

RAPPORT D'ETUDE

Etude nationale du poids des honoraires sur les coûts totaux des prises en charge hospitalières

Etude nationale sur l'appréciation du poids des charges afférentes à la pratique médicale

<i>ACRONYMES</i>	3
<i>INTRODUCTION</i>	4
<i>CONTEXTE</i>	4
A. CIRCULAIRES ET TEXTES DE REFERENCE	4
B. PUBLICATIONS	5
<i>METHODOLOGIE</i>	5
BASE DE DONNEES PMSI	5
BASE DE DONNEES SNIIRAM	7
PROTOCOLE D'ETUDE	7
<i>ANALYSE DE LA DEMOGRAPHIE DE L'OFFRE DE SOIN POUR LES 258 ACTES MARQUEURS DU COLLEGE 2</i>	9
ANALYSE DE LA REPARTITION DES PRATICIENS AU SEIN DES COLLEGES	9
ANALYSE DU REDRESSEMENT DES SPECIALITES DU « COLLEGE 2 »	12
<i>ETUDE DES COMPLEMENTS D'HONORAIRES ET DU POIDS DES HONORAIRES DANS LE COUT GLOBAL D'HOSPITALISATION POUR LES 48 CATEGORIES D'ACTES COMMUNS</i>	20
PART FINANCIERE DES 258 ACTES MARQUEURS SUR LA BASE TOTALE	20
ANALYSE DES NATURES D'EXERCICES	21
ANALYSE DES STATUTS DES ETABLISSEMENTS D'EXERCICE	27
ETUDE DU POIDS DES COMPLEMENTS D'HONORAIRES SUR LES COUTS HOSPITALIERS	28
<i>ANALYSE DU COUT DE LA PRATIQUE</i>	33
ETUDE DES CHARGES OBSERVEES	33
CALCUL DES CHARGES VIA LES DONNEES ARAPL	33
CALCUL DES CHARGES VIA LES DONNEES CARMF	35
COMPARAISON DES TAUX DE CHARGES CARMF ET ARAPL	41
ETUDE DES CHARGES THEORIQUES DE L'ASSURANCE MALADIE	43
CALCUL DES CHARGES VIA LES DONNEES SNIIRAM	43
COMPARAISON DES TAUX DES CHARGES CARMF ET SNIIRAM	46
COMPARAISON DES TAUX DE CHARGES SNIIRAM ET ARAPL	50
<i>CONCLUSION</i>	52
<i>ANNEXES</i>	54
ANNEXE 1 LISTE DES ACTES MARQUEURS	54
ANNEXE 2 LISTE DES 48 CATEGORIES D'ACTES COMMUNS	59
ANNEXE 3 VALORISATION HOSPITALIERE DES CATEGORIES D'ACTES COMMUNS	60
ANNEXE 4 COMPLEMENTS D'HONORAIRE PAR CATEGORIE D'ACTES COMMUNS	61
ANNEXE 5 COMPLEMENT D'HONORAIRE MOYEN PAR CATEGORIE D'ACTES COMMUNS	62
ANNEXE 6 TABLEAU DES CROISEMENTS DES SPECIALITES	63

Acronymes

ARAPL Associations Régionales Agréées des Professions libérales

BNC Bénéfices Non Commerciaux

CARMF Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CAT2A Chiffre d'Affaire Tarification à l'Activité

CCAM Classification Commune des Actes médicaux

CIM Classification Internationale des Maladies

CMD Catégorie Majeure Diagnostic

ESPIC Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

GHM Groupe Homogène de Malades

GHS Groupe Homogène de Séjour

MCO Médecine Chirurgie Obstétrique

PMSI Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

RSA Résumé Standardisé Anonymisé

RSS Résumé Standardisé de Sortie

RUM Résumé d'Unité Médicale

SNIIRAM Système National d'Informations Inter-Régimes de l'Assurance Maladie

T2A Tarification à l'Activité

TPH Temps Plein Hospitalier

Introduction

Le syndicat le BLOC souhaite disposer de données médico économiques objective pour fixer sa stratégie et argumenter sa communication dans le cadres des grands débats économique de la santé.

Ces données sont focalisées sur les spécialités Anesthésie-réanimation, Chirurgie et Gynécologie-obstétricale. Pour être concrètes ces données seront déclinées à travers 48 interventions unanimement connues sous un terme commun pour la population et qui représente les actes marqueurs techniques parce que les plus fréquentes de ces trois spécialités et les plus distinctifs des activités au sein des spécialités.

La référence aux autres spécialités ne se fera que pour des besoins de comparaison. Que cette comparaison soit éclairante pour la compréhension des situations actuelles ou parce qu'elle soit institutionnalisé notamment par la fixation des tarifs qui comporte dès son origine un objectif de neutralité entre toutes les activités médicales. La référence aux statuts public et privé et leurs comparaisons tient de même à la comparaison entre reste à charge, à l'impact sur le budget sécu du transfert d'une activité ou de la répartition des allocations dans l'ONDAM.

L'objectif est de disposer de données ainsi que des pistes méthodologiques et cela afin d'étayer le débat sur les compléments d'honoraires et tarifs opposables.

Pour cela, HEVA propose de réaliser les travaux suivants:

- Redressement des données d'activité par spécialité médicale. En effet par défaut les activités (actes CCAM) enregistrées au sein de la base de l'Assurance Maladie¹ sont rattachées à chaque praticien via leur numéro d'inscription au CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins).
- Calcul pour 48 catégories d'actes communs identifiées par le BLOC, du ratio des compléments d'honoraires et des honoraires par rapport à la totalité des coûts générés par leurs prises en charge hospitalières (valorisés à partir des données du PMSI 2011).
- Travail d'analyse de l'appréciation du poids des charges afférentes à la pratique médicale par spécialité médicale et spécialité médicale redressée à partir des données de l'année 2010.

Contexte

A. Circulaires et textes de référence

Arrêté du 2 juin 2010 fixant le volume d'activité déterminant la répartition des électeurs par collège pour les élections aux unions régionales des professionnels de santé regroupant les médecins. JORF n°0126 du 3 juin 2010.

¹ Ces données issues des bases SNIIRAM seront fournies par le BLOC et seront utilisées par HEVA uniquement dans le cadre de cette mission

Décision du 28 septembre 2011 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie. JORF n°0286 du 10 décembre 2011.

Annexe II de l'arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes. JORF du 24 septembre 2012².

B. Publications

Fabienne Hensgen, Valérie Paris, Bertrand Pierrard, Anne Vergeau, Charges professionnelles des médecins libéraux : Étude préparatoire à la refonte de la tarification des actes médicaux CREDES, Décembre 2000.

Anne-Laure Samson. La dispersion des honoraires des omnipraticiens sur la période 1983-2004. DREES, août 2006.

Sophie Audric. Les disparités de revenus et de charges des médecins libéraux. DREES, novembre 2001.

Vanessa Bellamy. Les honoraires des professionnels de santé libéraux entre 2008 et 2010. DREES, décembre 2011.

Vanessa Bellamy, Hélène Frechou. Les revenus libéraux des professionnels de santé. DREES, juillet 2010.

Dr Jean Marty, Dr Philippe Cuq et Dr Henry Mouysset. La crise des blocs opératoires : Comment dépasser les faux semblants de la nouvelle convention médicale et la censure de la proposition de loi « Fourcade ». Le BLOC, octobre 2011.

Ketty Attal-Toubert, Hélène Fréchou et François Guillaumat-Tailliet. Le revenu global d'activité des médecins ayant une activité libérale. DREES, 2009.

Méthodologie

Base de données PMSI

Le programme de médicalisation des systèmes d'information a été mis en place à la fin des années 90 en France avec pour objectif de comparer les établissements de santé. Puis très vite il est devenu l'outil de support d'expression d'un nouveau mode de rémunération des établissements de santé du champ sanitaire MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique) ; la tarification à l'activité. Les établissements de santé privés ont fait le choix de passer à 100% de son application dès l'année 2005 à contrario du secteur public qui a fait le choix d'un processus de convergence. Il faut attendre 2008, pour que les établissements de santé publics se voient appliquer le modèle de paiement prospectif à 100%. Le PMSI

² Le facteur de conversion monétaire (FC) est fixé à 0,44 €.

devient alors un élément primordial de recueil de l'activité, source du financement des établissements de santé.

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 terme de caractéristiques médicales et de durée de séjour.

Pour être plus précis dans la description, chaque unité médicale produit un RUM (Résumé Unité Médicale) contenant des informations relatives à la prise en charge du patient. Deux parties composent le RUM :

- Une partie médicale : Cette partie renseigne les informations médicales de la prise en charge avec la liste des diagnostics codés en CIM10 (Classification Internationale des Maladies 10^{ème} version) et des actes médicaux codés en CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux). Parmi les diagnostics, sont hiérarchisés les diagnostics principaux justifiant le motif de recours à l'hospitalisation. Les diagnostics associés complètent les informations relatives au diagnostic principal en désignant les pathologies concomitantes qui ont alourdi la prise en charge. Ceux-ci jouent un rôle essentiel dans le GHM puisqu'ils attribuent les sévérités. Les diagnostics reliés éclairent la prise en charge du DP (Diagnostic Principal) en désignant les maladies chroniques ou de longue durée.
- Une partie administrative : elle est alimentée par les données de gestion administrative des patients du bureau des entrées et des sorties d'un établissement de santé, il comprend les informations relatives à l'identité du patient, à son âge (à partir de sa date de naissance), à son admission avec les dates d'entrée et de sortie, ses modalités d'entrée et de sortie. Les informations relatives au mouvement du séjour permettent de calculer sa durée de séjour.

A la sortie du patient, le RUM devient un RSS (Résumé Standardisé de Sortie). Le RSS est classé dans un groupe homogène de malades (GHM). La classification française des GHM est une adaptation de la classification américaine des Diagnosis Related Groups (DRGs) développée par Robert Fetter à l'université de Yale. Comme toutes les classifications de type DRG, elle permet un classement exhaustif et unique : tout RSS est obligatoirement classé dans un GHM et un seul.

L'homogénéité (la cohérence des GHM) est médicale et économique :

- médicale, car dès son premier niveau (la « catégorie majeure de diagnostic ») la classification est fondée sur des critères médicaux (appareil fonctionnel ou motif notoire d'hospitalisation).
- économique, car les séjours classés dans un même groupe ont, par construction, des consommations de ressources voisines.

Ce RSS est anonymisé pour produire les RSA (Résumé Standard Anonymisé). Désormais, aucune information nominative n'est contenue dans le RSA de sorte qu'aucune identification ne soit possible.

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 base PMSI est obligatoire et impacte directement la contrepartie financière d'un établissement de santé. 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). Cela se traduit concrètement par la multiplication des études menées à partir du PMSI et notamment pour coupler des données de registres. Néanmoins, la base PMSI n'est pas une base de données épidémiologique mais à visée descriptive au sens médico-économique dans le but de supporter un processus de valorisation financière.

