sont fixes), il est possible de déduire une autre valeur des coefficients Cg qui repartissent le montant des charges CCAM différemment sous la contrainte d'un rapport homogène « charge CCAM »/« charges réelles » le plus proche possible de 1 pour chaque spécialité au sein du tarif de base de remboursement.

Notons qu'il n'est pas possible d'obtenir un rapport exactement égal à 1 pour toutes les spécialités puisque chaque spécialité produit des actes de différents Cg.

Nous calculons ensuite le taux de modification de tous les tarifs de base de remboursement se référant au Cg corrigé pour que le tarif finance l'intégralité des charges professionnelles de la spécialité. Nous homogénéisons pour cela les Cg d'une même spécialité. Les financements supplémentaires notamment forfaitaires pour les scanners et les IRM sont alors annulés :

Tarif corrigé/Tarif cible actuel = W*(Cg corrigé+FC)/W*(Cg 0 + FC)

Tarif corrigé = Tarif cible * (Cg corrigé +0,44€)/Cg0+0,44)

FC = facteur de conversion monétaire reste inchangé depuis 2005 et égal à 0,44€

1.2.5 Nous étudions l'impact des suppléments YYYY et des modificateurs sur l'équité des tarifs

Les actes suppléments

De plus, en 2005 des actes suppléments dit transitoires dont le code commence par YYYY ont été adjoints sans utilisation pour leur création de la formule fondamentale Tarif CCAM = W *(FC+ Cg). Ils existent encore aujourd'hui. Nous étudions par une requête à quelles spécialités sont attribués ces suppléments qui dérogent totalement aux principes de la CCAM garant de l'équité entre spécialités.

Les modificateurs

La majoration des tarifs de la CCAM par les modificateurs trouve sa justification dans les contraintes non prévues dans la tarification de base « majoration pour âges extrêmes de la vie, contexte d'urgence, fractures ouvertes». Ces contraintes médicales ne font pas partie des 4 paramètres « durée », « stress », « effort mental », ou « compétence technique » retenus comme essentiels pour la tarification CCAM. Un modificateur de majoration pour raison médicale est équitable. En revanche certains « modificateurs » sont attribués à certaines spécialités « sans condition médicale ». Nous vérifions par une requête de la CCAM la part des modificateurs avec ou sans justification médicale et la répartition des bénéficiaires des modificateurs.

Très récemment, une dérogation supplémentaire au principe du tarif cible est apparue. Des « modificateurs » ont été créés afin de permettre un rapprochement vers le tarif cible plutôt que d'appliquer ces valeurs cibles. Leur mise en application qui débute actuellement ne peut évidemment avoir de traduction dans les bases de données du SNIIRAM que nous étudions.

2 Résultats

Les Résultats sont présentés sous forme de graphiques le plus souvent muets afin de laisser libre l'interprétation. Les graphiques montrent successivement les résultats inhérents à la démographie des praticiens assurant l'accès aux soins chirurgicaux, aux coûts des interventions avec leur composante compléments d'honoraires, enfin, les graphiques rendant compte de l'impact de 3 leurs composants : coûts de la pratique, suppléments et modificateurs sur les tarifs cibles de la CCAM :

2.1 La Démographie des praticiens assurant les soins chirurgicaux et obstétricaux révèle une perspective de régression progressive de l'accès aux soins pour la plupart des spécialités étudiées.

Au total, le nombre de praticiens ayant un exercice libéral s'établit à 117 866 médecins (source SNIIRAM) qui se répartissent en 3 collèges de spécialités depuis la loi HPST :

Pour les généralistes c'est simple, ils sont tous dans le 1er Collège.

Pour les 25520 chirurgiens, obstétriciens et anesthésistes c'est plus compliqué, ils sont séparés en fonction de la réalité de leurs pratiques opératoires. Ceux qui font plus de 50 actes opératoires par an sont affectés au 2ème Collège, le seul qui contribue à l'accès aux soins chirurgicaux.

Ceux qui n'ont qu'une activité médicale, rejoignent les spécialistes médicaux du 3ème Collège.

Spécialité d'inscription regroupée (ensemble des praticiens)	Collège 1	Collège 2	Collège 3	Total
Anesthesiologie - reanimation chirurgicale		3890		3 890
Chirurgie generale viscerale et disgestive		1776	419	2 195
Chirurgie infantile		55	39	94
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie		309	807	1 116
Chirurgie orthopedique et traumatologie		2075	312	2 387
Chirurgie plastique reconstructrice et esthetique		524	154	678
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire		198	30	228
Chirurgie urologique		762	186	948
Chirurgie vasculaire		312	40	352
Gynecologie obstetrique		1913	4023	5 936
Neurochirurgie		149	45	194
Ophtalmologie		2636	2483	5 119
Oto rhino-laryngologie		1366	1017	2 383
Total de chirurgie, obstétrique, et anesthesie		15 965	9 555	25 520

Parmi ces 15965 chirurgiens, obstétriciens et anesthésistes du 2ème Collège, 14797 réalisent au moins une des 48 interventions.

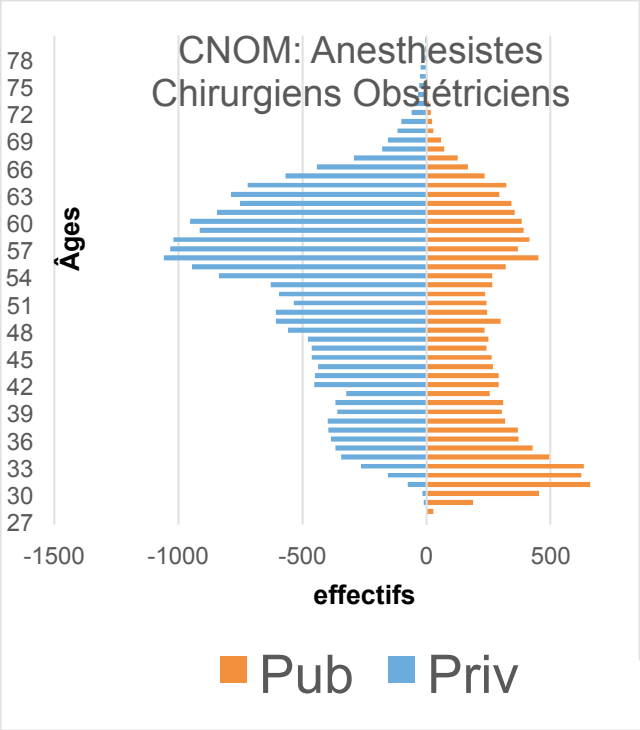
Spécialités regroupées redressées	Spécialités regroupées	Spécialités redressées
Anesthesiologie - reanimation chirurgicale	3 890	3 890
Chirurgie generale viscerale et disgestive	1 750	1 153
Chirurgie infantile	54	198
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	296	292
Chirurgie orthopedique et traumatologie	2 005	1 988
Chirurgie plastique reconstructrice et esthetique	524	524
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	189	158
Chirurgie urologique	762	785
Chirurgie vasculaire	311	493
Gynecologie obstetrique	1 541	1 612
Neurochirurgie	148	269
Ophtalmologie	1 976	1 972
Oto rhino-laryngologie	1 351	1 459
Total général	14 797	14 793

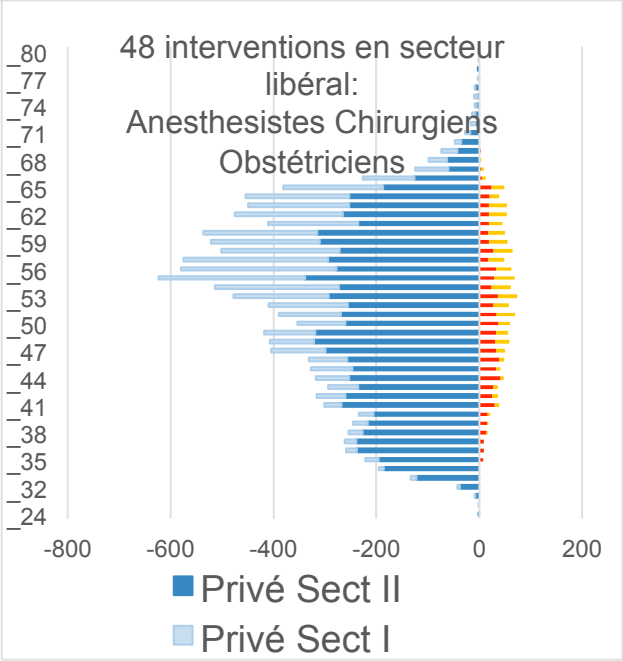
La structure démographique des anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens, et obstétriciens est illustrée par des pyramides des âges mettant en miroir secteurs public et privé.

A gauche les inscriptions au conseil de l'0rdre en miroir ville + clinique et hôpital à droite.

A droite la répartition des seuls praticiens libéraux du 2ème Collège producteurs des 48 interventions toujours en miroir ville + clinique à gauche, secteur privé hospitalier à droite avec de chaque côté les secteurs conventionnels I et 2.

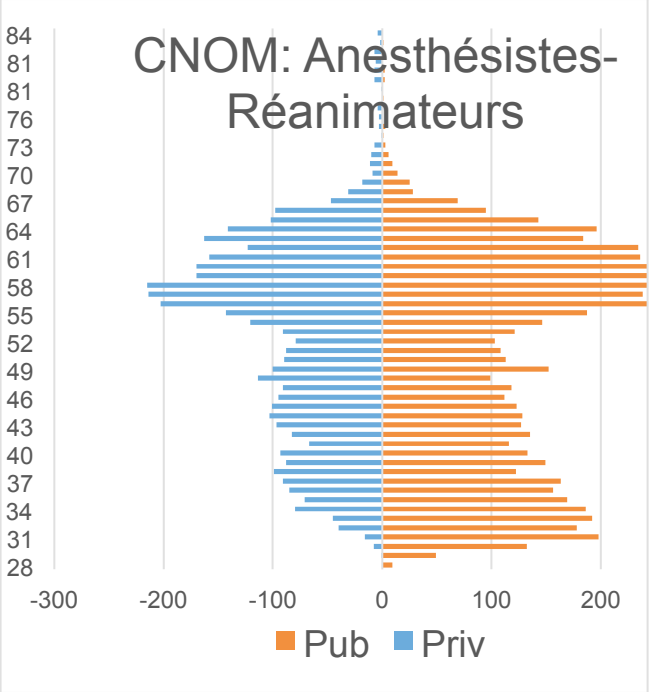
2.1.1 L'effectif global des anesthésistes-réanimateurs chirurgiens obstétriciens diminue globalement

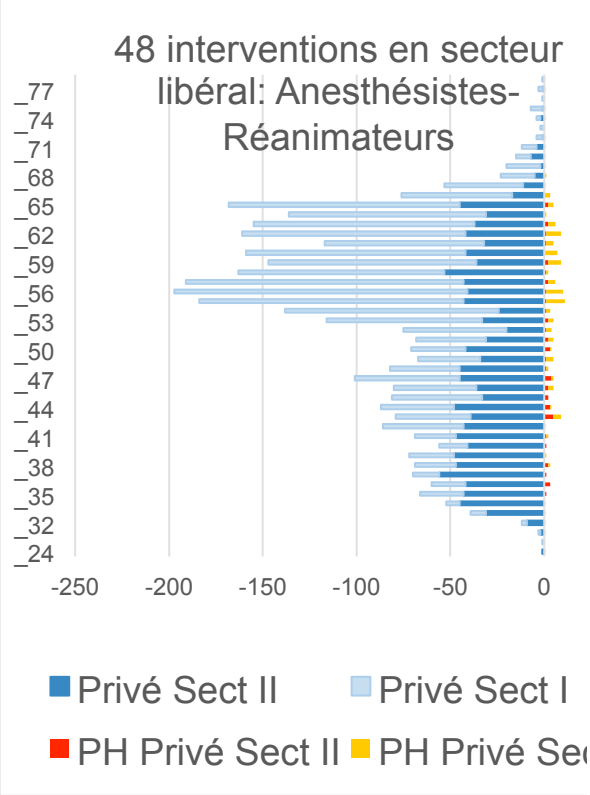




L'évolution démographique des 3 spécialités anesthésie, chirurgie et gynéco-obstétrique selon le CNOM montre une déformation de la pyramide des âges. Manifestement, il existe une migration des jeunes générations de praticiens entre 27 et 35 ans du secteur privé vers le secteur public, sans pouvoir préciser si l'inscription à l'Ordre se fait avant ou après la fin du clinicat. Le choix des jeunes médecins valorise donc le secteur public au détriment du secteur 1 privé. L'analyse plus fine du déficit en secteur privé après la sélection du 2ème Collège des praticiens en exercice libéral réalisant les 48 interventions montre clairement que ce sont surtout les effectifs du secteur 1 qui diminuent alors que ceux du secteur 2, quant à eux, restent stables.