Base de données SNIIRAM

Le SNIIRAM est un système médicalisé d'informations mis en œuvre par la CNAMTS à compter du 1^{er} janvier 2003, en application de l'article L 161-28-1 du code de la Sécurité sociale. Cette base de données individualisées et anonymes est exhaustive : elle recense toutes les dépenses de santé des différents régimes d'assurance maladie.

Le système d'information est alimenté par les remboursements effectués par les caisses d'assurance maladie et comprend également des référentiels (données sur les assurés, sur les professionnels de santé, sur les établissements, sur les employeurs) et quelques sources externes, PMSI notamment.

La base de données nationale est anonymisée par la fonction FOIN qui permet son chainage avec les données issues du PMSI (mise en place en 2006/2007).

Le SNIIRAM regroupe des données relatives :

- Aux patients (âge, sexe, notion de CMU-C, diagnostic de l'ALD, date de décès, département et région de résidence) ;
- A la consommation de soins en ville avec toutes les prestations remboursées via le codage détaillé de la prestation (actes médicaux, biologie...);
- A la consommation de soins en établissement.

Protocole d'étude

Pour la **première partie** de l'étude, nous allons nous intéresser à l'appréciation de l'offre de soins pour les 258 actes marqueurs sélectionnés. Pour cela une étude de la démographie médicale et de son évolution sur 3 années (de 2009 à 2011) sont réalisées. L'appréciation de l'offre de soins sera proposée non pas en fonction de la spécialité d'inscription mais fonction de la spécialité d'exercice. En effet comme nous l'avons fait remarquer en amont de ce document, chaque praticien est rattaché à une spécialité d'inscription. Hors cette dernière peut différer de la pratique réelle de ce dernier. Pour prendre en compte ce biais nous avons procédé à un **redressement des données d'activité par spécialité médicale**. La méthodologie consistera à retravailler la distribution des activités, non plus basée sur le numéro d'enregistrement du praticien au CNOM mais en fonction de la nature des actes réalisés. Puis nous avons réalisé des analyses des profils démographiques.

La **seconde partie** de l'étude s'intéresse aux coûts des soins des actes du BLOC et à l'évaluation **du poids des honoraires et de leurs compléments d'honoraires** par rapport à la totalité des coûts de

prises en charge hospitalières. Pour les 48 catégories d'actes communs identifiées par le BLOC, HEVA propose la méthodologie suivante :

- Pour la liste des actes tracés, HEVA calculera à partir des données de l'activité, la somme des honoraires, mais également celle des compléments d'honoraires et cela pour chacun des secteurs (public privé).
- Puis à partir de cette même liste d'actes, HEVA retracera l'ensemble des séjours hospitaliers au sein du PMSI 2011, par catégories d'actes communs. Une valorisation financière de ces séjours sera réalisée et ce pour chaque catégorie d'actes communs.
- Enfin, HEVA établira les ratios des honoraires et de leurs compléments d'honoraires par rapport aux coûts des prises en charge hospitalières et ce afin d'apprécier quantitativement leurs poids.

Cette analyse sera réalisée séparément pour chaque secteur d'hospitalisation (Public/Privé). Puis nous rapprocherons les résultats obtenus pour chacun des secteurs.

En parallèle, différentes analyses quantitatives seront produites permettant de suivre l'évolution sur 3 ans (données issues du SNIIRAM de 2009 à 2011) du nombre de ces actes.

La **troisième partie** de l'étude est relative à l'**appréciation du poids des charges afférentes à la pratique médicale** et ce par spécialité médicale. L'objet de cette partie de l'étude est d'analyser les charges déclarées par les praticiens au travers de bases de données issues de la CARMF (Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France) mais également celles des ARAPL (Associations Régionales Agréées des Professions libérales). Ces données sont relatives aux charges enregistrées dans la déclaration des BNC 2035 par les praticiens. La CARMF a pour but d'assurer la gestion de l'allocation vieillesse et des prestations complémentaires. Sont obligatoirement affiliées à la Caisse, toutes les personnes ayant une activité médicale non salariée, et qui, à ce titre, sont soumises aux dispositions de la loi du 17 janvier 1948 et des textes d'application. A partir de ces données, nous reconstituerons un taux de charge constaté (redressé des consultations via les données SNIIRAM) pour chaque spécialité médicale (et notamment sur les spécialités redressées). Ces taux de charges réels seront alors rapprochés des taux de charges théoriques évalués par l'Assurance Maladie. Puis nous rapprocherons les données issues de la CARMF aux données issues des ARAPL (Associations Régionales Agréées des Professions libérales). Les professionnels de santé peuvent adhérer à des centres de gestion afin de procéder à la déclaration des BNC.

Les bénéfiques non commerciaux (BNC) concernent les personnes qui exercent une activité professionnelle non commerciale, à titre individuel ou comme associées de certaines sociétés.

Les bénéfiques réalisés en France sont, en principe, imposés dans la catégorie des BNC si vous exercez votre profession dans l'un des deux domaines suivants :

- Les professions libérales : elles concernent tous ceux qui pratiquent une science, un art ou une activité intellectuelle en toute indépendance.
- Les titulaires de charges et offices publics.

Analyse de la démographie de l'offre de soin pour les 258 actes marqueurs du collège 2

Les actes CCAM sont rattachés à chaque praticien via un numéro de spécialité affecté à l'inscription au CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins). De ce fait, chaque praticien se voit rattaché à une spécialité non pas en fonction de la réalité de son exercice mais de son inscription. Cela a pour conséquence de constater des hétérogénéités au sein d'une même spécialité. L'Assurance Maladie attribue à chaque spécialité une valeur de charge par point de travail propre. Cette différence d'appréciation de valeur de travail peut avoir un impact en terme d'offre soin.

Au travers de cette étude, nous souhaitons étudier la variabilité de ces pratiques observées et proposer une méthode de redressement que nous réutiliserons par la suite pour le calcul du coût de la pratique.

Ce travail de redressement des spécialités médicales au vu de la nature des actes réalisés est exploratoire. La réalisation de ce travail a été permise grâce aux données SNIIRAM requêtées par le BLOC. Les données permettent de quantifier les actes médicaux pour chaque professionnel de santé. La variabilité de l'activité a été appréciée au regard de la nomenclature de la CCAM V24.

Analyse de la répartition des praticiens au sein des collèges

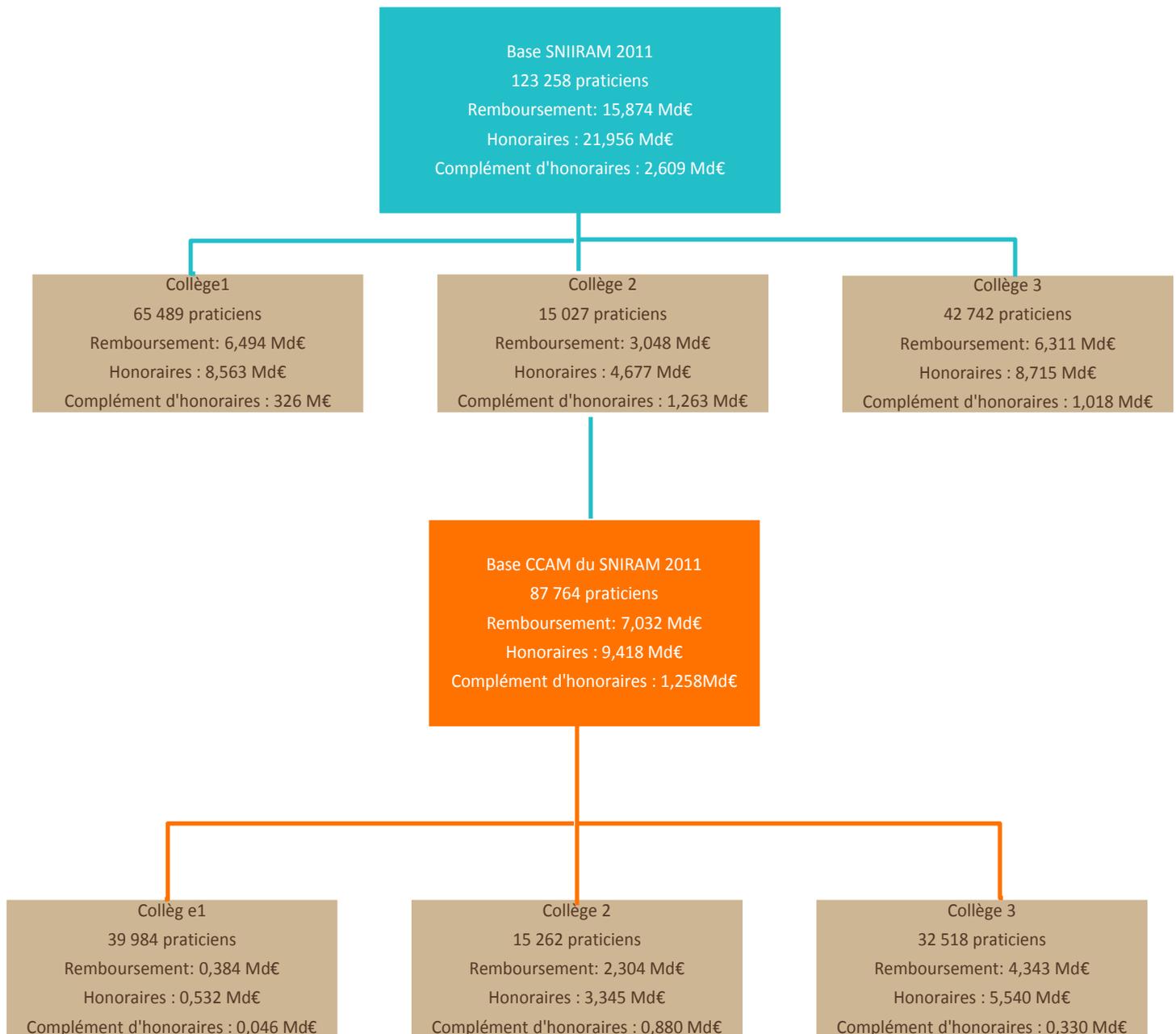
■ Création des collèges

Pour les besoins de l'étude et compte tenu de la nature des données disponibles nous avons créé une variable collège qui se décompose de la façon suivante :

- ✓ Collège 1 regroupe les praticiens présentant au sein du SNIIRAM une spécialité d'omnipraticien, de MEP, d'angiologue et d'échographe.
- ✓ Collège 2 regroupe les praticiens présentant au sein du SNIIRAM une activité CCAM en ADA/ADC/ACO³ supérieur à 50 actes et présentant une spécialité de type chirurgicale.
- ✓ Collège 3 regroupe tous les autres praticiens (c'est-à-dire les spécialités chirurgicales, gynécologiques ou anesthésiques réalisant moins de 50 actes techniques de type ADA/ADC/ACO et tous les spécialistes médicaux).

³ ADA Actes d'anesthésie – ADC Actes de chirurgie – ACO Actes d'obstétrique

■ Logigramme de la sélection de la population



■ Evolution des effectifs au sein des collèges

Sur les trois années de suivi (2009 à 2011), on note une diminution du nombre de praticiens. En effet en 2009, la base de données recense 123 618 praticiens, pour 123 560 en 2010 et 123 258 praticiens en 2011 (soit une diminution de 0,3% par rapport à 2009).

L'étude de la répartition des effectifs des praticiens au sein des 3 collèges construits, souligne une prédominance du collège 1 avec 53% des effectifs. Le collège 2 est quant à lui le plus minoritaire avec 12% des effectifs. Le collège 3 recense 35% des effectifs des praticiens. Cette répartition est très stable dans le temps puisque l'on observe la même structure de répartition des praticiens entre les 3 collèges sur les 3 années de 2009 à 2011.

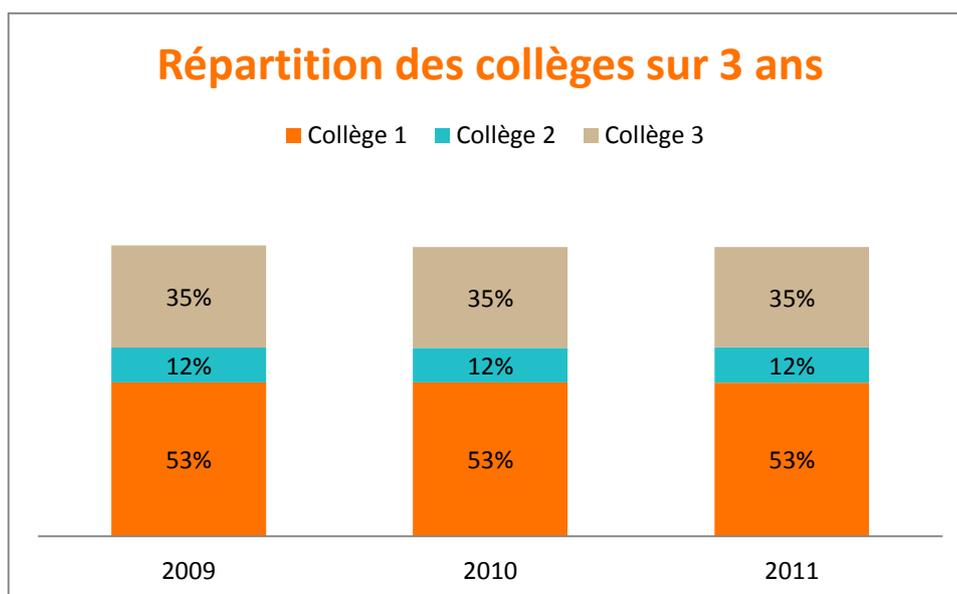


Figure 1

■ Evolution des effectifs des praticiens réalisant au moins un acte CCAM au sein des collèges

Sur les trois années de suivi (2009 à 2011), on note une augmentation du nombre de praticiens réalisant au moins un acte CCAM. En effet en 2009, la base de données recense 84 042 praticiens, pour 86 648 en 2010 (soit 3% de plus) et 87 764 praticiens en 2011 (soit une augmentation de 1% par rapport à 2010).

L'étude de la répartition des effectifs des praticiens réalisant au moins un acte CCAM au sein des 3 collèges construits, souligne une prédominance du collège 3 avec 38% des effectifs. Le collège 2 est quant à lui le plus minoritaire avec 17% des effectifs. Le collège 1 recense 46% des effectifs des praticiens. Cette répartition est très stable dans le temps puisque l'on observe la même structure de répartition des praticiens entre les 3 collèges sur les 3 années de 2009 à 2011.

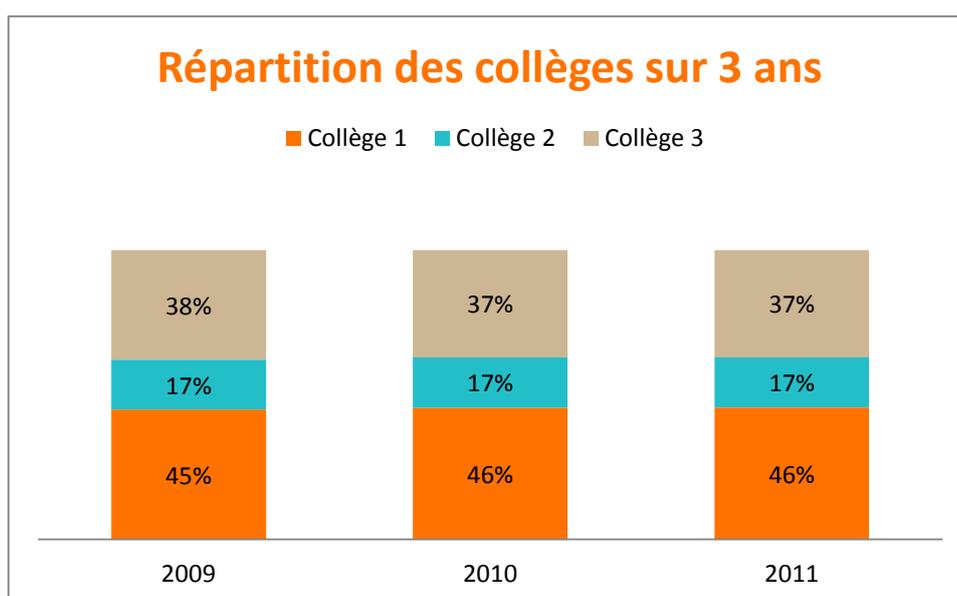


Figure 2

L'étude de l'évolution sur 3 années (de 2009 à 2011) de la répartition des spécialités au sein des collèges présente une stabilité de la structure de la répartition.

Certaines spécialités sont ainsi fortement marquées par le collège 2 avec notamment les spécialités chirurgicales (vasculaire, thoracique, maxillo-faciale, générale, neurochirurgie,...). On retrouve également les spécialités de gynéco-obstétrique.

A ce stade de l'étude, notre cohorte est de 15 262 praticiens relevant du collège 2 dont 3 640 d'anesthésie pour l'année 2011. Notre population cible d'étude représente ainsi 12% de la cohorte initiale (stable entre 2009 et 2011).

Répartition des spécialités du collège 2

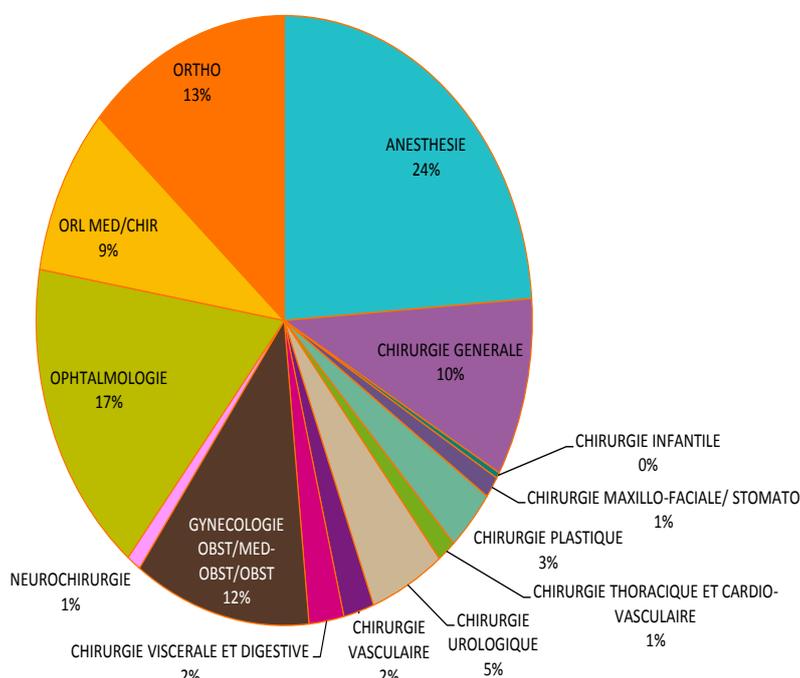


Figure 3

Le graphique ci-dessus permet d'apprécier la répartition des spécialités par nombre de praticien au sein du collège 2 pour l'année 2011. Sur notre cohorte de 15 262 praticiens exerçant au sein du collège 2 en 2011, 24% relèvent de l'activité d'anesthésie, 17% relèvent de l'ophtalmologie, 13% de la chirurgie orthopédique, 12% de la gynécologie obstétricale, 9% de la chirurgie générale et l'ORL. Au final 6 spécialités concentrent plus de 80% des effectifs du collège 2.

Analyse du redressement des spécialités du « collège 2 »

Pour cette partie de l'étude, nous nous sommes focalisés uniquement sur les spécialités relevant de la variable dite « collège 2 » construite dans l'étude (12% de notre population initiale). L'objectif poursuivi par cette analyse est la comparaison des inscriptions ordinales des praticiens au CNOM versus les spécialités redressées en fonction de la nature réelle des activités.

Pour cela, nous avons filtré une deuxième fois la population d'analyse en nous intéressant uniquement à ceux qui réalisent au moins 1 acte des 48 catégories d'actes communs ciblées par le BLOC. En effet, une liste d'actes marqueurs (n = 258) a été sélectionnée par le BLOC comme étant pertinents pour l'étude des pratiques et des compléments d'honoraires. Cette liste est présentée au sein de l'annexe 1 de ce document.

Chacun de ces actes est classé dans une catégorie d'actes communs (48 définies au sein de l'étude) et une spécialité de typologie d'acte. En effet, le BLOC a associé à chaque acte une spécialité médicale (11 définies au sein de l'étude).

■ Les spécialités des actes marqueurs

Le tableau suivant présente les 11 spécialités définies (à partir d'une typologie d'acte), et le nombre d'acte recensé dans chacune de ces spécialités. Sur les 258 actes répertoriés par le BLOC, 22% relèvent de la spécialité maxillo-faciale, 17% pour la gynécologie-obstétricale et ORL, 9% pour la chirurgie générale.

Les 258 actes sont regroupés en catégorie d'actes communs allant de l'accouchement au décollement de la rétine. Le détail des 48 catégories est indiqué au sein de l'annexe 2 de ce document.