2.1.2 La démographique des anesthésistes-réanimateurs annonce une aggravation de la pénurie qui retentira sur l'accès aux soins chirurgicaux dans leur ensemble

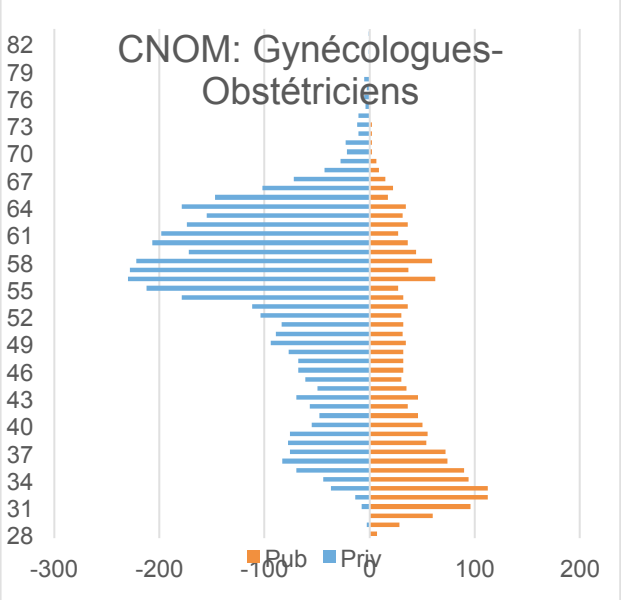


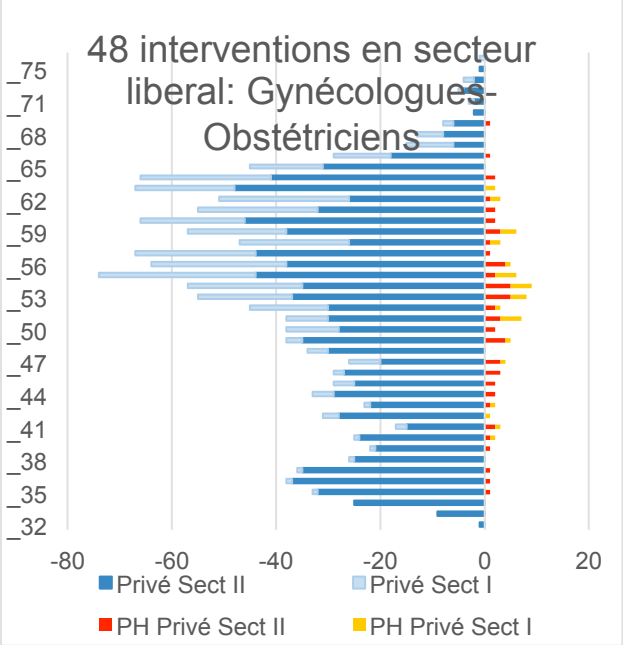


On constate qu'il y a très peu de différence d'effectifs entre le CNOM et le SNIIRAM, les anesthésistes inscrits à l'Ordre sont bien en exercice.

L'effondrement des effectifs en secteurs 1 se produit dans la tranche d'âges des jeunes libéraux. Le secteur privé hospitalier est peu représenté en anesthésie.

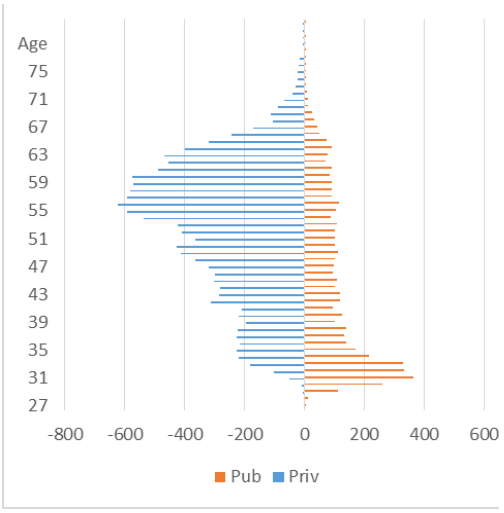
2.1.3 La démographique des gynécologues obstétriciens montre la disparition du secteur libéral secteur I le maintien du secteur II et la croissance du secteur hospitalier

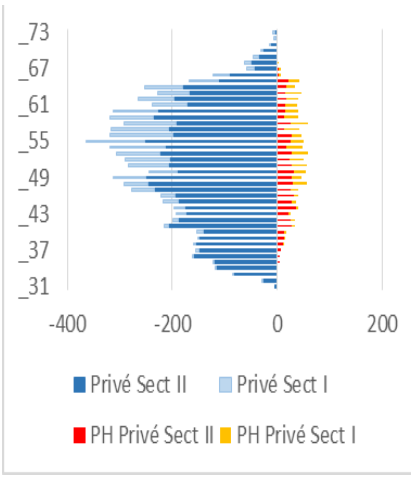




La différence entre le nombre des gynécologues obstétriciens inscrits au Conseil de l'Ordre et le nombre de ceux qui exercent réellement est très marquée, cela traduit la fréquence de l'abandon des accouchements et de la chirurgie au profit d'un exercice exclusif de la gynécologie médicale. Le phénomène semble homogène dans les générations puisque les courbes sont parallèles.

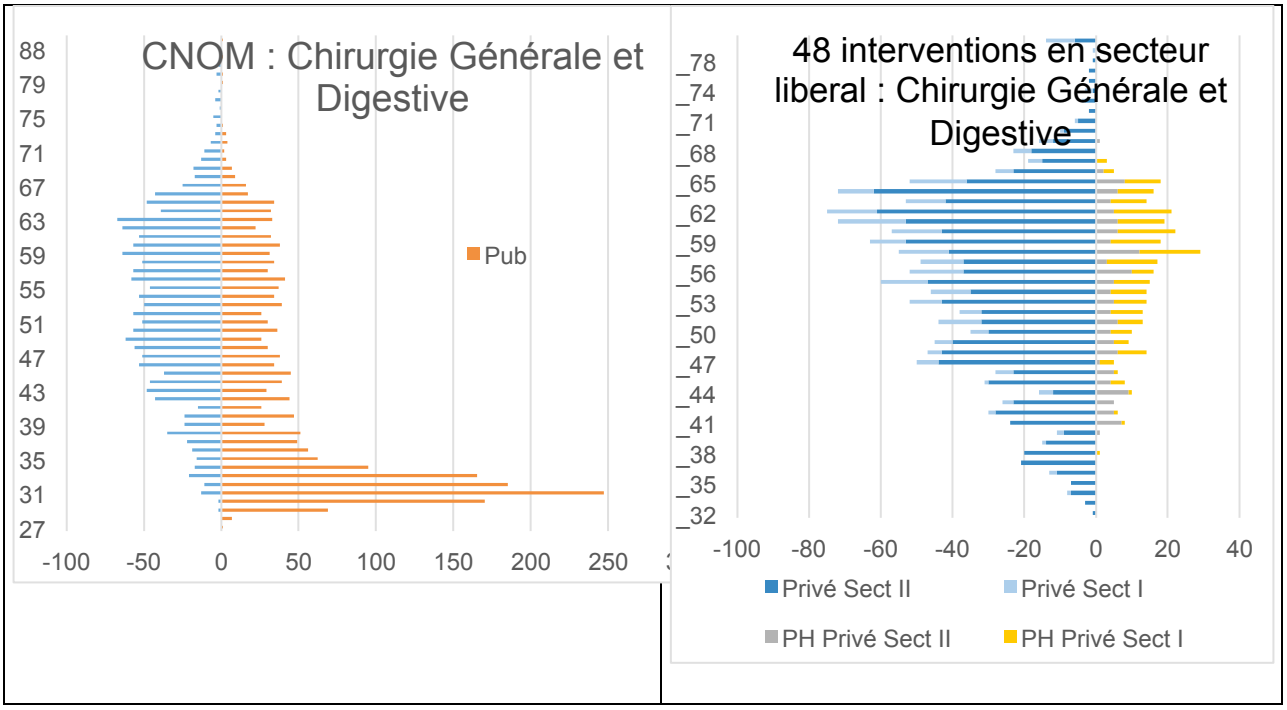
2.1.4 La démographique des chirurgiens se dessine sur le même modèle



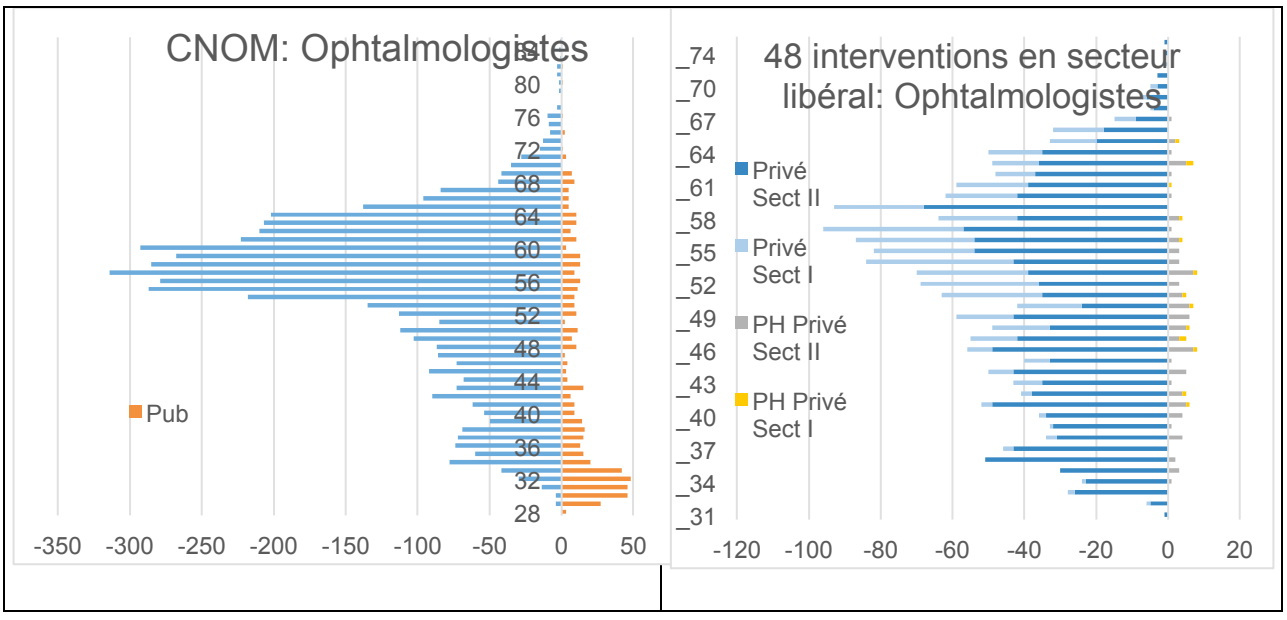


Le Secteur 2 maintient ses effectifs tandis que le secteur 1 disparaît au profit d'une forte installation à l'hôpital. L'activité en secteur privé à l'hôpital est forte. Cette pyramide des âges des chirurgiens globalement ne rend pas compte de la disparité des situations selon la spécialité chirurgicale.

2.1.5 La démographique des chirurgiens viscéraux et digestifs indique le risque de la disparition des effectifs privés au profit du secteur hospitalier. Le taux de secteur privé hospitalier est important