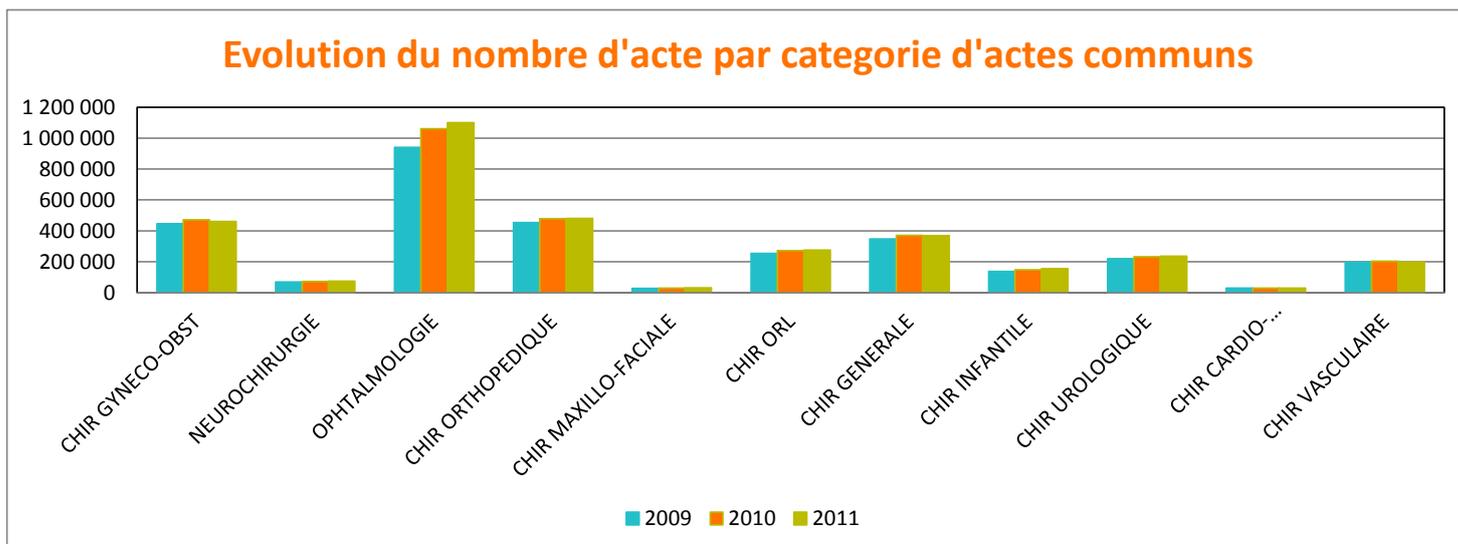
Sur les 15 262 praticiens relevant du collège 2 en 2011 dont 3640 praticiens d'anesthésie, 14 435 praticiens réalisent au moins 1 des 258 actes répertoriés, soit 96% de la population.

Spécialité	Nombre d'Acte	% acte
CHIR GYNECO_OBST	45	17%
NEUROCHIRURGIE	14	5%
OPHTALMOLOGIE	13	5%
CHIR ORTHOPEDIQUE	5	2%
CHIR MAX-FACIALE	57	22%
CHIR ORL	45	17%
CHIR CARDIO-THORACIQUE	27	10%
CHIR GENERALE	22	9%
CHIR INFANTILE	7	3%
CHIR UROLOGIQUE	10	4%
CHIR VASCULAIRE	13	5%
Total général	258	

Tableau 1

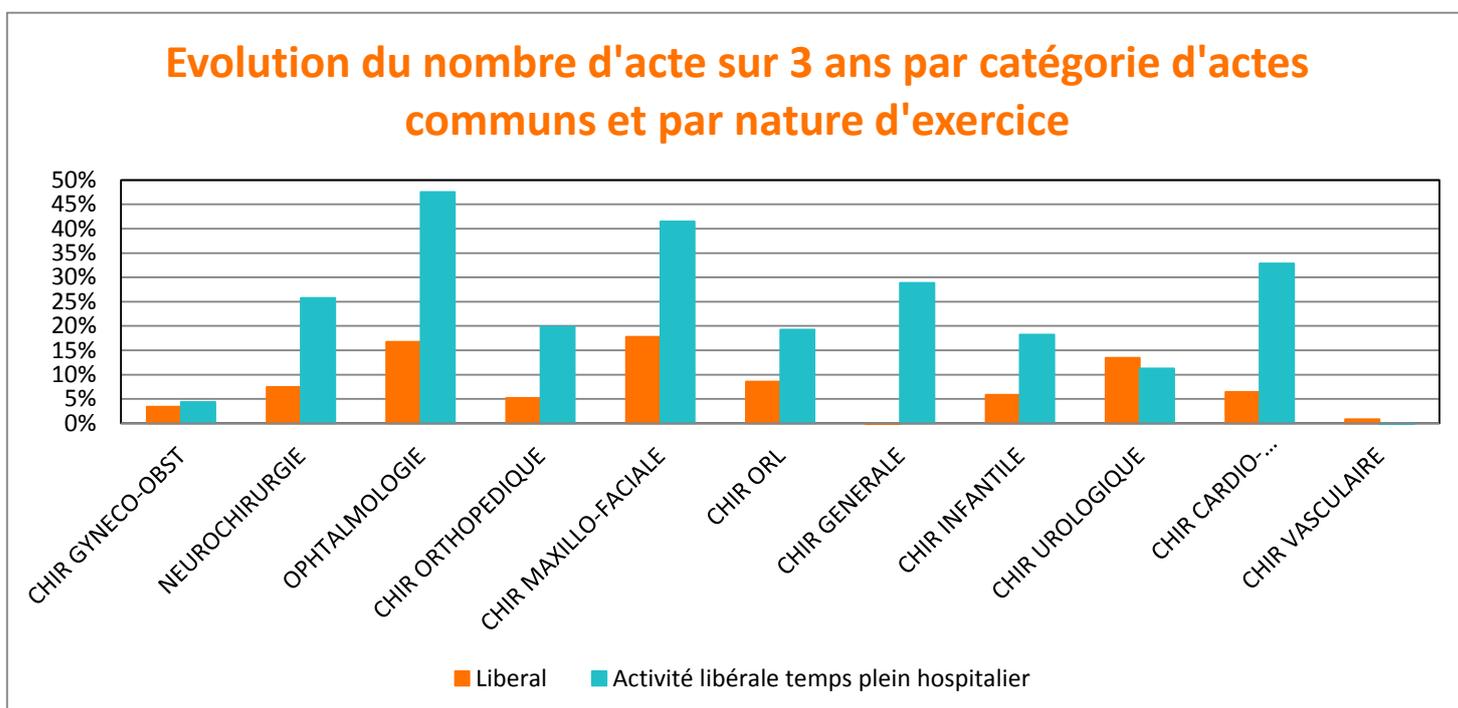
■ Les 48 catégories d'actes communs

L'étude de l'évolution du nombre d'acte marqueur sur les 3 années par catégorie d'acte commun montre une augmentation de 9%. Néanmoins cette augmentation est très hétérogène suivant les catégories d'actes communs.


Figure 4

La catégorie chirurgie vasculaire ne voit une augmentation de ses actes que de 4% versus 19% pour la chirurgie maxillo-faciale et stomatologie ou bien encore 17% pour l'ophtalmologie.

L'étude de cette dynamique d'augmentation de volume d'activité par catégorie d'actes communs a été étudiée de manière distincte au sein des deux natures d'exercices : activité libérale des temps plein hospitaliers et activité libérale.


Figure 5

Il est intéressant de souligner que les taux d'évolution du nombre d'acte par catégorie d'actes communs sur les 3 années de l'étude (2009 à 2011) sont plus élevés pour la nature d'exercice activité libérale des temps plein hospitaliers que l'activité libérale. En effet le taux d'évolution des actes des 48 catégories d'actes communs est de 22% pour les temps plein hospitaliers versus 9% pour les libéraux.

■ La répartition des catégories d'actes communs par spécialité

A partir de cette nouvelle population cible de praticiens de 14 435 praticiens nous avons étudié la répartition des catégories d'actes communs par spécialité chirurgicale du conseil de l'ordre, ainsi que la répartition des spécialités des actes. L'objectif recherché par cette méthodologie est de comparer les spécialités du conseil de l'ordre et les spécialités des actes effectués.

En cas de concordance parfaite, 100% des praticiens réalisant des actes relevant d'une spécialité devraient présenter cette même spécialité comme inscription.

En cas de discordance, c'est-à-dire de praticiens exerçant des actes relevant d'une spécialité différente de celle de leur ordre, l'étude nous amène à une proposition de redressement de la spécialité. L'objectif est d'assurer une concordance totale pour un praticien entre sa nature d'exercice et sa spécialité.

Néanmoins deux spécialités ont fait l'objet d'un regroupement au préalable du redressement. En effet pour des raisons d'homogénéité, le BLOC a regroupé toutes les spécialités d'inscriptions 07 « gynécologie obstétrique », 77 « obstétrique », 79 « gynécologie med-obst » et 70 « gynécologie médicale » au sein d'une même spécialité plus générale : la gynécologie obstétrique. Il est de même pour les spécialités de chirurgie maxilo-faciale et stomatologie. Ces deux spécialités d'inscription ont été regroupées en seule spécialité « maxilo-faciale » pour s'opposer à celle de l'ORL. Enfin l'activité d'anesthésie n'a pas fait l'objet de redressement dans la mesure où cette activité est transversale.

Le graphique suivant propose pour chaque spécialité d'inscription au conseil de l'ordre de notre population, la répartition des catégories d'actes communs par ces derniers.

Répartition des catégories d'actes communs par spécialité d'inscription

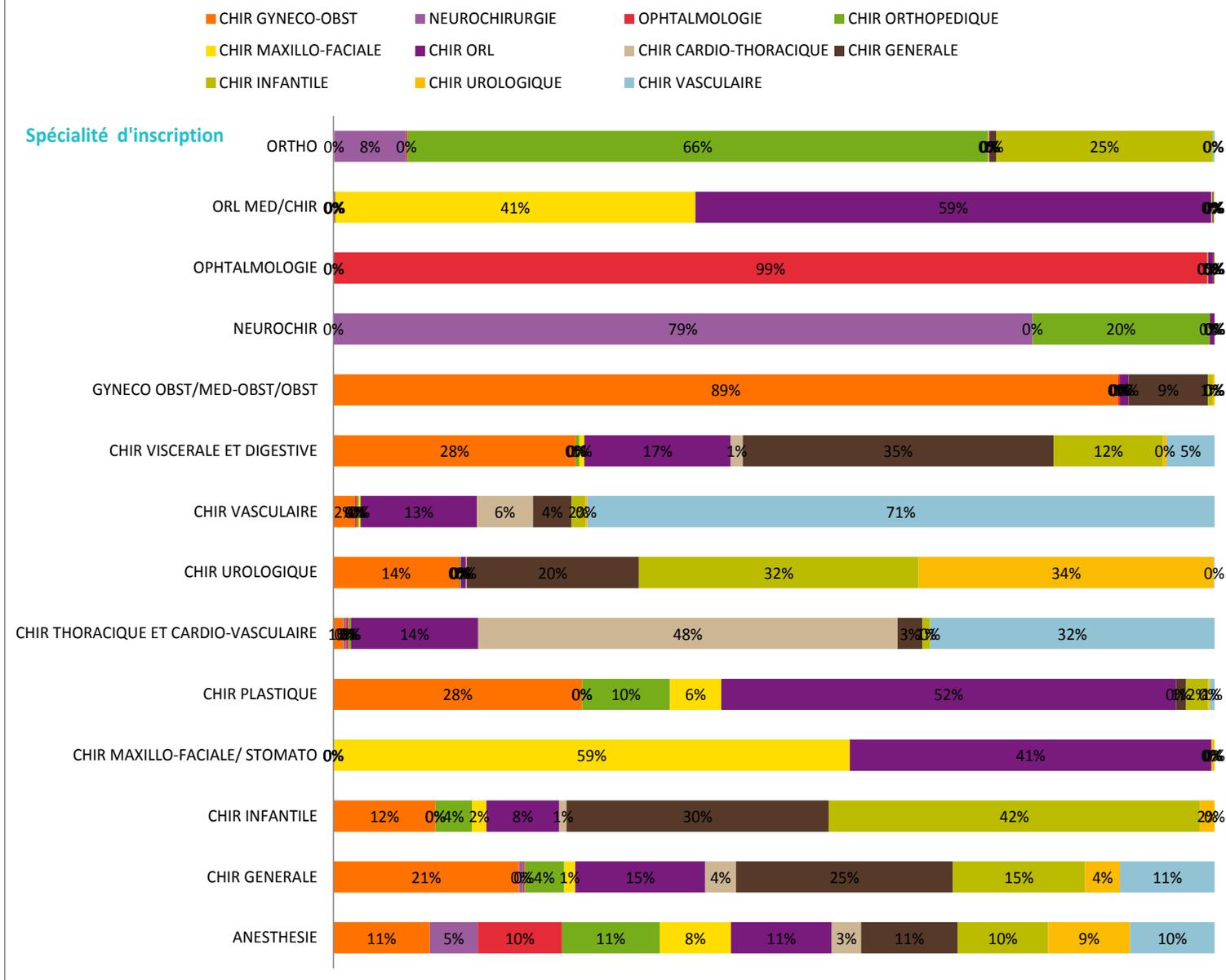


Figure 6

■ La méthodologie de redressement des spécialités

Face à la problématique d'hétérogénéité des typologies d'actes et des spécialités d'inscription, deux méthodologies de redressement peuvent être proposées :

- Un redressement par praticien fonction de la volumétrie des actes
- Un redressement par praticien fonction de la masse financière des remboursements des actes

La première approche consiste à étudier pour chaque praticien la répartition en poids relatif de ses typologies d'actes. Si un praticien réalise plus de 50% de ses actes dans une spécialité qui s'avère être différente de celle de son inscription au conseil de l'ordre, alors un redressement est effectué. De manière plus concrète, l'étude affecte la spécialité de la typologie des actes que le praticien réalise le plus en volume.

La deuxième approche consiste à étudier pour chaque praticien, la répartition en masse financière (sur la base du remboursement Assurance Maladie) de ses typologies d'actes. Si un praticien présente plus de 50% de son montant remboursé par l'Assurance Maladie pour une typologie d'acte qui s'avère être différente de sa spécialité d'inscription au conseil de l'ordre, alors l'étude réalise un redressement de sa spécialité. La spécialité appliquée alors à ce praticien est celle dont la masse financière de remboursement est la plus importante.

La différence entre les deux approches impacte surtout les praticiens dont la répartition en volume est quasi équitable entre plusieurs typologies d'actes. La deuxième approche permet une plus grande robustesse de retraitement dans la mesure où les actes ne présentent pas la même pondération financière. Après avoir effectué les deux méthodes, nous optons pour la deuxième approche qui nous permet de retraiter de manière plus pertinente des activités de praticien quasiment équi-réparties.

■ Résultats du redressement

Nous réalisons ce retraitement sur les 3 années de l'étude (2009 à 2011). Le tableau ci-dessous présente pour l'année 2011, la répartition en % du montant remboursé assurance maladie après redressement des spécialités des praticiens suivant la méthodologie de la deuxième approche. Il est intéressant de noter que la matrice de répartition des montants financiers des spécialités d'actes par spécialité est quasi linéaire.

% du montant remboursé	2011										
	CHIR GYNECO-OBST	NEUROCHIRURGIE	OPHTALMOLOGIE	CHIR ORTHOPEDIQUE	CHIR MAXILLO-FACIALE	CHIR ORL	CHIR CARDIO-THORACIQUE	CHIRURGIE GENERALE	CHIRURGIE INFANTILE	CHIRURGIE UROLOGIQUE	CHIRURGIE VASCULAIRE
ANESTHESIE	11,5%	3,5%	35,0%	11,6%	1,1%	6,6%	3,0%	11,7%	2,7%	8,5%	4,7%
CHIR PLASTIQUE	4,2%	0,0%	0,0%	34,4%	31,7%	29,1%	0,0%	0,2%	0,2%	0,0%	0,2%
GYNECO_OBST	99,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,4%	0,1%	0,0%	0,0%
NEUROCHIR	0,0%	95,2%	0,0%	4,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
OPHTALMO	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
ORTHO	0,0%	1,6%	0,0%	98,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%
CHIR MAXILLO-FACIALE/ STOMATO	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	93,0%	7,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
ORL	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	7,0%	89,3%	0,6%	2,1%	0,0%	0,0%	0,8%
CHIR CARDIO-THORACIQUE	0,0%	1,2%	91,5%	1,0%	0,0%	0,0%	9,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
CHIR GENERALE	6,5%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	4,6%	0,7%	83,3%	1,6%	0,2%	3,1%
CHIR INFANTILE	0,9%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,7%	0,1%	13,4%	80,1%	4,2%	0,5%
CHIR URO	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,8%	8,2%	87,5%	0,0%
CHIR VASCULAIRE	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%	3,8%	2,5%	0,1%	0,0%	91,0%
Total général	17,2%	3,4%	32,1%	11,3%	1,1%	5,8%	2,9%	11,0%	1,9%	8,4%	5,0%

Tableau 2

Il demeure toujours des spécialités moins dispersées que d'autres. L'ophtalmologie, l'orthopédie et la gynécologie-obstétricale présentent une très forte concentration de leurs montants de remboursement sur une typologie d'acte unique. On retrouve des dispersions fortes au sein de la chirurgie car c'est une spécialité qui s'est dispersé récemment et progressivement. Les actes de chirurgies cardio-thoraciques relèvent de ce phénomène et de la proximité avec la chirurgie vasculaire.

Cette méthodologie nous permet de redresser 1297 praticiens sur l'année 2011 soit 9% de notre population d'étude. L'analyse du redressement sur les 3 années permet de constater un redressement qui est stable sur les 3 années.

Le tableau suivant présente de manière détaillée, pour chaque année, le nombre de praticien redressé par catégorie d'actes communs. On note que la catégorie d'actes de chirurgie générale représente 26%

des redressements, puis vient la chirurgie vasculaire, l'activité ORL à hauteur de 11%, puis l'urologie et la neurochirurgie.

Nb de praticien redressé				
Catégorie d'actes communs/ année	2009	2010	2011	%
CHIR GENERALE	302	326	342	26%
CHIR INFANTILE	65	67	68	5%
CHIR MAXILLO-FACIALE	26	28	31	2%
CHIR CARDIO THORACIQUE	71	71	65	5%
CHIR UROLOGIQUE	142	135	128	10%
CHIR VASCULAIRE	217	196	177	14%
CHIR GYNECO_OBST	79	95	87	7%
NEUROCHIRURGIE	124	127	136	10%
OPHTALMOLOGIE	1	1	0	0%
CHIR ORL	159	132	143	11%
CHIR ORTHOPEDIQUE	141	129	120	9%
Total général	1 327	1 307	1 297	
%	9%	9%	9%	

Tableau 3

Au final, l'étude du redressement des spécialités va nous permettre pour la suite de l'étude, d'analyser la variabilité des coûts de la pratique entre les spécialités en tenant compte de ce redressement.

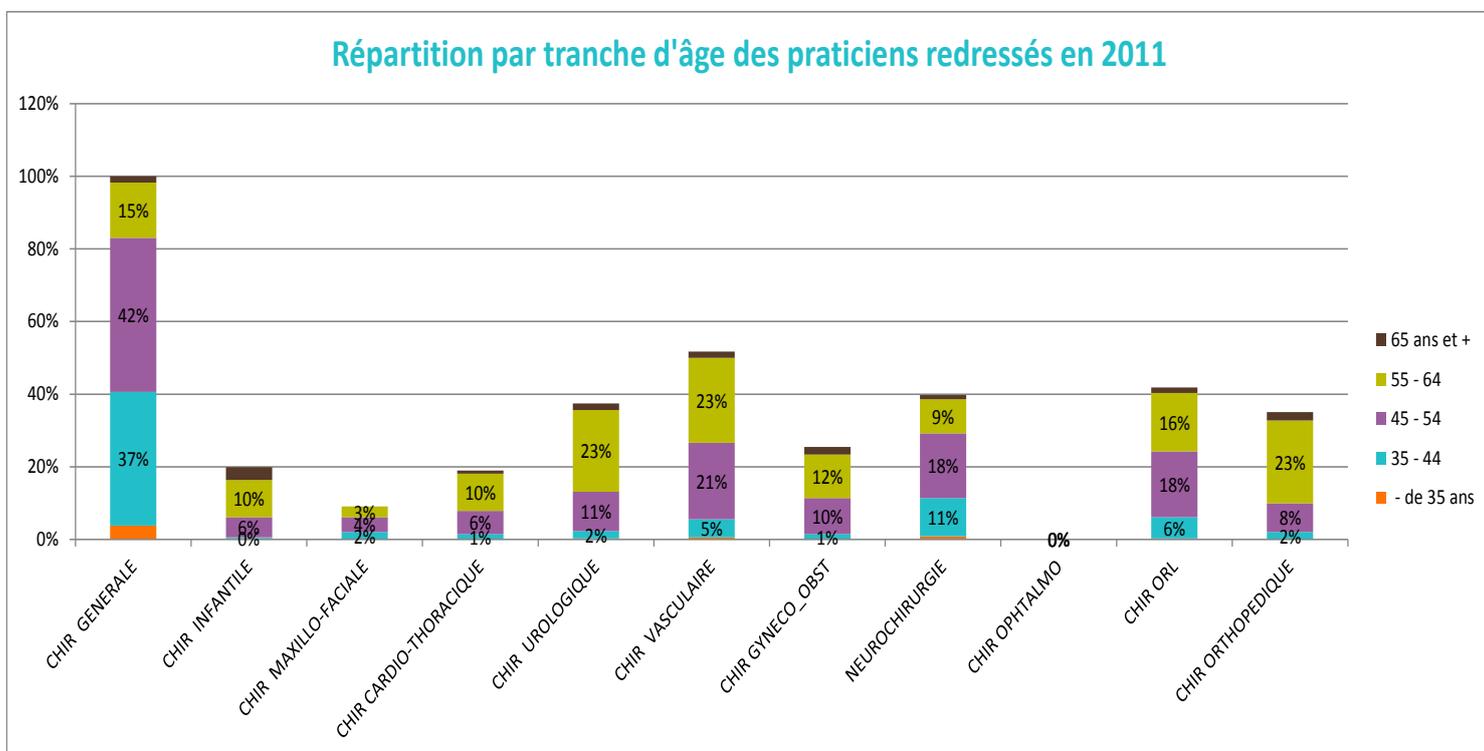


Figure 7

Il est intéressant de noter que la spécialité de chirurgie générale cumule le nombre de praticien le plus important avec près de 7% des praticiens ayant plus de 65 ans et plus. Puis on retrouve les chirurgiens

plastiques avec 6% de plus 65 ans. De manière globale la dynamique d'évolution des tranches d'âge est relativement stable avec néanmoins une élévation du nombre de praticiens de moins de 35 ans.