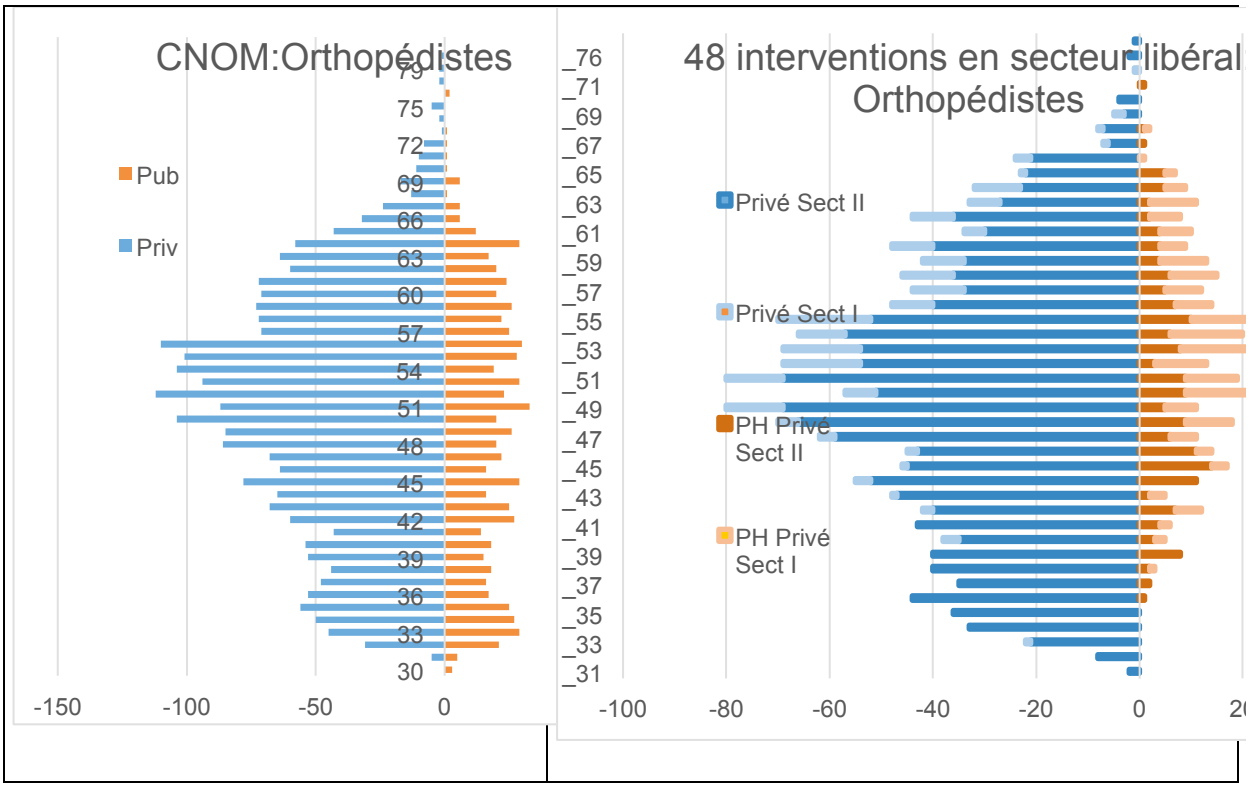


2.1.6 La démographique des ophtalmologistes annonce l'aggravation des difficultés de l'accès aux soins



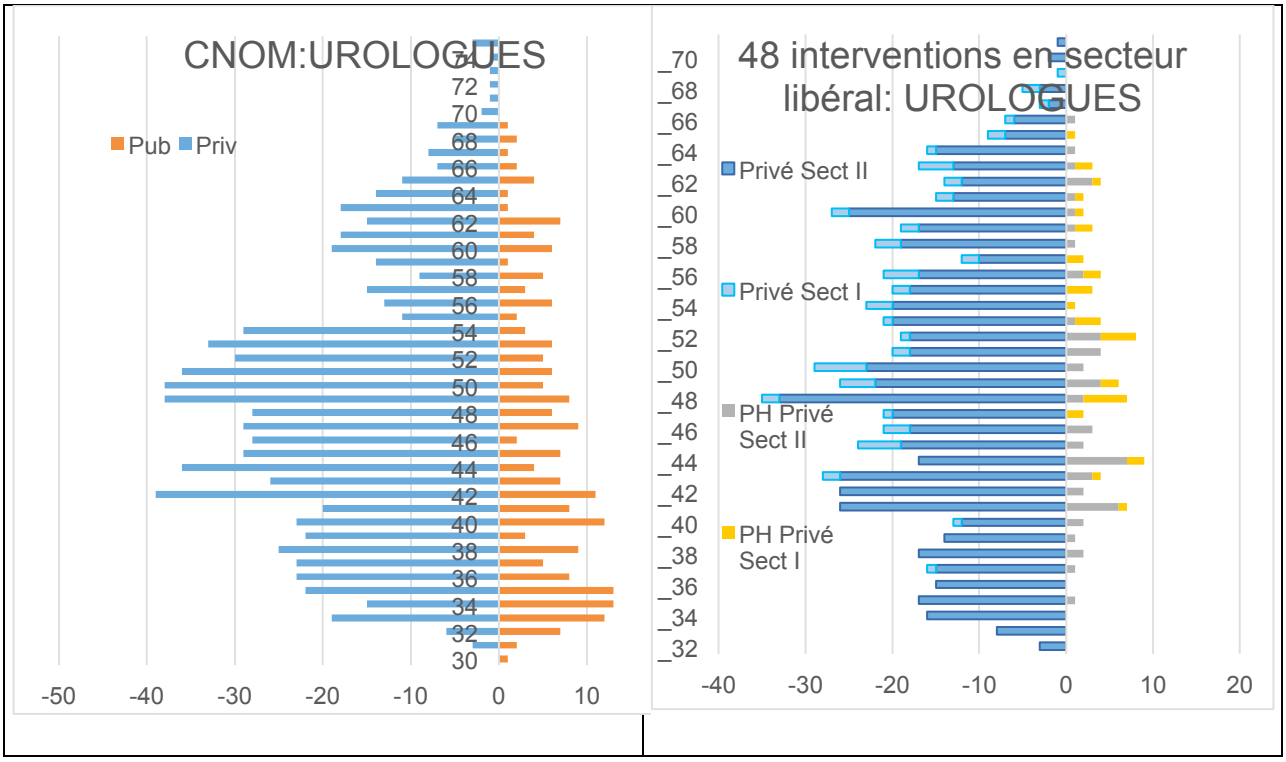
On constate que bien des ophtalmologistes de plus de 50 ans n'ont pas d'exercice chirurgical et ne seront pas remplacés.

2.1.7 La démographique des orthopédistes montre un renouvellement relativement suffisant



Le renouvellement de l'effectif des orthopédistes semble suffisant. La part des secteurs I étant faible chez les plus de 50 ans, la spécialité ne subit pas de réduction de son effectif.

2.1.8 La démographique des urologues est la seule en expansion dans les 2 statuts



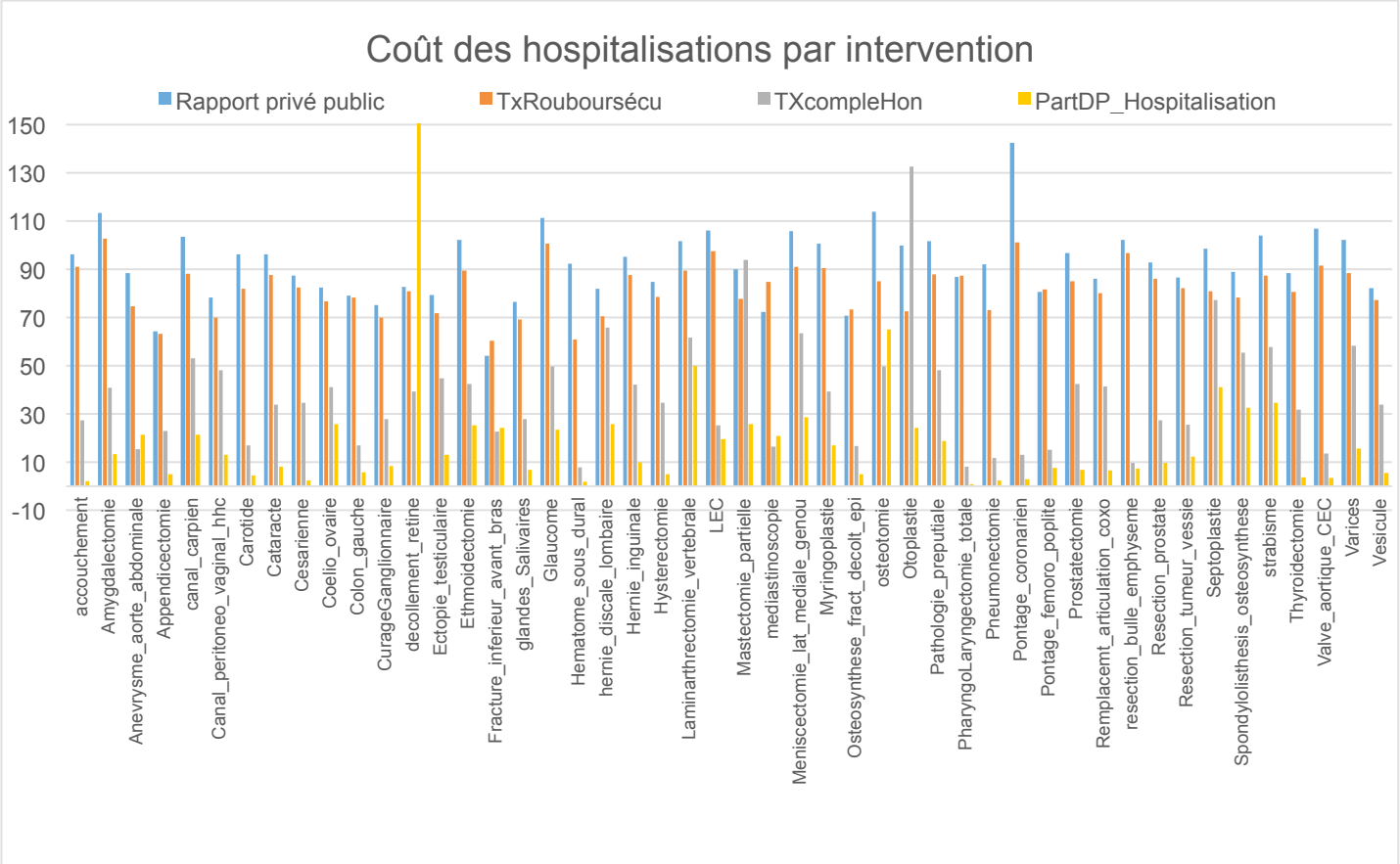
C'est une des rares spécialités chirurgicales dont le renouvellement se fait parfaitement et les jeunes générations suffisantes donnent une vraie structure pyramidale aux effectifs.

2.2 Le coût des séjours -compléments d'honoraires compris-, donne un rapport moyen privé/public de 92%

2.2.1 L'agrégation nationale par intervention montre des coûts de séjour inferieurs en établissements privés pour 33 interventions sur les 48

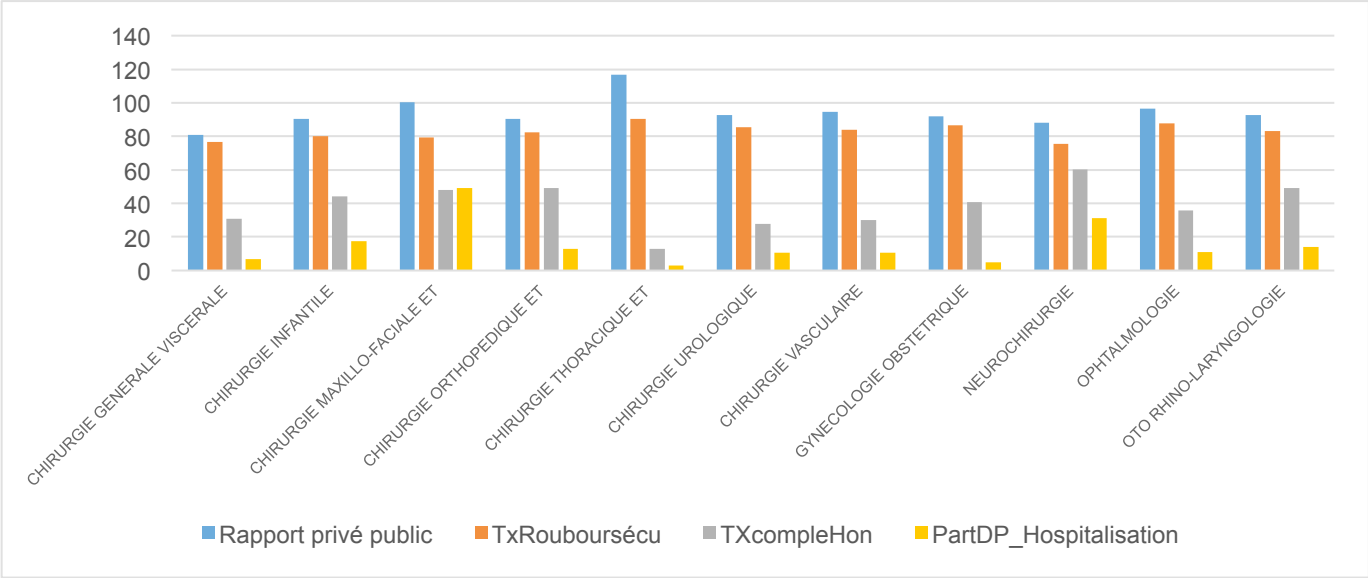
Intervention	Rapport privé public du Coût total de l'hospitalisation	Rapport privé public du Remboursement AMO de l'hospitalisation	Taux Dépassement	Part du DP dans le coût total de l'Hospitalisation
accouchement	96,07%	91,08%	27,37%	2,18%
Amygdalectomie	113,23%	102,78%	40,85%	13,26%
Anevrysme_aorte_abdominale	88,26%	74,60%	15,42%	21,39%
Appendicectomie	64,24%	63,14%	22,93%	5,08%
canal_carpien	103,49%	88,08%	52,98%	21,35%
Canal_peritoneo_vaginal_hhc	78,27%	70,03%	48,05%	12,92%
Carotide	96,21%	81,88%	17,05%	4,40%
Cataracte	96,24%	87,47%	33,86%	8,00%
Cesarienne	87,44%	82,52%	34,51%	2,37%
Coelio_ovaire	82,29%	76,79%	40,99%	25,68%
Colon_gauche	79,03%	78,18%	17,04%	5,88%
CurageGanglionnaire	75,14%	69,83%	27,88%	8,35%
decollement_retine	82,69%	80,74%	39,33%	251,06%
Ectopie_testiculaire	79,18%	71,72%	44,60%	13,07%
Ethmoidectomie	102,05%	89,36%	42,49%	25,19%
Fracture_inferieur_avant_bras	54,10%	60,43%	22,69%	24,17%
glandes_Salivaires	76,36%	69,19%	27,81%	6,88%
Glaucome	111,12%	100,46%	49,75%	23,40%
Hematome_sous_dural	92,26%	60,86%	7,87%	1,77%
hernie_discale_lombaire	81,75%	70,53%	65,70%	25,69%
Hernie_inguinale	95,00%	87,56%	42,22%	9,97%
Hysterectomie	84,81%	78,47%	34,63%	4,99%
Laminarthrectomie_vertebrale	101,69%	89,45%	61,66%	50,05%
LEC	106,01%	97,42%	25,14%	19,56%
Mastectomie_partielle	89,94%	77,72%	93,89%	25,79%
mediastinoscopie	72,37%	84,63%	16,30%	20,71%
Meniscectomie_lat_mediale_genou	105,76%	91,06%	63,48%	28,73%
Myringoplastie	100,47%	90,43%	39,27%	16,97%
Osteosynthese_fract_decolt_epi	70,77%	73,33%	16,73%	4,87%
osteotomie	113,85%	85,06%	49,65%	64,97%
Otoplastie	99,71%	72,46%	132,55%	24,24%
Pathologie_preputiale	101,65%	87,92%	48,11%	18,75%
PharyngoLaryngectomie_totale	86,81%	87,25%	8,05%	0,83%
Pneumonectomie	91,95%	73,07%	11,73%	2,26%
Pontage_coronarien	142,53%	101,12%	13,14%	2,99%
Pontage_femoro_poplite	80,49%	81,52%	15,10%	7,60%
Prostatectomie	96,59%	85,03%	42,45%	6,77%
Remplacemt_articulation_coxo	85,95%	80,17%	41,42%	6,60%
resection_bulle_emphyseme	102,12%	96,73%	9,57%	7,27%
Resection_prostate	92,91%	86,15%	27,27%	9,67%
Resection_tumeur_vessie	86,60%	82,09%	25,41%	12,34%
Septoplastie	98,38%	80,81%	77,13%	41,03%
Spondylolisthesis_osteosynthese	88,78%	78,19%	55,51%	32,55%
strabisme	104,08%	87,25%	57,76%	34,51%
Thyroidectomie	88,43%	80,65%	31,78%	3,70%
Valve_aortique_CEC	106,91%	91,41%	13,54%	3,45%
Varices	102,13%	88,25%	58,17%	15,55%
Vesicule	82,22%	77,11%	33,90%	5,48%
Toutes interventions	92,19%	84,23%	38,27%	9,20%

Nous reportons les données sur un graphe



2.2.2 L'agrégation des 48 interventions par spécialité montre que 10 sur les 12 évaluables ont un coût moyen inferieur en secteur privé

Spécialités marquées	Rapport privé/public	Taux Remboursement SS	Taux complément Honoraires	Dépassements Hospitalisation (%)
Gynécologie-Obstétrique	92,06	86,51	40,74	4,75
NEUROCHIRURGIE	87,98	75,4	60,19	31,35
Ophtalmologie	96,39	87,58	35,89	10,82
ORL_Chirugicale	92,87	83,02	49,36	13,9
Chirurgie Infantile	94,02	82,25	47,7	17,15
Chirurgie Maxillo-faciale	100,33	79,33	48,19	49,02
Chirurgie Orthopedique	89,91	82,16	48,55	12,82
Chirurgie CardioThoracique	116,9	90,35	12,81	3,16
Chirurgie Generale & Digestive	81,04	76,85	30,97	6,87
Chirurgie Urologique	92,75	85,38	27,86	10,55
Chirurgie Vasculaire	94,76	84,11	30,06	10,57
Chirurgie Plastique	NA	NA	NA	NA



2.2.3 L'agrégation par région montre que l'écart entre privé et public décroît dans les régions économiquement les plus développées. Il n'y a qu'en Ile de France que le secteur privé est plus cher que le secteur public

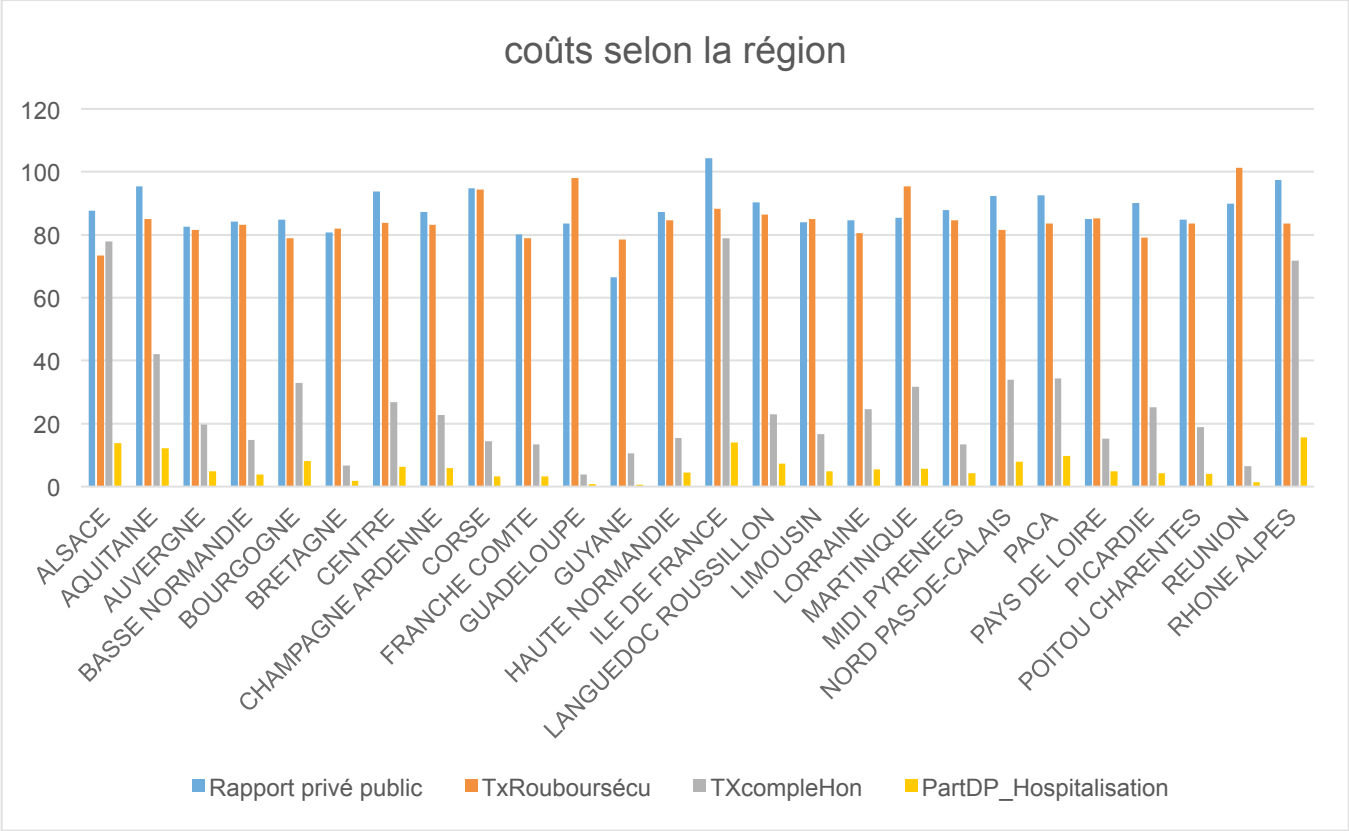


FIGURE 1

2.2.4 L'agrégation selon le niveau de gravité des GHS montre que le rapport des coûts de séjours entre hospitalisation privée et publique diminue lorsque la gravité chirurgicale et obstétricale augmente. Le taux de dépassement se réduit même de manière drastique

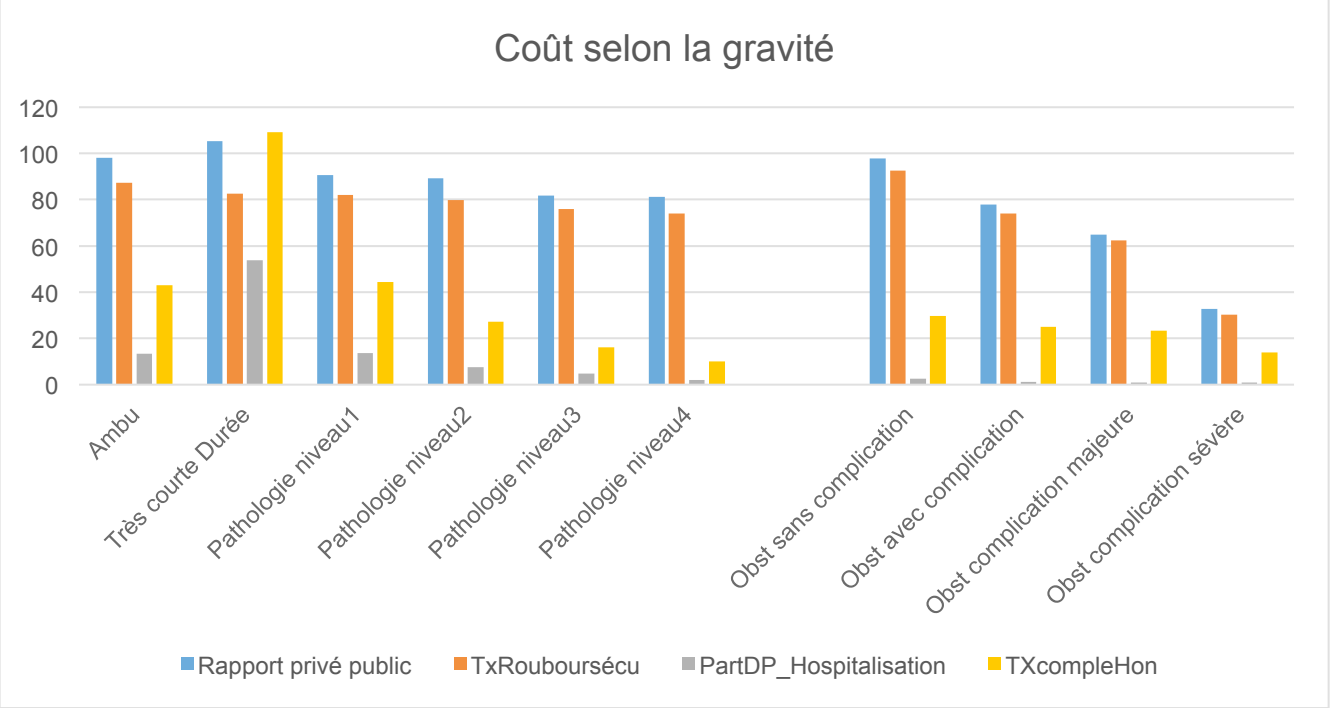
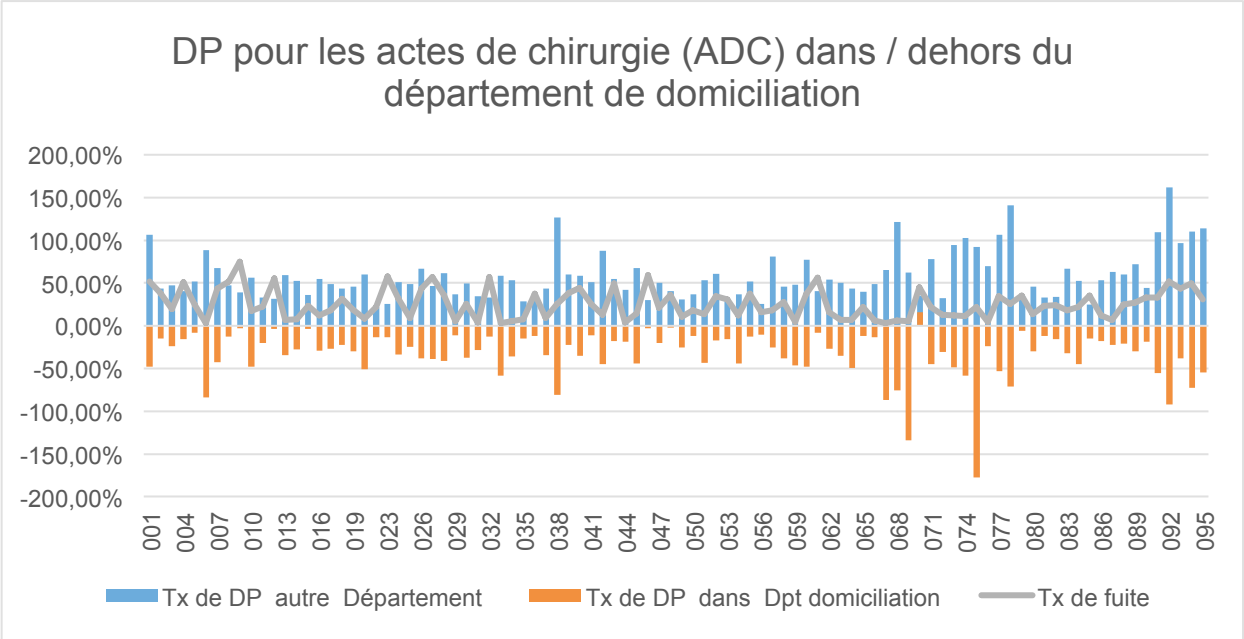


FIGURE 2 - COUT SELON LA GRAVITE

2.2.5 Les compléments d'honoraires sont plus élevés en secteur libéral si les patients choisissent d'être opérés en secteur privé en dehors de leur département de domiciliation

Alors qu'ils pourraient choisir leur département de domiciliation pour être opérés, des patients en nombre important –cette importance est mesurée par le taux de fuite- préfèrent un chirurgien ou un établissement libéral en dehors de leur département. La comparaison n'est faite que lorsque l'intervention est possible dans le département de domiciliation. Dans ces circonstances, on constate que les compléments d'honoraires chirurgicaux sont plus importants que ce qu'ils sont pour les patients qui restent dans leur département. Les patients ne sortent donc pas de leur département pour réduire le coût de leur accès aux soins chirurgicaux mais sûrement pour l'accès à une qualité qu'ils estiment supérieure pour laquelle ils financent plus de compléments d'honoraires.

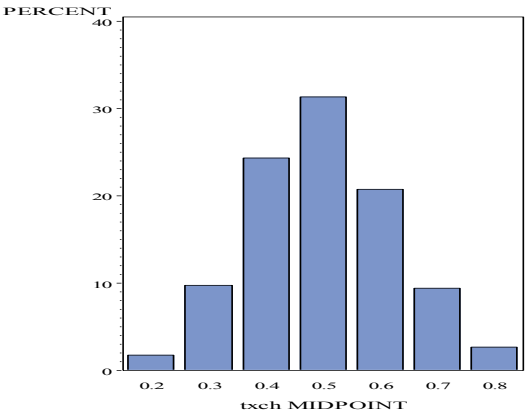


2.2.6 Le coût de la pratique

Tant que l'on fait abstraction de la spécialité, le taux de charges est en moyenne de 50%, très peu différent selon le secteur conventionnel. Le statut ne semble pas modifier ce taux de charges que le médecin soit libéral complet ou qu'il ait une activité libérale à l'hôpital.