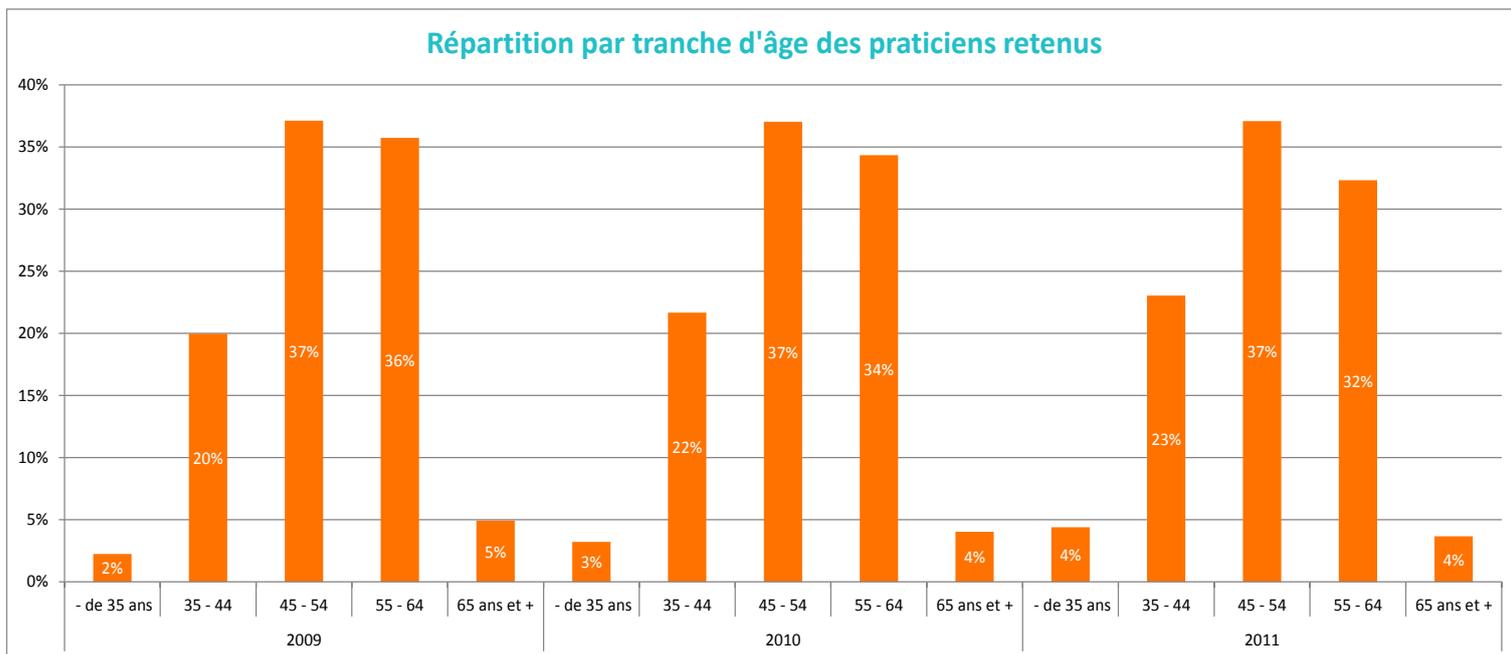


Figure 8

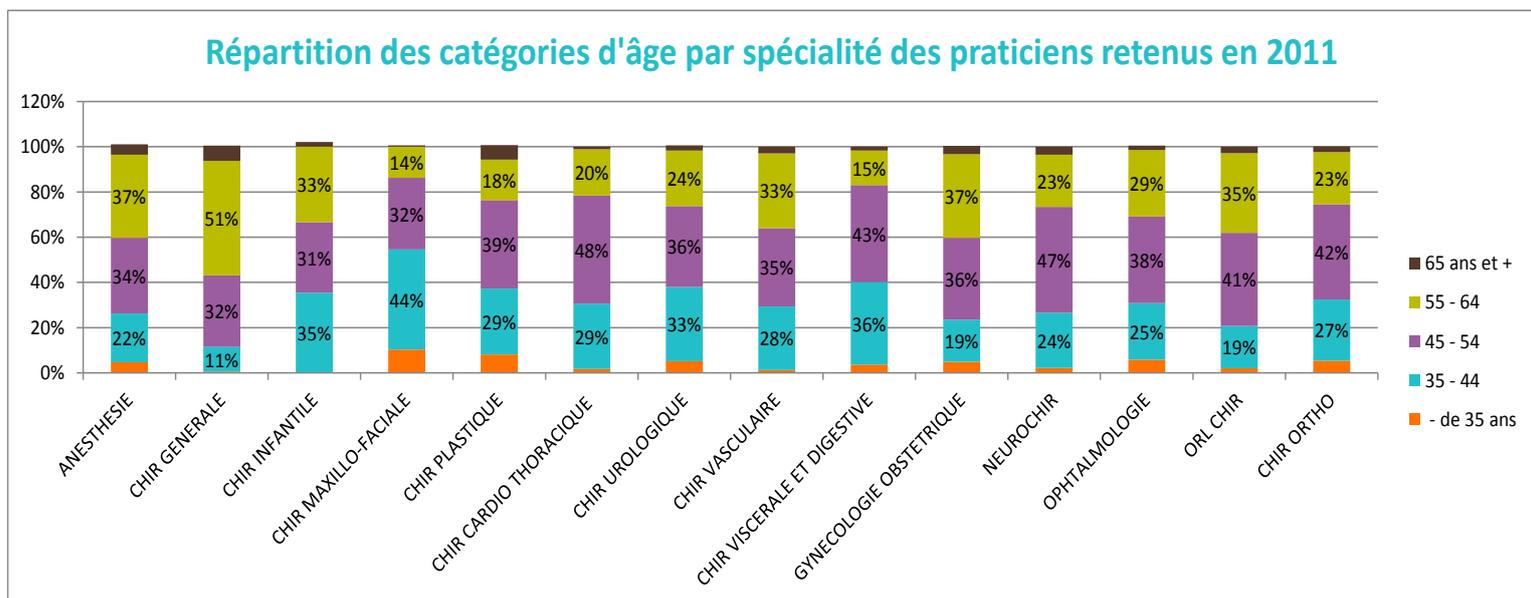


Figure 9

Etude des compléments d'honoraires et du poids des honoraires dans le coût global d'hospitalisation pour les 48 catégories d'actes communs

Dans cette partie de l'étude, le BLOC a souhaité apprécier le poids des honoraires et des compléments d'honoraires pour 48 catégories d'actes communs prises en charge par les professionnels libéraux au sein du secteur hospitalier par rapport à la totalité des coûts assurance maladie des séjours hospitaliers pour ces mêmes catégories. L'objectif était de situer honoraires et compléments d'honoraires des professionnels libéraux dans l'offre de soins en les rapportant aux prix des hospitalisations.

Pour la réalisation de ce travail, nous avons croisé les données d'honoraires 2011 de chaque praticien au sein des établissements de santé issues du SNIIRAM avec les données d'activité des établissements de santé MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique) obtenues par le PMSI 2011 (Programme de Médicalisation des Systèmes d'information). Cette étude a nécessité au préalable de travailler sur les natures d'exercice des praticiens et de réaliser un rapprochement avec le statut juridique d'exercice de ce dernier.

Part financière des 258 actes marqueurs sur la base totale

La base SNIIRAM 2011 recense l'activité médicale (consultations et actes CCAM) de 123 258 praticiens pour une base de remboursement assurance Maladie de 15 874 553 446€, des compléments d'honoraires à hauteurs de 2,609Md€, soit un total d'honoraires de 21,956 Md€. Sur les 3 années d'observation (de 2009 à 2011), les compléments d'honoraires ont augmenté de 25%, 3% pour les remboursements et 3% pour les honoraires.

L'étude de ces évolutions financières par collège, souligne une augmentation de 33% des compléments d'honoraires pour les praticiens du collège 2, de 3% pour les praticiens du collège 1 et enfin de 23% pour les praticiens du collège 3.

La base sélectionnée pour l'étude, c'est-à-dire les praticiens relevant du collège 2 et réalisant au moins un des 258 actes marqueurs, représente 11,7% des effectifs de praticiens de la base SNIIRAM 2011. En effet sur la base des 123 258 praticiens, 14 435 ont été retenus par l'application des différents filtres (cf logigramme de sélection des critères de l'étude). Les montants de remboursement de l'étude s'élève à hauteur de 2,212Md€ pour l'année 2011, des honoraires de 3,302Md€ et 0,861Md€ de complément d'honoraires.