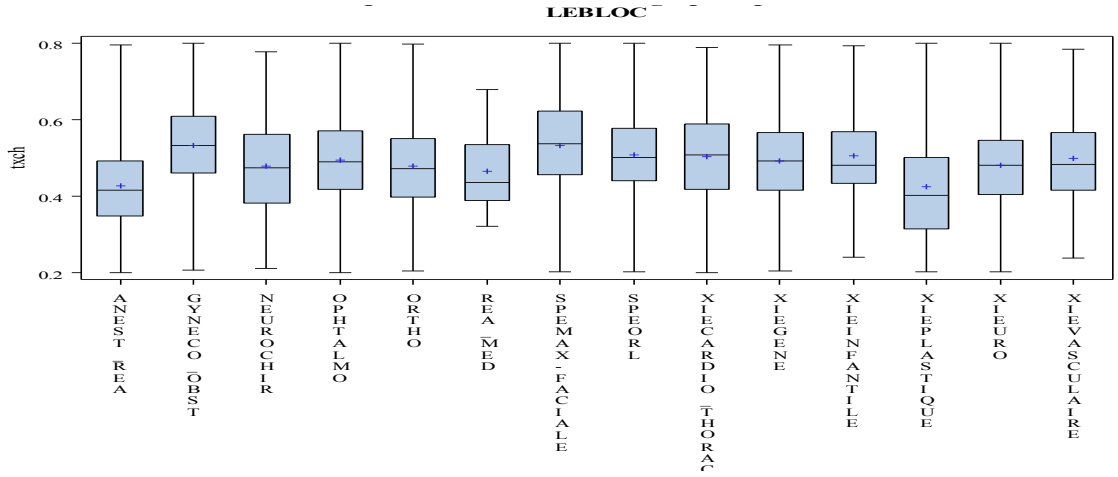
Nature d'exercice	HON. SECU	HON. LIBRES	Global
LIBERAL ACTIVITE SALARIÉE	49%	51%	50%
LIBERAL INTÉGRAL	50%	50%	50%
LIBERAL TEMPS PARTIEL HOSPLT	50%	50%	50%
LIBERAL TEMPS PLEIN HOSPLT	49%	50%	49%
Global	**50%**	**50%**	**50%**

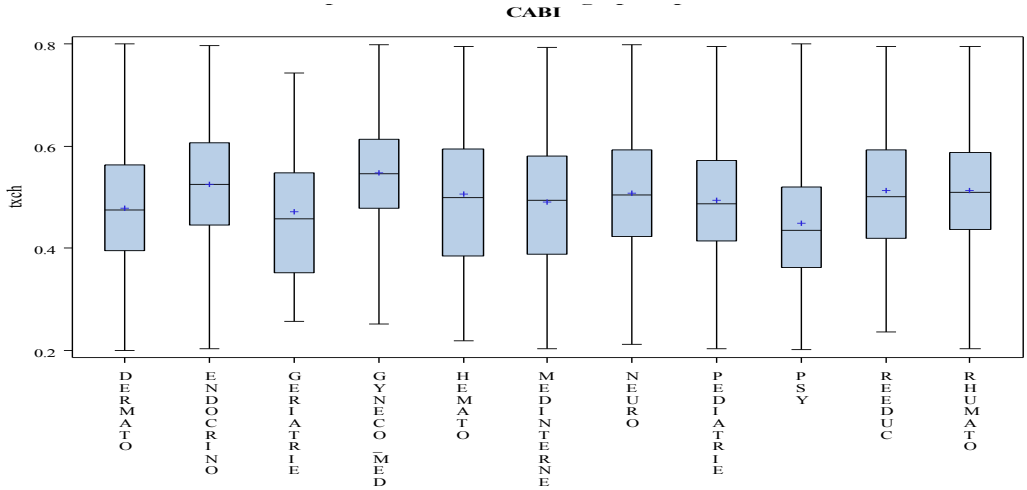
Figure 2-3 répartition des taux de charges observés

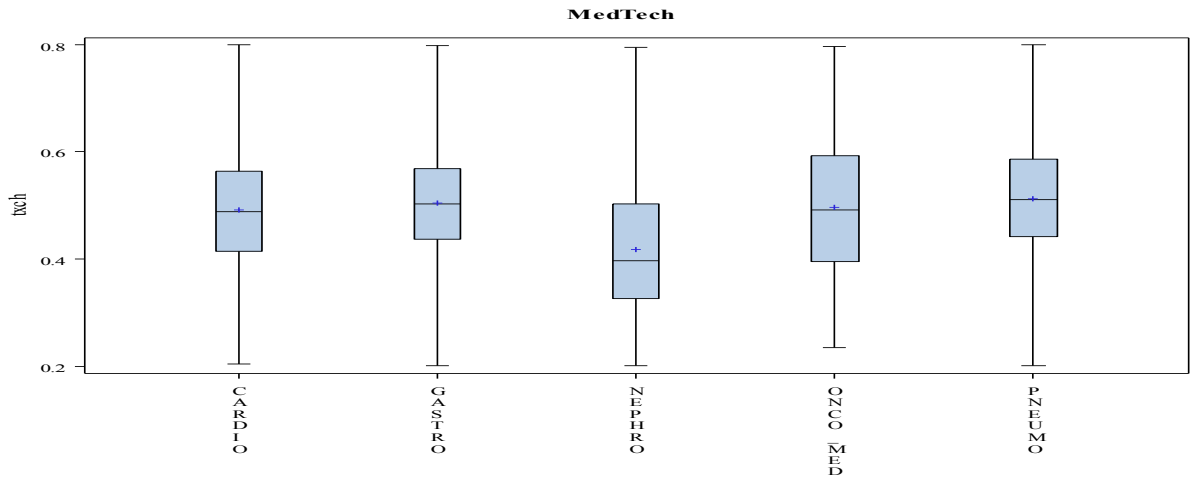


2.2.6.1 *Les charges déterminent des taux moyens caractéristiques des spécialités malgré de fortes dispersions au sein de chacune*

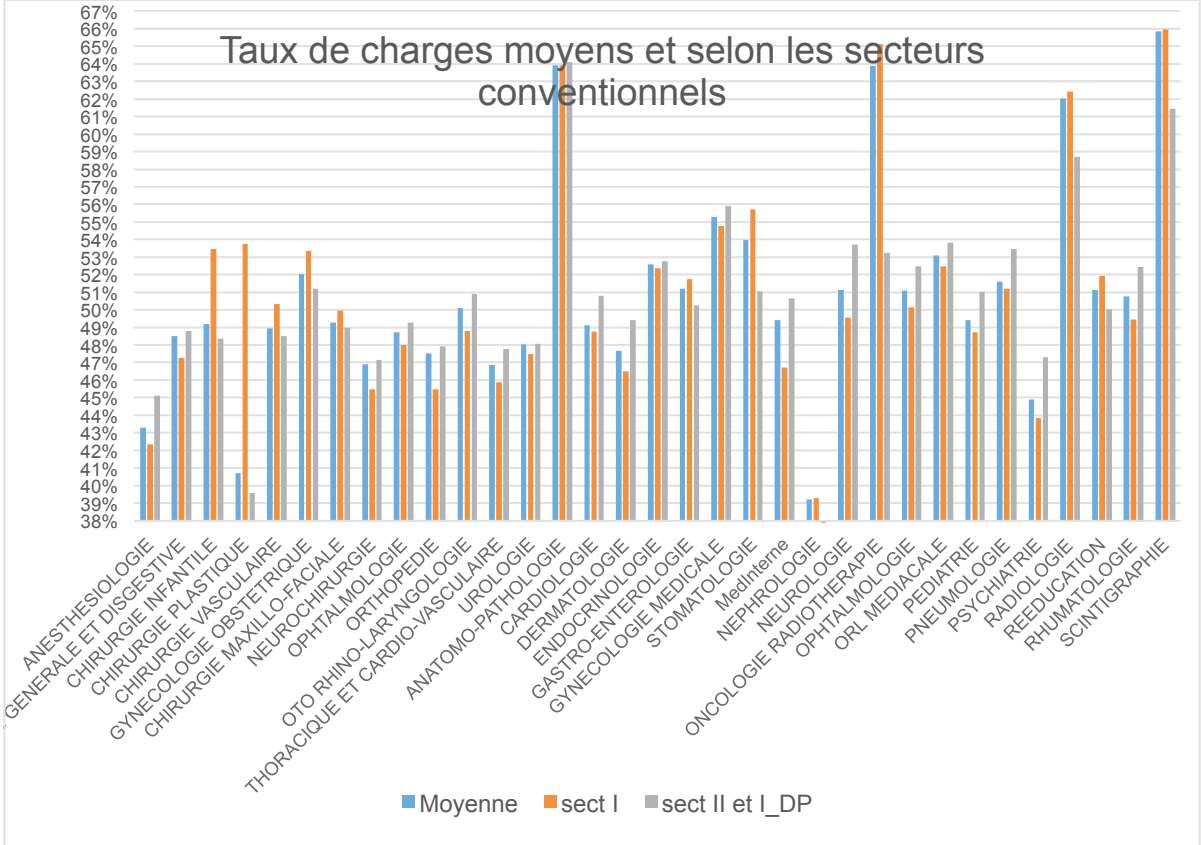
Nous retrouvons une dispersion des valeurs dans toutes les spécialités



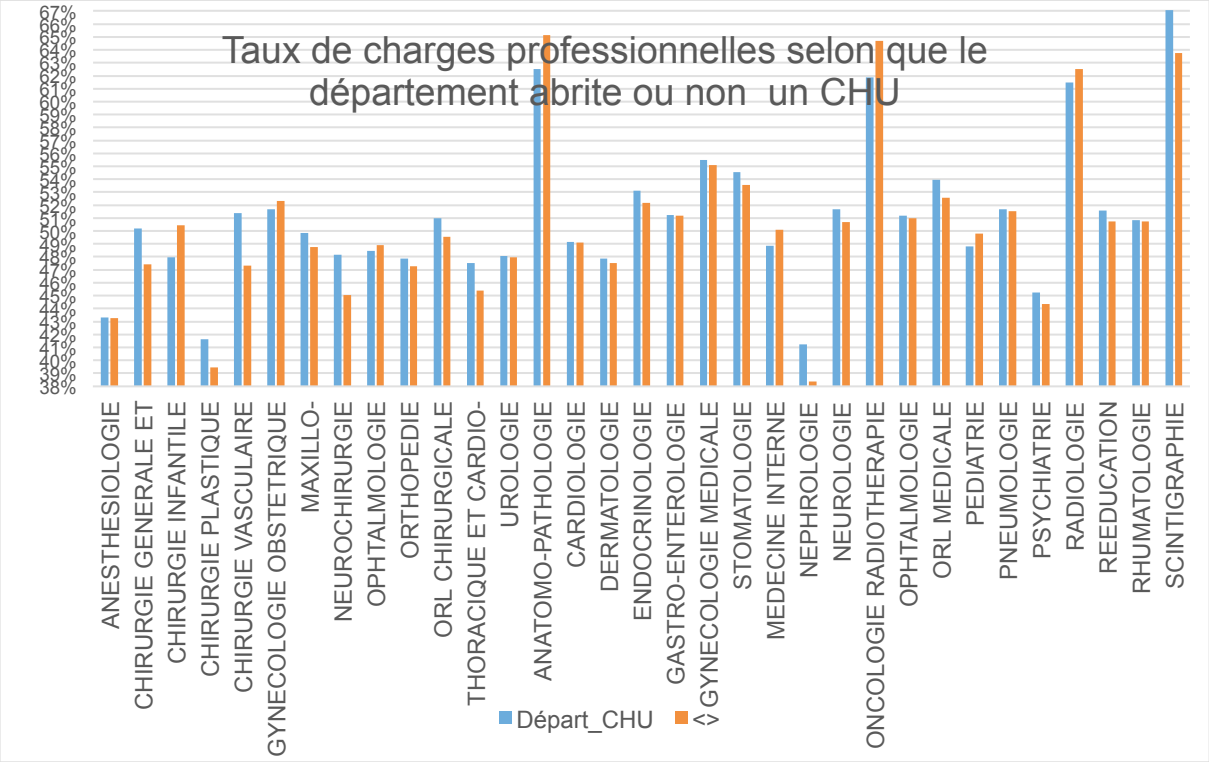




2.2.6.2 *Le taux de charges des secteurs II dépassent de 1 à 3% le taux de charges des secteurs I*

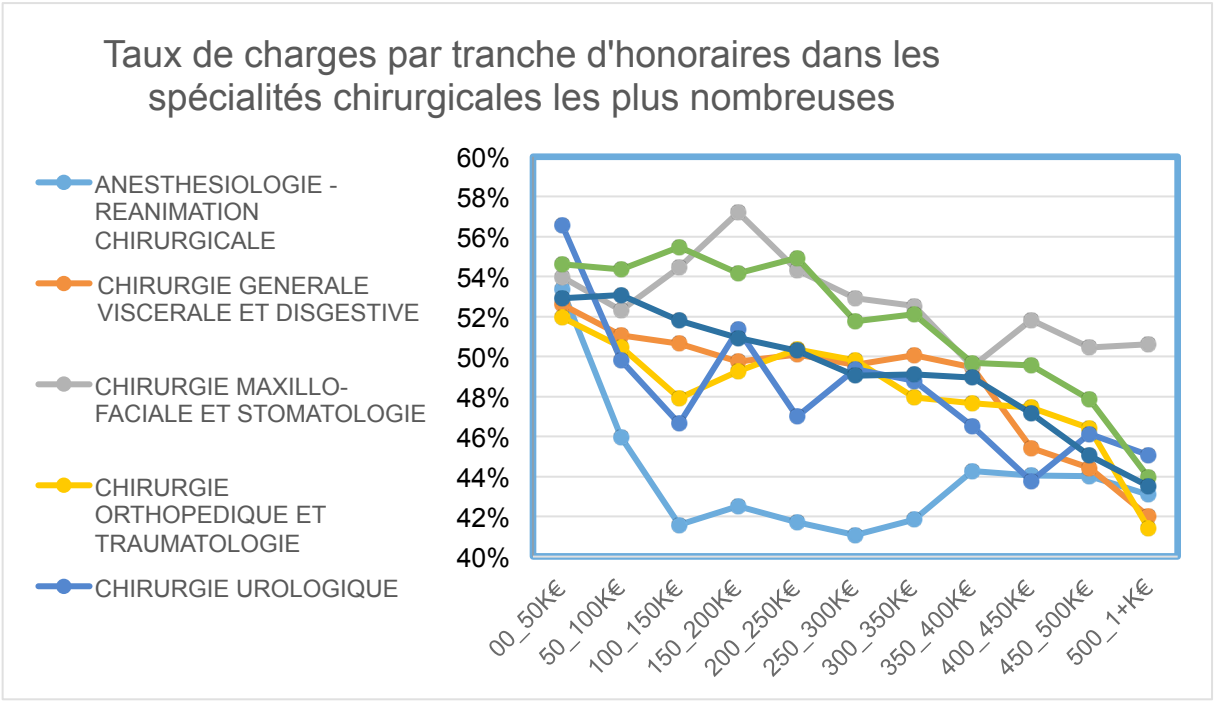


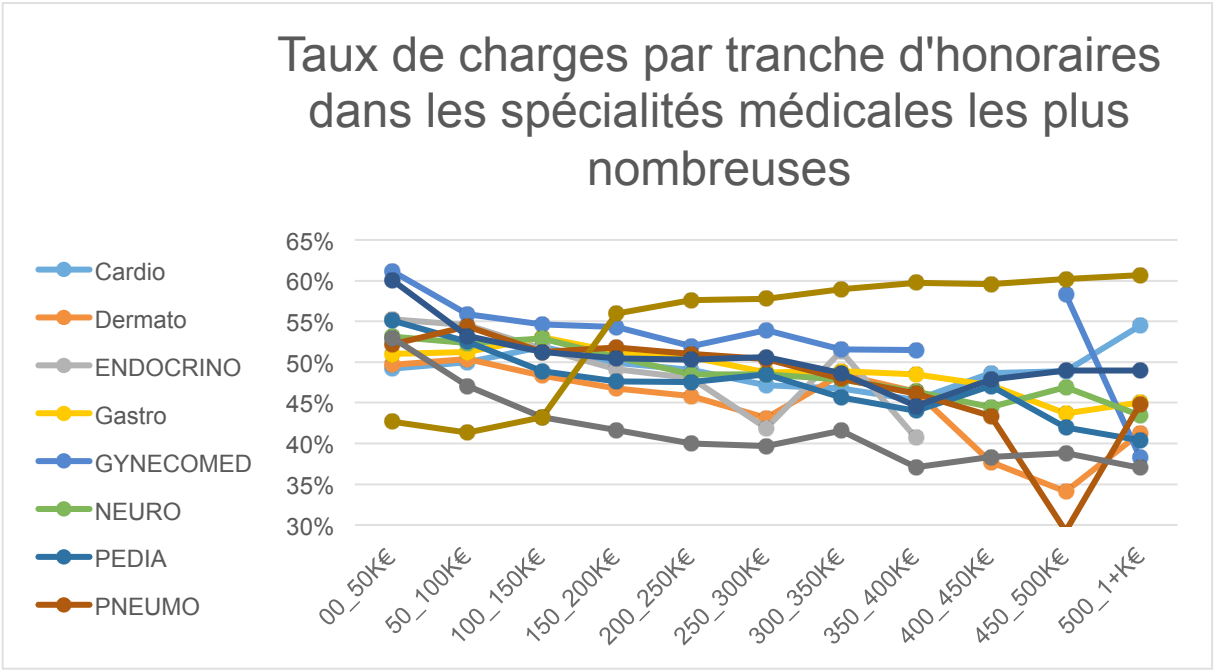
2.2.6.3 *Le taux de charges des médecins libéraux est plus élevé de 0 à 3% si le département est siège d'un CHU sauf pour l'électro-radiologie et l'anapat*



2.2.6.4 *Le taux de charges par tranches d'honoraires pour chaque spécialité révèle une certaine économie d'échelle sans expliquer la dispersion dans chaque spécialité*

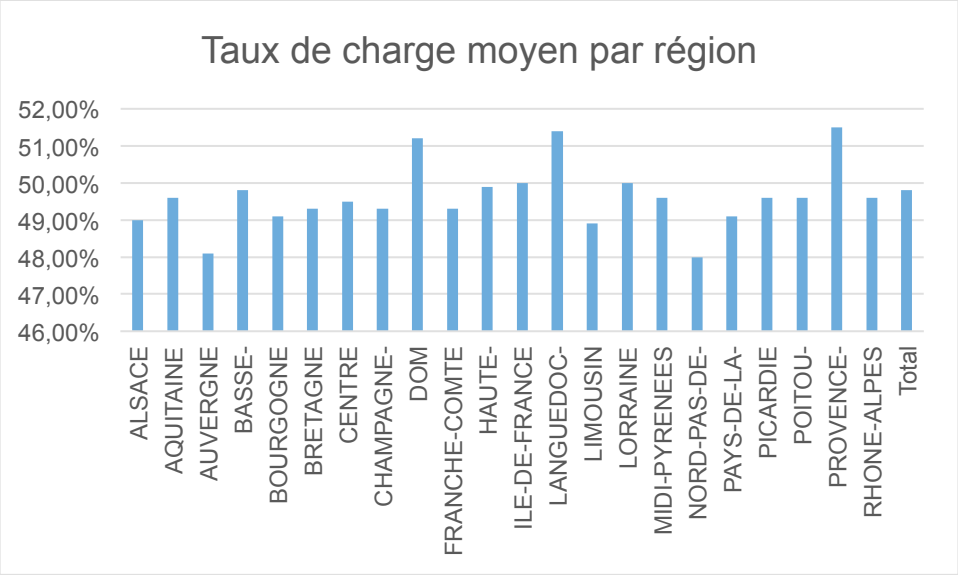
Specialités	[0K€ ; 50 K€ [	[50K€ ; 100 K€ [	[100K€ ; 150 K€ [	[150K€ ; 200 K€ [	[200K€ ; 250 K€ [	[250K€ ; 300 K€ [	[300K€ ; 350 K€ [	[350K€ ; 400 K€ [	[400K€ ; 450 K€ [	[450K€ ; 500 K€ [	[500 K€ ; +[	Total
ANA-PATH	48%	57%	64%	61%	60%	62%	61%	63%	64%	65%	67%	63%
ANEST_REA	53%	46%	42%	43%	42%	41%	42%	44%	44%	44%	43%	43%
CARDIO	49%	50%	52%	50%	49%	47%	47%	45%	49%	49%	54%	49%
DERMATO	50%	50%	48%	47%	46%	43%	49%	46%	38%	34%	41%	48%
ENDOCRINO	55%	55%	52%	49%	48%	42%	51%	41%				53%
GASTRO	51%	51%	53%	51%	51%	49%	49%	48%	47%	44%	45%	50%
GENETIQUE		54%				53%						53%
GERIATRIE	51%	52%	27%	35%				34%				47%
GYNECO_MED	61%	56%	55%	54%	52%	54%	52%	52%		58%	38%	55%
GYNECO_OBST	55%	54%	55%	54%	55%	52%	52%	50%	50%	48%	44%	53%
HEMATO	53%	59%		43%	39%	62%	42%					51%
MED_NUCLE	54%	58%	56%	71%	70%	68%	69%	62%	65%	66%	66%	66%
MEDINTERNE	50%	52%	51%	49%	45%	44%	50%	35%	35%	43%	74%	49%
NEPHRO	50%	46%	39%	43%	40%	43%	38%	44%	37%	42%	40%	42%
NEURO	53%	52%	53%	51%	48%	49%	48%	46%	44%	47%	43%	51%
NEUROCHIR	57%	64%	55%	58%	47%	44%	36%	45%	41%	51%	40%	48%
ONCO_MED	53%	48%	45%	51%	50%	42%	56%	62%	27%	46%	44%	50%
OPHTALMO	53%	53%	52%	51%	50%	49%	49%	49%	47%	45%	44%	49%
ORTHO	52%	50%	48%	49%	50%	50%	48%	48%	47%	46%	41%	48%
PEDIATRIE	55%	53%	49%	48%	48%	49%	46%	44%	47%	42%	40%	49%
PNEUMO	52%	54%	51%	52%	51%	50%	48%	46%	43%	29%	45%	51%
PSY	53%	47%	43%	42%	40%	40%	42%	37%	38%	39%	37%	45%
RADIO	43%	41%	43%	56%	58%	58%	59%	60%	60%	60%	61%	57%
RADIOTHERAPIE	71%	78%	66%	68%	61%	59%	65%	69%	48%		72%	69%
REA_MED				40%	43%			43%		68%		47%
REEDUC	56%	52%	51%	51%	51%	47%	47%	49%	46%	62%	60%	51%
RHUMATO	60%	53%	51%	50%	50%	51%	49%	45%	48%	49%	49%	51%
SPEMAX-FACIALE	54%	52%	54%	57%	54%	53%	53%	50%	52%	50%	51%	53%
SPEORL	53%	52%	53%	52%	50%	48%	49%	47%	50%	43%	46%	51%
XIECARDIO_THORAC	63%	56%	48%	52%	57%	45%	52%	51%	40%	39%	40%	50%
XIEGENE	53%	51%	51%	50%	50%	50%	50%	49%	45%	44%	42%	49%
XIEINFANTILE	56%	47%	50%	54%	50%	44%	48%	48%	31%			51%
XIEPLASTIQUE	53%	48%	44%	35%	43%	39%	37%	40%	46%	52%	39%	42%
XIEURO	57%	50%	47%	51%	47%	49%	49%	47%	44%	46%	45%	48%
XIEVASCULAIRE	57%	54%	45%	46%	48%	51%	52%	49%	49%	60%	44%	50%
Total	**53%**	**51%**	**50%**	**50%**	**49%**	**48%**	**48%**	**49%**	**49%**	**50%**	**53%**	**50%**





Le taux de charges moyen décroît légèrement avec l'augmentation des honoraires sans expliquer la dispersion des charges.

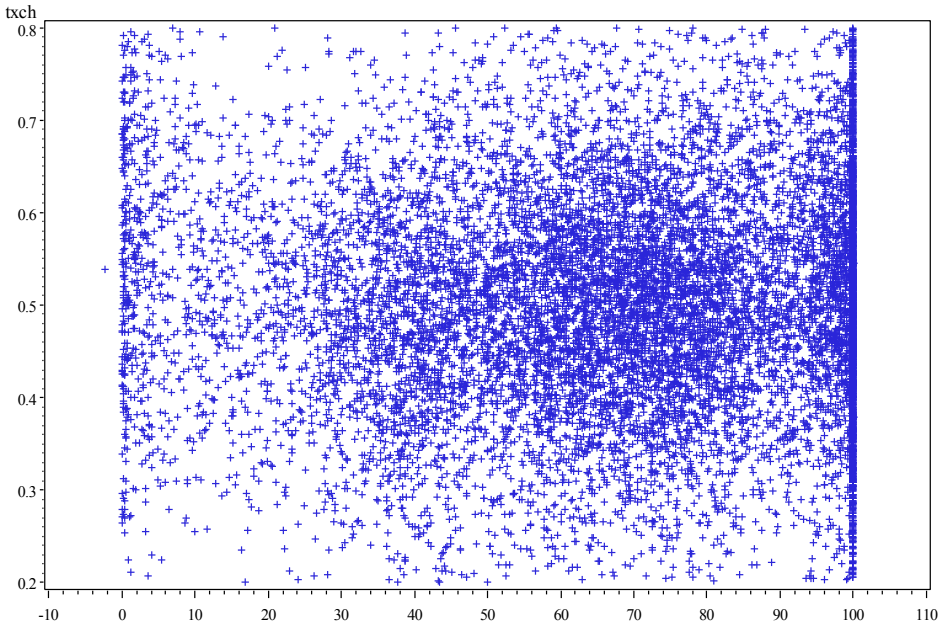
2.2.6.5 *Le taux de charges varie de 2% maximum entre les régions et n'explique pas les dispersions au sein des spécialités*



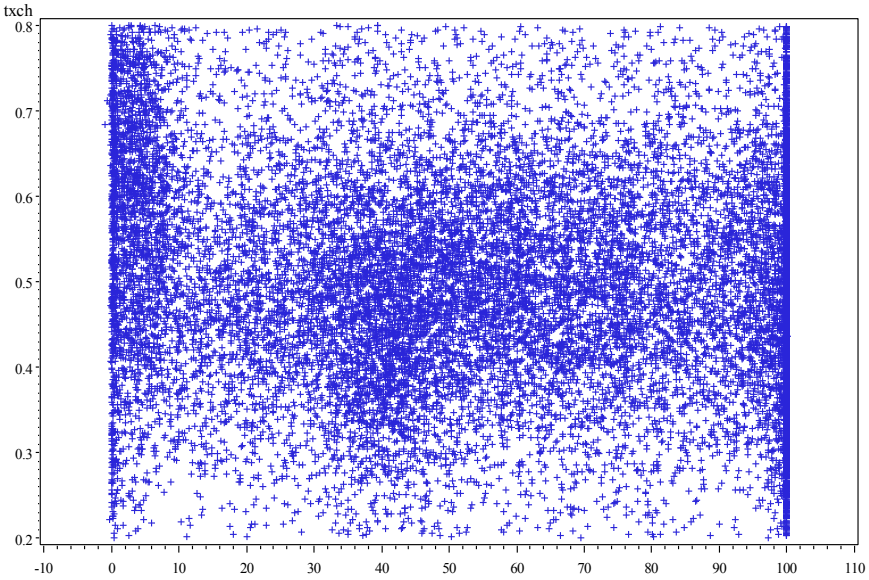
2.2.6.6 *Le taux de charges selon le pourcentage d'actes techniques par spécialité ne révèle pas la nécessité d'isoler les charges des actes techniques de la CCAM des charges de consultation*

Au regard du nuage de points suivant, il n'existe a priori pas de corrélation évidente entre les deux variables :

NUAGE DE POINTS : (TAUX DE CHARGE) X (TAUX ACTES NON CCAM) – (HONORAIRES LIBRES)



NUAGE DE POINTS : (TAUX DE CHARGE) X (TAUX ACTES NON CCAM) – (HONORAIRES SECURITE SOCIALE)



Ici, le coefficient de corrélation est non significatif (- 0.06) sur l'ensemble de l'échantillon. Ce coefficient calculé au sein de chacune des spécialités (représentées par plus de 100 praticiens), ne dépasse jamais 0.2 en valeur absolue.

Il n'y a donc pas de corrélation entre le montant d'actes CCAM réalisés par un médecin et le taux de charges qu'il déclare.

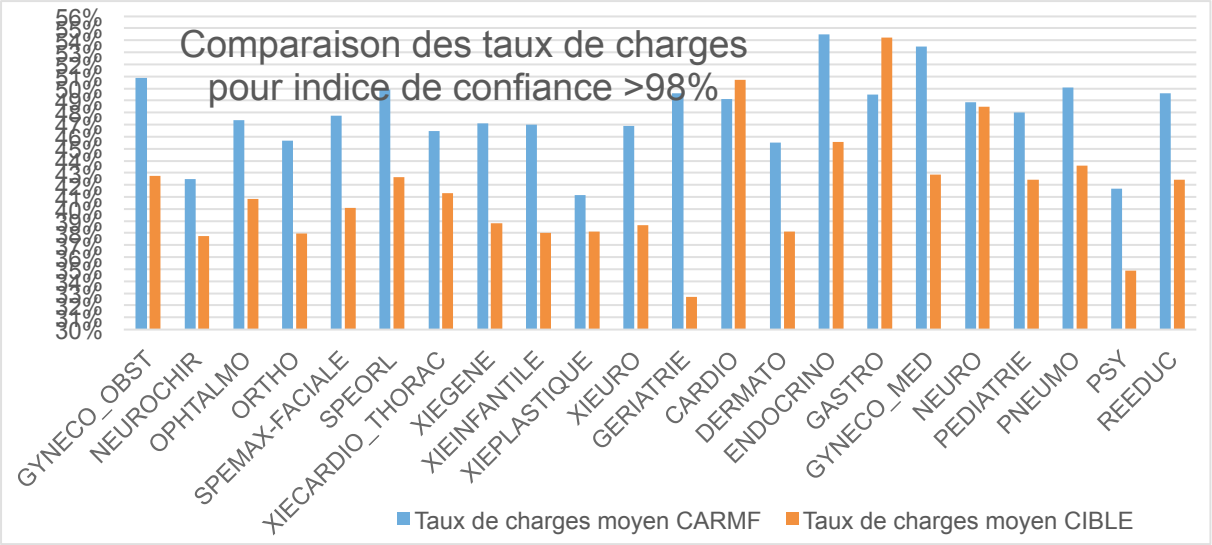
Il ne paraît donc pas incohérent, pour déterminer le montant de charges cibles afférentes à un acte CCAM pratiqué par le médecin, d'appliquer son taux de charges enregistré au fichier BNC.