<i>Remboursement</i>	2 009	2 010	2 011	TOTAL
base SNIIRAM	15 442 244 127 €	15 422 538 770 €	15 874 787 088 €	46 739 569 985 €
Base CCAM	5 987 494 798 €	6 578 482 448 €	7 032 222 784 €	19 598 200 030 €
College 2 CCAM	1 966 814 067 €	2 185 298 194 €	2 304 355 442 €	6 456 467 704 €
College 2 + 258 actes	1 928 827 176 €	2 107 236 899 €	2 212 851 229 €	6 248 915 303 €

<i>Honoraires</i>	2 009	2 010	2 011	TOTAL
base SNIIRAM	21 345 975 482 €	21 297 745 230 €	21 956 681 355 €	64 600 402 068 €
Base CCAM	7 882 475 275 €	8 698 270 001 €	9 418 940 730 €	25 999 686 007 €
College 2 CCAM	2 766 761 480 €	3 098 326 001 €	3 345 884 367 €	9 210 971 849 €
College 2 + 258 actes	2 707 695 952 €	2 977 024 787 €	3 202 605 245 €	8 887 325 984 €

<i>Compléments d'honoraires</i>	2 009	2 010	2 011	TOTAL
base SNIIRAM	2 095 018 758 €	2 505 244 436 €	2 609 534 576 €	7 209 797 770 €
Base CCAM	950 948 226 €	1 122 476 355 €	1 258 460 472 €	3 331 885 053 €
College 2 CCAM	663 996 300 €	783 006 101 €	880 987 052 €	2 327 989 453 €
College 2 + 258 actes	655 052 532 €	766 354 229 €	861 389 648 €	2 282 796 409 €

Analyse des natures d'exercices

Sur l'année 2011, l'étude recense 14 435 praticiens dont 3557 praticiens d'anesthésie qui relèvent du collège 2 (c'est-à-dire réalisant au moins 50 actes techniques de type ADA-ACO-ADC) et qui réalisent au moins 1 des 258 actes marqueurs. Nous avons voulu au préalable étudier la répartition des natures d'exercices de ces praticiens. Le but est d'apprécier quantitativement la part des praticiens exerçant en statut en temps plein hospitaliers et en libéral.

Au travers des données référencées par le SNIIRAM sur les natures d'exercice, nous avons construit les deux modalités suivantes :

- La modalité libérale qui regroupe l'ensemble des praticiens ayant un exercice en mode libéral à temps plein, ou à temps partiel
- La modalité temps plein hospitalier qui regroupe l'ensemble des praticiens ayant un exercice en mode libéral sur un temps plein hospitalier

Sur les 3 années d'observation, la part des praticiens exerçant en mode libéral est de 91%. Seulement 9% des praticiens présentent une activité dite libérale à temps plein hospitalier au sein de la base SNIIRAM. On constate une dynamique d'évolution des natures d'exercice au cours du temps. Une évolution de 2% du nombre de praticien exerçant une activité libérale est observée sur les 3 années versus 12% pour l'évolution du nombre de praticien exerçant une activité libérale à temps plein hospitalier. Le graphique ci-dessous présente pour chaque année d'étude la répartition des natures d'exercices détaillés. Il est intéressant de souligner que la part des praticiens exerçant en activité libérale intégral représente la majorité avec près de 70%.

On note également une part non négligeable de 14% des praticiens exerçant en activité libérale sur un temps partiel hospitalier. Pour notre étude cette catégorie est comptabilisée au sein de la nature

d'exercice libérale, car nous ne disposons d'aucune information nous permettant de vérifier si l'activité CCAM a été réalisée sur le temps partiel ou non.

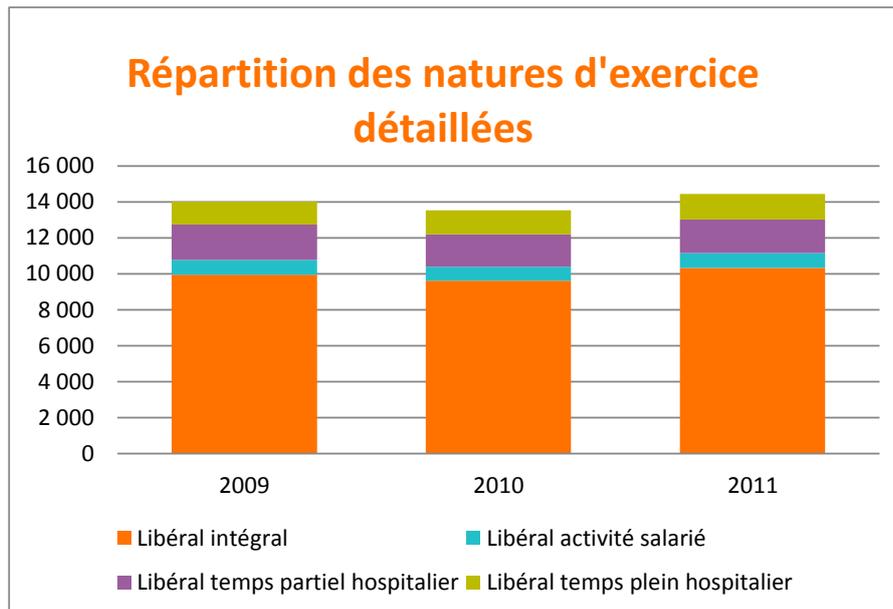


Figure 10

L'étude plus fine par spécialité de la répartition des natures d'exercice pour l'année 2011 souligne des hétérogénéités entre spécialité. Les spécialités de chirurgie cardio-thoracique apparaissent comme les spécialités présentant la plus grande part de praticiens exerçant en mode libérale sur du temps plein hospitalier (41% des praticiens). A contrario les praticiens réalisant les actes d'anesthésie présentent la plus grande part de praticien exerçant en mode libéral (96% des praticiens).

Le graphique ci-dessous présente la répartition des natures d'exercice des praticiens pour l'année 2011. Pour cela nous avons modélisé deux grandes catégories de nature d'exercice :

- libéral qui regroupe les activités du libéral intégral, libéral activité salariée et libéral à temps partiel hospitalier.

- activité libérale à temps plein hospitalier

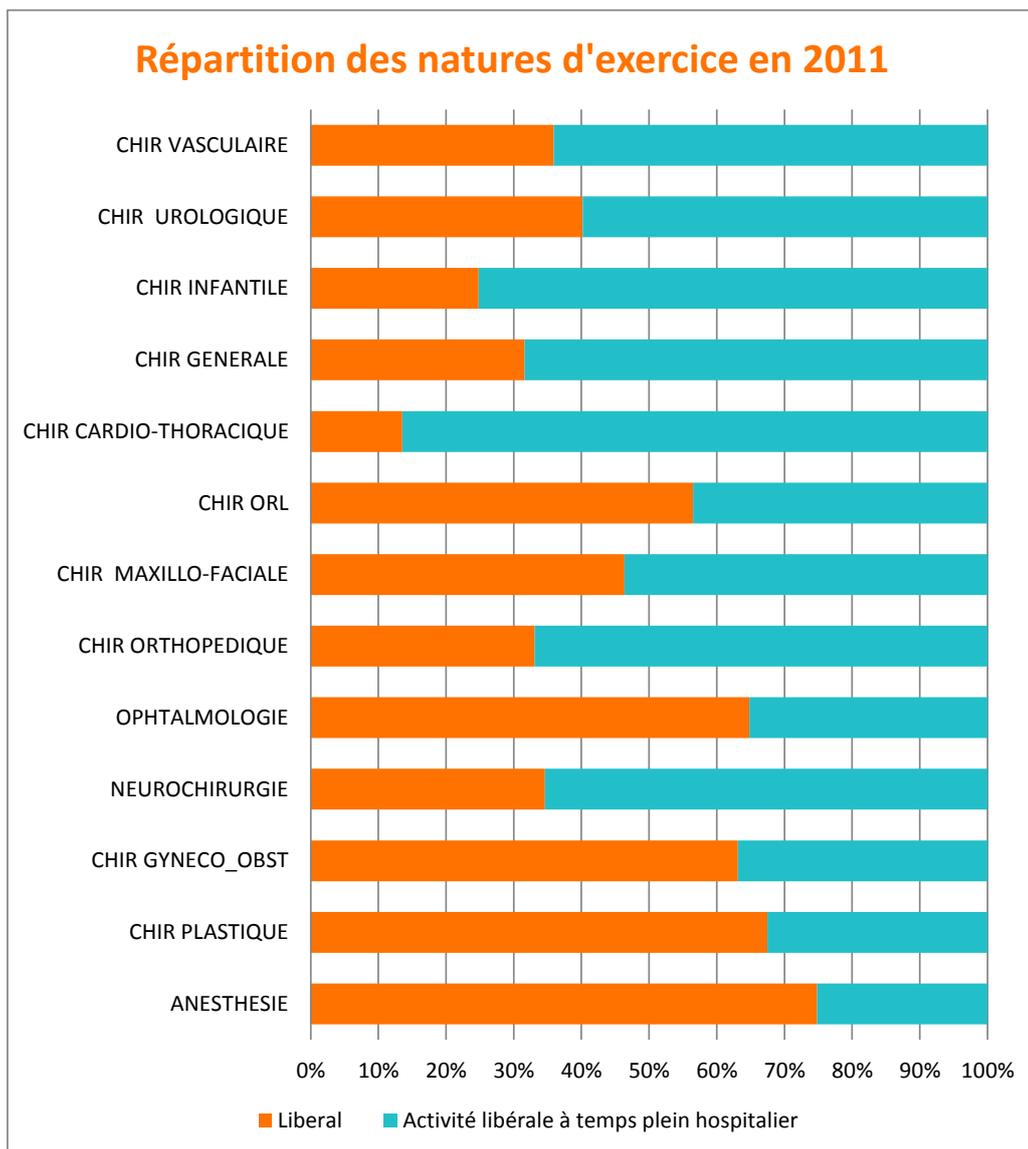


Figure 11

■ Complément d'honoraire par nature d'exercice

Nous avons réalisé dans le cadre de notre population des 14 435 praticiens dont 3 557 praticiens d'anesthésie relevant du collège 2 et réalisant au moins 1 des 258 actes sélectionnés, l'étude des indicateurs financiers par nature d'exercice.

L'étude des compléments d'honoraires sur les 3 années souligne une **dynamique d'évolution** à hauteur de **24,1% pour les praticiens relevant du statut d'exercice libéral** et à hauteur de **28,7% pour les praticiens relevant du statut d'exercice libéral sur du temps plein hospitalier**. De plus, la part des compléments d'honoraires représente 29,3% des honoraires totaux perçus par les praticiens en mode d'exercice libéral et 24% pour les praticiens en mode d'exercice libéral sur du temps plein hospitalier.

Le graphique ci-dessous présente l'évolution (sur 3 ans de 2009 à 2011) en % des remboursements, des compléments d'honoraires et des honoraires par nature d'exercice des praticiens.