2.2.6.7 *La répartition des activités correspondant à chaque coefficient Cg permet de calculer un coût de la pratique à partir des charges réelles par spécialité*

Spécialités	ACTES EN YYYY	ACTES NON REMB	ACTES SANS CG	CG NON TARIFE	cgall	cgang	cgarea	cgcam	cgcami	cgchir	cgder	cgech	cgechvas	cggas	cggyn	cgirm	cgmge	cgmpr	cgnro	cgoph	cgorl	cgpne	cgrad	cgrhu	cgscan	
ANA-PATH	3	0	80	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
ANEST_REA	71	0	15	0	0	0	77	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
CARDIO	1	0	0	0	0	0	0	71	10	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
DERMATO	01	0	0	0	1	0	0	0	0	12	86	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	100
ENDOCRINO	3	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0	69	2	0	7	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	100
GASTRO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	6	0	92	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
GENETIQUE	1	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	89	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
GERIATRIE	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	97	0	0	0	0	0	0	2	0	100
GYNECO_MED	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	54	0	0	39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
GYNECO_OBST	3	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	47	0	0	44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
HEMATO	0	0	1	19	0	0	76	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
MED_NUCLE	01	0	8	91	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
MEDINTERNE	1	0	4	11	1	0	3	20	0	0	0	2	11	31	1	0	2	0	0	0	0	2	1	1	0	100
NEPHRO	2	0	0	97	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
NEURO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4	0	94	0	0	0	0	0	0	100
NEUROCHIR	11	0	0	0	0	0	1	0	0	93	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	100
ONCO_MED	3	0	0	18	0	0	60	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	100
OPHTALMO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	0	0	0	0	0	100
ORTHO	14	0	0	0	0	0	0	0	0	98	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	100
PEDIATRIE	0	0	0	0	6	0	0	8	1	0	0	1	0	1	0	0	2	0	3	4	20	15	0	0	0	100
PNEUMO	7	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	81	5	0	0	100
PSY	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	88	0	10	0	0	0	0	0	0	100
RADIO	37	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	25	2	0	0	9	0	0	0	0	0	0	49	0	9	100
RADIOTHERAPIE	09	0	3	26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
REA_MED	1	0	0	4	0	0	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	100
REEDUC	2	0	1	0	0	0	0	0	0	13	0	2	0	0	0	0	1	3	31	0	1	0	7	40	0	100
RHUMATO	1	0	4	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	25	59	0	100
SPEMAX-FACIALE	1	0	0	0	0	0	0	0	0	73	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	18	0	3	0	1	100
SPEORL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	86	2	0	0	0	100
XIECARDIO_TH	7	0	1	0	0	0	0	0	8	82	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	100
XIEGENE	3	0	0	0	0	0	0	0	1	89	0	1	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
XIEINFANTILE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	98	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
XIEPLASTIQUE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	89	7	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	100
XIEURO	2	0	0	0	0	0	0	0	0	90	0	6	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
XIEVASCULAIRE	9	0	2	0	0	0	0	0	18	70	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
Grand Total	**6**	**0**	**4**	**3**	**0**	**0**	**8**	**8**	**1**	**14**	**1**	**8**	**1**	**5**	**3**	**2**	**0**	**0**	**2**	**12**	**4**	**3**	**10**	**2**	**2**	**10**

2.2.6.8 *Le taux de charges moyen réel est très différent du taux de charges en tarif cible*

	Chiffres observés				Tarif cible		
Spécialités	Montant de charges réel du praticien(observé BNC-rapporté au périmètre CCAM)	Montant total des honoraires CCAM	Taux de charge moyen	Indice confiance	Montant des charges calculées par la CCAM en tarif cible	Montant des honoraires en tarif cible	Taux de charge moyen
ANA-PATH	2335528	18407528	13%	20%	313200	675244	46%
ANEST_REA	159667140	381439711	42%	85%	88249580	287475229	31%
CARDIO	225320317	458482644	49%	99%	212928197	419879839	51%
DERMATO	29119067	63995906	46%	100%	23054292	60427808	38%
ENDOCRINO	1191149	2184935	55%	99%	696377	1528325	46%
GASTRO	101910472	205842158	50%	100%	90143400	166171970	54%
GENETIQUE	134993	255746	53%	100%	111863	234434	48%
GERIATRIE	63696	128407	50%	100%	29870	91344	33%
GYNECO_MED	18461263	34522065	53%	100%	12533237	29243862	43%
GYNECO_OBST	122178354	239999273	51%	100%	74244135	173661356	43%
HEMATO	46400	92741	50%	81%	37512	120327	31%
MED_NUCLE	209321	310959	67%	1%	133943	282788	47%
MEDINTERNE	2861849	5939637	48%	85%	2042819	4222046	48%
NEPHRO	529319	1286822	41%	3%	184436	489824	38%
NEURO	28690968	58726771	49%	100%	28880276	59525881	49%
NEUROCHIR	9117207	21463609	42%	99%	5294058	14023385	38%
ONCO_MED	78638	167701	47%	82%	56305	176287	32%
OPHTALMO	231853887	489480652	47%	100%	204996918	501672895	41%
ORTHO	105020032	229945496	46%	100%	61113060	160986430	38%
PEDIATRIE	8444556	17587060	48%	100%	4859283	11455456	42%
PNEUMO	61905345	123551513	50%	100%	50993167	116916567	44%
PSY	908703	2179647	42%	100%	620635	1779477	35%
RADIO	418856830	774411666	54%	98%	327490631	644298604	51%
RADIOTHERAPIE	58561251	81031311	72%	70%	45669	160836	28%
REA_MED	740436	1539627	48%	96%	49295	99441	50%
REEDUC	7787006	15692053	50%	99%	6184419	14566754	42%
RHUMATO	48696309	99341906	49%	96%	41962583	98510859	43%
SPEMAX-FACIALE	4637144	9714961	48%	100%	2509302	6257849	40%
SPEORL	100591249	201507056	50%	100%	75521357	177163643	43%
XIECARDIO_THORAC	12488799	26872183	46%	99%	9648119	23341281	41%
XIEGENE	89652364	190374292	47%	100%	52730472	135780611	39%
XIEINFANTILE	1524986	3244912	47%	100%	781210	2053245	38%
XIEPLASTIQUE	6065211	14732177	41%	100%	2673577	7006844	38%
XIEURO	36565671	77980750	47%	100%	21905644	56666466	39%
XIEVASCULAIRE	16434493	33271275	49%	97%	11491044	25004207	46%
GrandTotal	**1912649952**	**3885705149**	**49%**	93%	**1414509889**	**3201951413**	**44%**



Les taux de charges constatés à partir des données de la CARMF montrent que la plupart des spécialités ont un taux de charges réel supérieur à celui prévu dans le coût de la pratique des actes cibles. Il faut relever l'exception des spécialités médicales : cardiologie, gastro-entérologie, et neurologie. Comme le montre l'histogramme ci-dessus.

Pour la radiothérapie, les actes principaux n'ont pas de valeur cible. Ils sont en actes YYYY.

Par ailleurs, le montant des honoraires total de 3 909 M€ correspond à la somme des actes en « YYYY », des actes non remboursés et des actes dont le tarif cible est calculable. Le montant total des charges de l'ensemble des praticiens du panel s'élève à 1 934M€. Le montant des charges calculées par la CCAM, en tarif cible représente 1673M€.

Si on limite l'analyse aux spécialités dont l'indice de confiance est supérieur ou égal à 99%, le volume des dépenses analysées passe de 3 909M€ à 3 229M€, pour un volume de charge observé de 1 630M€. Pour les spécialités dont l'indice est inférieur, nous ne disposons pas d'éléments nous semblant assez fiables pour indiquer quelle pourrait être la nouvelle valeur de Cg qui équilibrerait le montant de leur charges réelles et des charges déduites de la tarification cible. Il s'agit des 12 spécialités « grisées » dans le tableau ci-dessus.

Sur l'ensemble des spécialités dont l'indice de confiance convient, les charges calculées par la CCAM représentent 93% des charges réelles. Cependant, comme le montre le tableau ci-dessous, (colonne rapport (b)/(a)), il existe une grande disparité de couverture des charges réelles par la CCAM dans le tarif cible actuel. À titre d'exemple, le tarif cible de la CCAM couvre 182% des charges réelles des cardiologues, 61% des charges des gynécologues-obstétriciens, 44% des charges des chirurgiens plastique.

Cout de la pratique au sein de la CCAM actuelle

SpecRegrLb2	Montant de charges reelles (a)	Somme de depens_CCAM	Montant de charges calculées CCAM (b)	Ecart initial (b)-(a)	Rapport (b)/(a)	Taux de charge moyen	indice confiance	A retarifer
CARDIO	225320317	458482644	212928197	-12392120	0,95	49%	99%	1
DERMATO	29119067	63995906	23054292	-6064774	0,79	46%	100%	1
ENDOCRINO	1191149	2184935	696377	-494772	0,58	55%	99%	1
GASTRO	101910472	205842158	90143400	-11767073	0,88	50%	100%	1
GENETIQUE	134993	255746	111863	-23130	0,83	53%	100%	1
GERIATRIE	63696	128407	29870	-33826	0,47	50%	100%	1
GYNECO_MED	18461263	34522065	12533237	-5928025	0,68	53%	100%	1
GYNECO_OBST	122178354	239999273	74244135	-47934219	0,61	51%	100%	1
HEMATO	46400	92741	37512	-8888	0,81	50%	81%	0
MED_NUCLE	209321	310959	133943	-75378	0,64	67%	1%	0
MEDINTERNE	2861849	5939637	2042819	-819030	0,71	48%	85%	0
NEPHRO	529319	1286822	184436	-344883	0,35	41%	3%	0
NEURO	28690968	58726771	28880276	189309	1,01	49%	100%	1
NEUROCHIR	9117207	21463609	5294058	-3823149	0,58	42%	99%	1
ONCO_MED	78638	167701	56305	-22332	0,72	47%	82%	0
OPHTALMO	231853887	489480652	204996918	-26856969	0,88	47%	100%	1
ORTHO	105020032	229945496	61113060	-43906973	0,58	46%	100%	1
PEDIATRIE	8444556	17587060	4859283	-3585272	0,58	48%	100%	1
PNEUMO	61905345	123551513	50993167	-10912178	0,82	50%	100%	1
PSY	908703	2179647	620635	-288068	0,68	42%	100%	1
RADIO	418856830	774411666	327490631	-91366199	0,78	54%	98%	1
RADIOTHERAPIE	58561251	81031311	45669	-58515582	0,00	72%	70%	0
REA_MED	740436	1539627	49295	-691141	0,07	48%	96%	0
REEDUC	7787006	15692053	6184419	-1602587	0,79	50%	99%	1
RHUMATO	48696309	99341906	41962583	-6733726	0,86	49%	96%	0
SPEMAX-FACIALE	4637144	9714961	2509302	-2127843	0,54	48%	100%	1
SPEORL	100591249	201507056	75521357	-25069892	0,75	50%	100%	1
XIECARDIO_THOR	12488799	26872183	9648119	-2840680	0,77	46%	99%	1
XIEGENE	89652364	190374292	52730472	-36921891	0,59	47%	100%	1
XIEINFANTILE	1524986	3244912	781210	-743776	0,51	47%	100%	1
XIEPLASTIQUE	6065211	14732177	2673577	-3391634	0,44	41%	100%	1
XIEURO	36565671	77980750	21905644	-14660027	0,60	47%	100%	1
XIEVASCULAIRE	16434493	33271275	11491044	-4943450	0,70	49%	97%	0
GrandTotal	**19126499**	**3885705149**	**14145098**			0	**93%**	34
Total	**17844919**	**3662723171**	**13585062**	-	**0,76**			**26**

Les coefficients généraux actuels, « retarifés », et l'incidence sur le tarif de base de remboursement.

	Valeur tarif cible	nouvelle valeur	correction tarif
cgall	0,177		
cgang	0,261		
cgaréa	0,192		
cgcami	0,906	0,488	**69%**
cgcam	0,399	0,488	**111%**
cgchir	0,269	0,465	**128%**
cgder	0,272	0,323	**107%**
cgech	0,402	0,696	**135%**
cgechvas	0,357		
cggas	0,538	0,584	**105%**
cggyn	0,252	0,302	**107%**
cgirm	0,051	0,696	**231%**
cgmge	0,213		
cgmpr	0,354		
cgnro	0,424		
cgoph	0,304	0,344	**105%**
cgorl	0,330	0,435	**114%**

cgpne	0,320	0,404	**111%**
cgrad	0,771	0,696	**94%**
cgrhu	0,230		
cgscan	0,040	0,696	**237%**

Rappelons que cette nouvelle tarification intègre le financement de la totalité des charges mais après suppression des majorations actuelles (forfaits IRM et scanners, actes transitoires YYYY et modificateurs sans justification médicale).

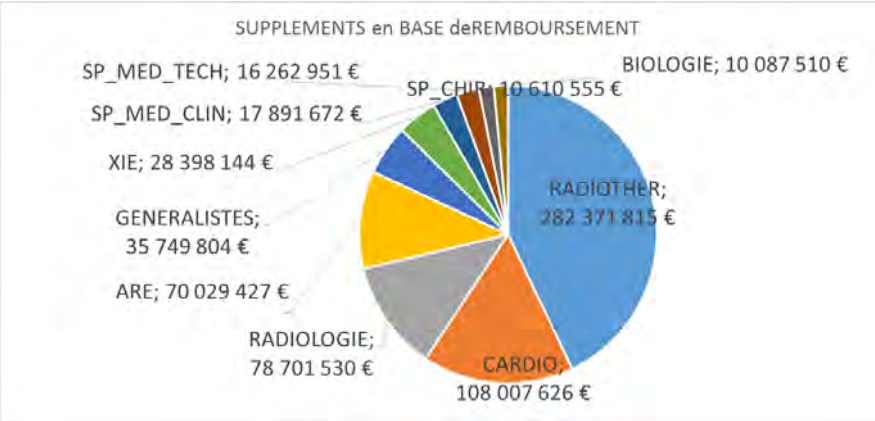
Valeur des charges après correction s'il y a lieu des coefficients généraux Cg

Spécialité	Montant de charges CCAM avec nouvelle valeur du Cg (b')	Ecart après retarification des Cg (b')-(a)	NOUVEAU MONTANT CIBLE	Rapport (b')/(a)
CARDIO	225 392 234	71 916	432 159 583	1,00
DERMATO	29 116 609	-2 458	66 489 748	1,00
ENDOCRINO	1 143 725	-47 424	1 975 641	0,96
GASTRO	101 916 418	5 945	177 936 017	1,00
GENETIQUE	186 927	51 934	309 498	1,38
GERIATRIE	29 915	-33 781	91 315	0,47
GYNECO_MED	19 254 290	793 027	35 964 371	1,04
GYNECO_OBST	115 217 642	6 960 -711	214 631 073	0,94
HEMATO	38 005	-8 395	120 820	0,82
MED_NUCLE	188 560	-20 761	337 390	0,90
MEDINTERNE	2 284 245	-577 604	4 463 395	0,80
NEPHRO	222 936	-306 383	527 338	0,42
NEURO	28 949 345	258 378	59 591 819	1,01
NEUROCHIR	8 922 837	-194 370	17 651 724	0,98
ONCO_MED	58 333	-20 305	177 958	0,74
OPHTALMO	231 971 228	117 341	528 644 682	1,00
ORTHO	105 000 703	19 330	204 869 693	1,00
PEDIATRIE	5 884 526	2 560 -030	12 480 408	0,70
PNEUMO	61 333 630	-571 715	127 240 633	0,99
PSY	622 847	-285 855	1 781 532	0,69
RADIO	418 856 830	-	689 625 517	1,00
RADIOTHERAPIE	45 116	58 516 -135	126 910	0,00
REA_MED	40 533	-699 903	90 679	0,05
REEDUC	6 662 060	-1 124 946	15 043 531	0,86
RHUMATO	41 640 931	-7 055 378	98 176 990	0,86

SPEMAX-FACIALE	622	3 874	- 522	762	505	7 602	0,84
SPEORL	856	100 624	608	33	270	202 266	1,00
XIECARDIO_THORAC	528	14 533	729	2 044	690	28 226	1,16
XIEGENE	640	86 585	- 723	3 066	956	169 633	0,97
XIEINFANTILE	726	1 340	- 260	184	761	2 612	0,88
XIEPLASTIQUE	459	4 410	- 752	1 654	384	8 743	0,73
XIEURO	645	37 341	974	775	565	72 100	1,02
XIEVASCULAIRE	202	14 366	- 291	2 068	107	27 879	0,87
SOMME	**537**	**1 758 006**			**064 751**	**3 499**	
	676	**1 699 121**	**- 025**	**13 316**	**164 165**	**3 367**	**0,95**

2.2.7 Les actes en suppléments codés « YYYY--- » de la CCAM dit transitoires car « dérogatoires aux bonnes règles » sont pour ¾ réservés à 3 spécialités médicales : radiothérapeutes, radiologues, cardiologues

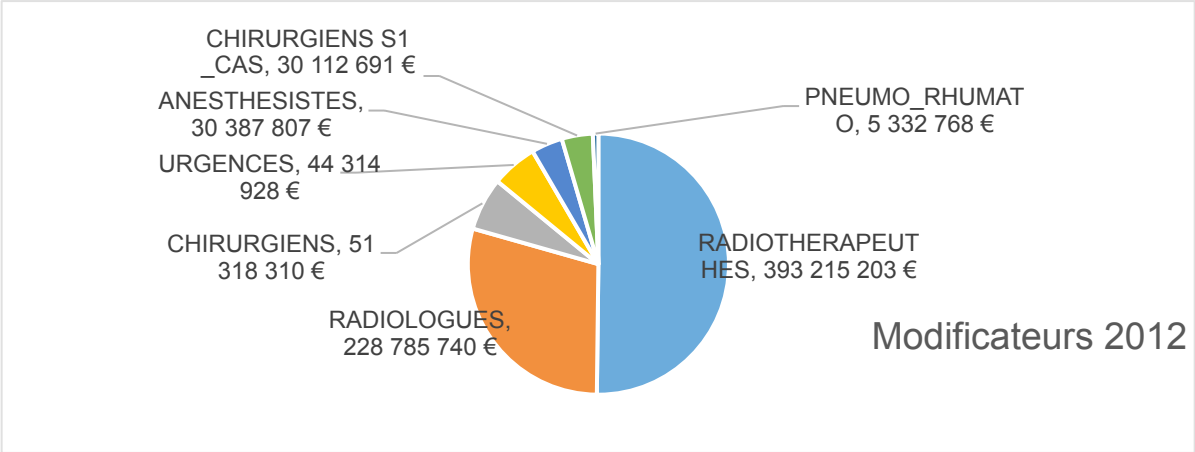
Les actes en suppléments en code "YYYY" de la CCAM		
Libellés Spécialités	Regroupement	Total de Remboursement
Medecine generale	MED_GEN	35 746 031 €
Specialiste en medecine generale avec diplôme	MED_GEN	3 319 €
Specialite en med. Generale reconnue par l'ordre	MED_GEN	454 €
Anesthesiologie - reanimation chirurgicale	ANESTHESIE	66 394 433 €
Chirurgie maxillo-faciale	CHIRUR_SPE	18 437 €
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	CHIRUR_SPE	147 202 €
Ophtalmologie	CHIRUR_SPE	1 000 €
Oto rhino-laryngologie	CHIRUR_SPE	89 181 €
Stomatologie	CHIRUR_SPE	35 711 €
Chirurgie generale	CHIRURGIE	8 326 605 €
Chirurgie infantile	CHIRURGIE	13 871 €
Chirurgie orthopedique et traumatologie	CHIRURGIE	3 177 012 €
Chirurgie plastique reconstructrice et esthetique	CHIRURGIE	101 094 €
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	CHIRURGIE	4 625 974 €
Chirurgie urologique	CHIRURGIE	3 761 391 €
Chirurgie vasculaire	CHIRURGIE	5 880 031 €
Chirurgie viscerale et digestive	CHIRURGIE	2 079 192 €
Neurochirurgie	CHIRURGIE	432 973 €
Gynecologie obstetrique	GYN-OBST	9 558 246 €
Gynecologie obstetrique et gynecologie medicale	GYN-OBST	712 519 €
Obstetrique	GYN-OBST	48 258 €
Anatomie-cytologie-pathologique	ANA-PAT	10 068 568 €
Reanimation medicale	ANESTHESIE	3 634 994 €
Directeur laboratoire medecin	BIOL	219 €
Genetique medicale	BIOL	3 502 €
Medecine nucleaire	ELECTRO-RADIOL	18 722 €
Oncologie radiotherapique	ELECTRO-RADIOL	184 900 941 €
Radiodiagnostic et imagerie medicale	ELECTRO-RADIOL	78 701 530 €
Radiotherapie	ELECTRO-RADIOL	97 470 874 €
Dermatologie et venerologie	MED_CLIN	245 621 €
Endocrinologie et metabolismes	MED_CLIN	414 069 €
Geriatrie	MED_CLIN	83 250 €
Gynecologie medicale	MED_CLIN	2 925 339 €
Hematologie	MED_CLIN	143 960 €
Medecine interne	MED_CLIN	2 036 861 €
Neurologie	MED_CLIN	949 888 €
Neuropsychiatrie	MED_CLIN	5 146 €
Oncologie medicale	MED_CLIN	51 705 €
Pediatrie	MED_CLIN	8 765 329 €
Psychiatrie generale	MED_CLIN	136 589 €
Rhumatologie	MED_CLIN	1 837 817 €
Gastro-enterologie et hepatologie	MED_TECH	833 586 €
Medecine physique et de readaptation	MED_TECH	344 301 €
Nephrologie	MED_TECH	1 876 501 €
Pathologie cardio-vasculaire	MED_TECH	108 007 626 €
Pneumologie	MED_TECH	13 501 159 €
Total		658 111 032 €



La très grande majorité de la radiothérapie et une part importante de la radiologie de la cardiologie et de l'anesthésie sont financées par ces suppléments transitoires. C'est dire qu'une part bien plus que marginale des honoraires de ces spécialités est en dehors des règles de tarification en points travail et coût de la pratique.

2.2.8 Les modificateurs n'ont de justification médicale que dans 12% des cas et constituent dans 88% des cas une majoration dérogatoire essentiellement au profit des radiologues et radiothérapeutes

Modificateurs	Motif	Montant total 2012	Valeur	Taux	Libelé
6	Ophtalmologie	1 052 612		0,25	Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine c
7	Anesthésie	12 592 283		0,04	Majoration pour présence permanente du médecin anesthésiste durant toute l'int
8	Anesthésie	252 020		0,2	Anesthésie d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine c
9	Anti secteur 2	26		0,019	Modificateur transitoire de convergence vers la cible, valeur 2
A	Anesthésie	17 543 503	23		Réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale chez un patient de moins
B	Radiologues	7 939 702		0,49	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé au bloc opératoire, en unité
C	Radiologues	8 563 302		0,49	Réalisation d'une radiographie comparative
D	Radiologues	1 035 555		0,24	Majoration du tarif pour acte de contrôle radiographique de segment de squelett
E	Radiologues	6 279 218		0,49	Réalisation d'un acte de radiographie conventionnelle ou de scanographie chez u
F	Urgence	13 792 898	19		Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié
G	Ophtalmologie	62 192		0,25	Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine c
H	Radioth	65 705 303		10	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 1
I	Xie SectI			0,046	Modificateur transitoire de convergence vers la cible, valeur 3
J	XIE sect1&2	45 362 339		0,065	Majoration transitoire de chirurgie
K	Xie SectI sect1&CAS	30 112 665		0,115	Majoration forfaits modulables pour les actes d'accouchement réalisés par les gy
L	Orthopédie	188 643		2	Majoration pour traitement d'une fracture ou d'une luxation ouverte
M	Urgence	10 455 075	27		Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet du médecin généraliste ou du pé
O	Anti secteur 2			0,003	Modificateur transitoire de convergence vers la cible, valeur 1
P	Urgence	5 828 165	35		Acte réalisé en urgence par les pédiatres et médecins généralistes de 20h à 00h
Q	Radiothérapie	87 263 705		20	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 2
R	Plasticien	4 652 525		5	Réalisation d'un acte de chirurgie plastique des téguments de la face,
S	Urgence	2 074 44	4		Acte réalisé en urgence par les pédiatres et les médecins généralistes ou acte th
U	Urgence	12 164 35	25		Acte réalisé en urgence par les médecins, la nuit entre 20 h et 08 h
V	Radiothérapie	105 516 702		30	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 3
W	Radiothérapie	134 729 492		40	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 4
X	Anti secteur 2			0,08	Modificateur transitoire de convergence vers la cible, valeur 4
Y	Pneumo_rhumato	5 332 768		0,158	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un pneumologue ou un
Z	Radiologues	204 967 962		0,218	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un radiologue
	Total	783 467 446			



On retrouve là encore une part des modificateurs employés à majorer les honoraires des radiothérapeuthes et des radiologues en contournant les règles de calculs de la tarification. La part des modificateurs pour des raisons médicales est très minoritaire.

Les modificateurs correspondant à un motif médical totalisent 95 661 161€ soit 12,20% du total des modificateurs de 2012.

Conclusion

La comparaison des coûts public et privé de cette étude ne tient pas compte du biais des 8 Mds d'euros de MIGAC presque exclusivement attribués aux hôpitaux pour des missions d'intérêt général. Les motifs de ces MIGAC, prise en charge de la précarité, formation des professionnels de soins auraient pu faire l'objet d'une tarification pour étendre l'application de la concurrence par comparaison qui est encore un principe d'équité, lui fondateur de la T2A.

Références

1 - Charges professionnelles des médecins libéraux Étude préparatoire à la refonte de la tarification des actes médicaux Fabienne HENSGEN, Valérie PARIS, Bertrand PIERRARD, Anne VERGEAU CREDES Rapport n° 499 (1321) Décembre 2000

2 - HEVA – Heath Évaluation : « Rapport d'étude Poids des dépassements ».

3 - Annie ALIES-PALATIN : « La Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), Un nouveau mode d'évaluation des honoraires ».

4 - Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux IGF RAPPORT N° 2011-M-056-01 Philippe PASCAL Inspecteur des finances, Justine COUTARD Inspectrice des finances, Emmanuel DUPUY Inspecteur des finances, Frédéric V ARNIER Inspecteur des finances, Géraldine WELTER Inspectrice des finances avec l'assistance de Matthieu OLIVIER Inspecteur adjoint des finances sous la supervision de Bruno DURIEUX Inspecteur général des finances.

5 - Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux

Inspection Générale des Affaires Sociales RM2012-024P - Mars 2012 - Établi par Pierre-Louis BRAS, Jean-Luc VIEILLERIBIERE membres de l'Inspection générale des affaires sociales Pierre LESTEVEN, conseiller général des établissements de santé.