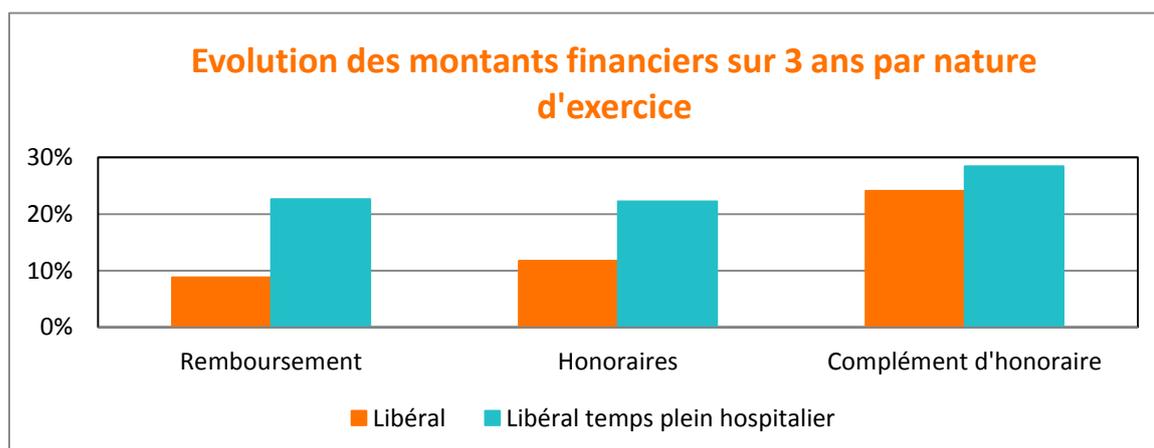


Figure 12

Indicateurs financiers pour les 48 catégories d'actes communs	2011		
Statut	Remboursement	Honoraires	Complément d'ho
Libéral	654 514 677 €	943 356 015 €	288 372 933 €
Libéral temps plein hospitalier	34 427 810 €	46 062 163 €	11 163 997 €
Total général	688 942 487 €	989 418 178 €	299 536 930 €

Tableau 4

A ce stade de l'étude, il est important de rappeler que le montant financier de remboursement Assurance Maladie des actes médicaux des professionnels libéraux sont financés sur l'enveloppe dite de « ville ». Les professionnels salariés sont financés sur l'enveloppe hospitalière. Dès lors que des professionnels à temps plein hospitaliers réalisent une activité CCAM dite « activité libérale sur du temps plein hospitalier », ils sont comptabilisés sur deux enveloppes. La part du remboursement des honoraires des actes libéraux des praticiens à temps plein hospitalier sur la totalité du remboursement des honoraires par l'assurance maladie représente 4%.

Nous avons réalisé l'analyse du poids des compléments d'honoraires par acte effectué au sein de chaque modalité d'exercice. Le graphique ci-dessous présente l'évolution sur les 3 années du montant moyen de complément d'honoraire observé par acte. On constate un écart de près de 12€ entre la modalité libérale et libérale à temps plein hospitalier en 2009 (le montant moyen du complément d'honoraire étant de 12€ plus important au niveau de l'activité libérale à temps plein hospitalier qu'au niveau de l'activité libérale). Cette différence s'abaisse à 6€ en 2011.

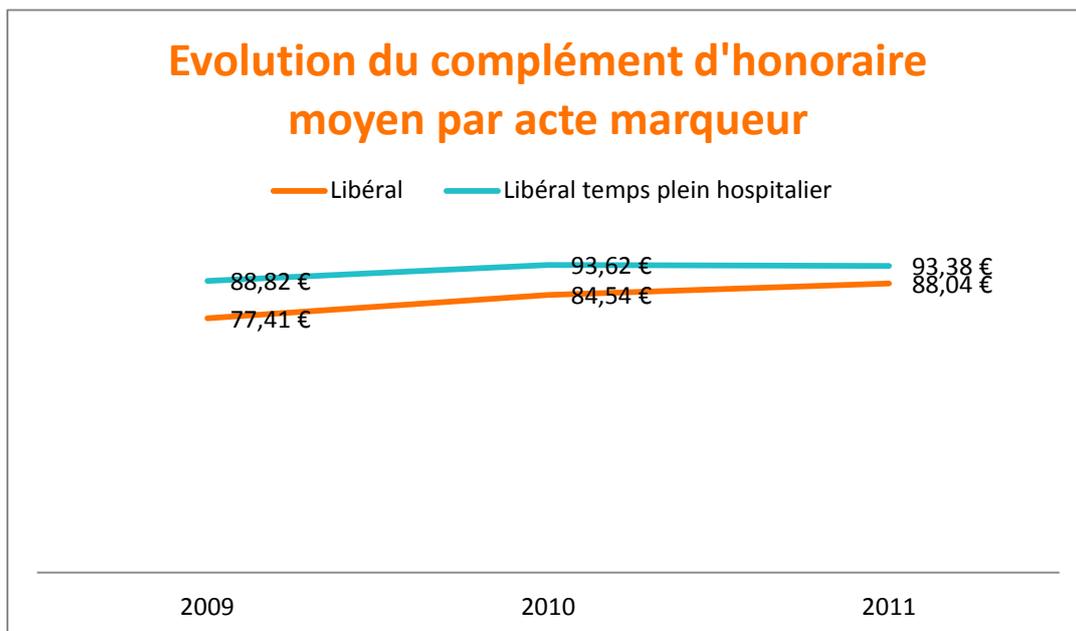


Figure 13

Le montant moyen du complément d'honoraire par acte marqueur (258 actes retenus au sein de l'étude) est systématiquement inférieur pour l'activité libérale que pour l'activité libérale à temps plein hospitalier.

■ Complément d'honoraire par nature d'exercice et spécialité

Pour compléter l'analyse, nous avons étudié de manière plus détaillée les dynamiques d'évolution des montants financiers par spécialité et par nature d'exercice.

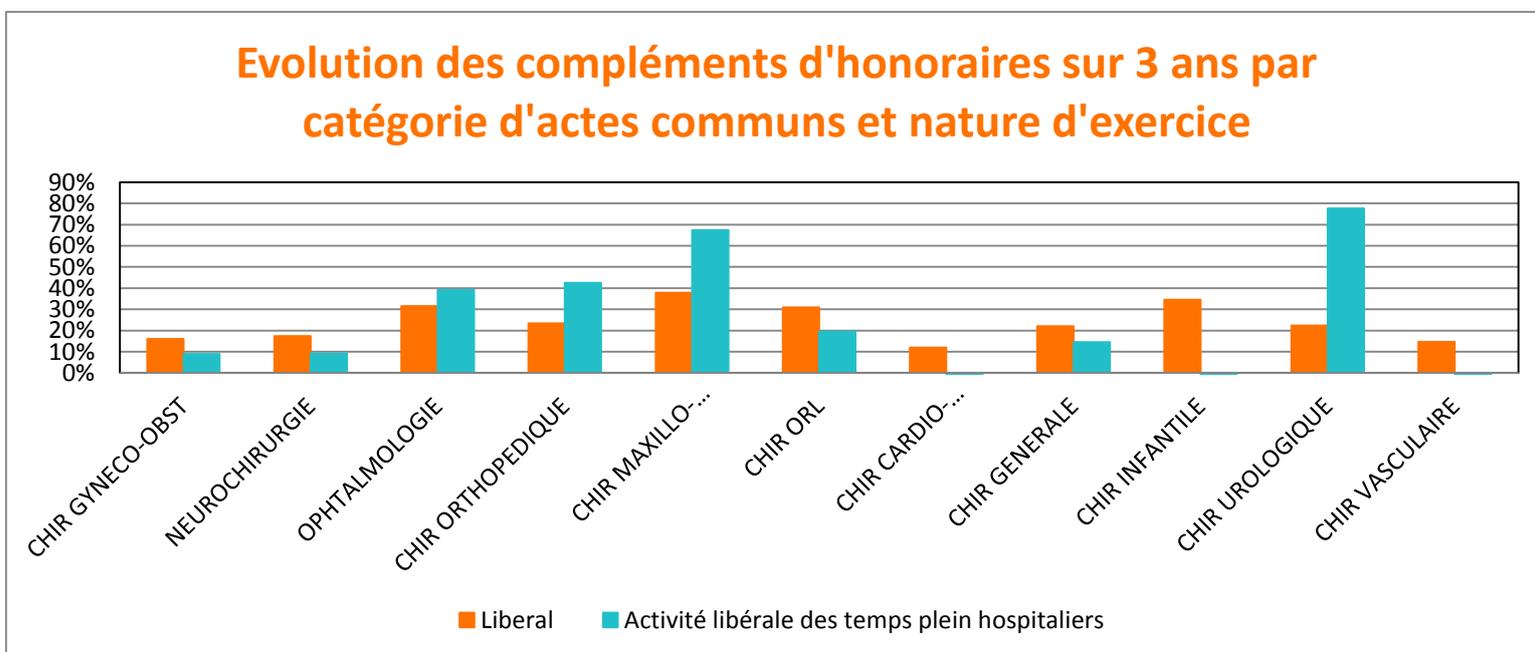


Figure 14

Evolution des remboursements sur 3 ans par catégorie d'actes communs et nature d'exercice

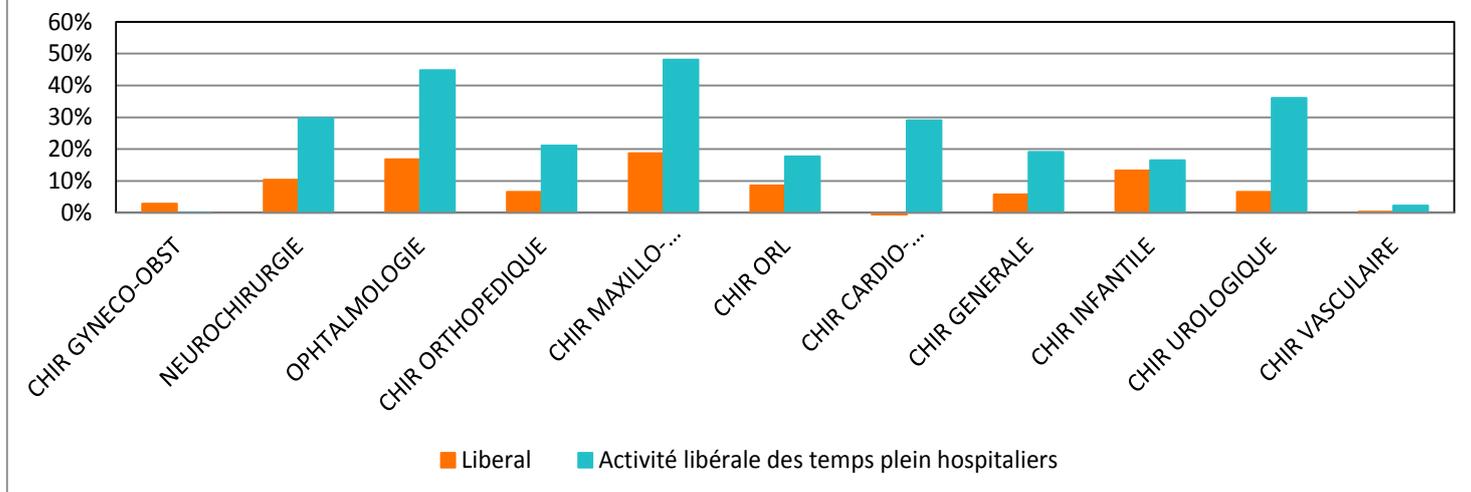


Figure 15

Evolution des honoraires sur 3 ans par catégorie d'actes communs et nature de l'exercice

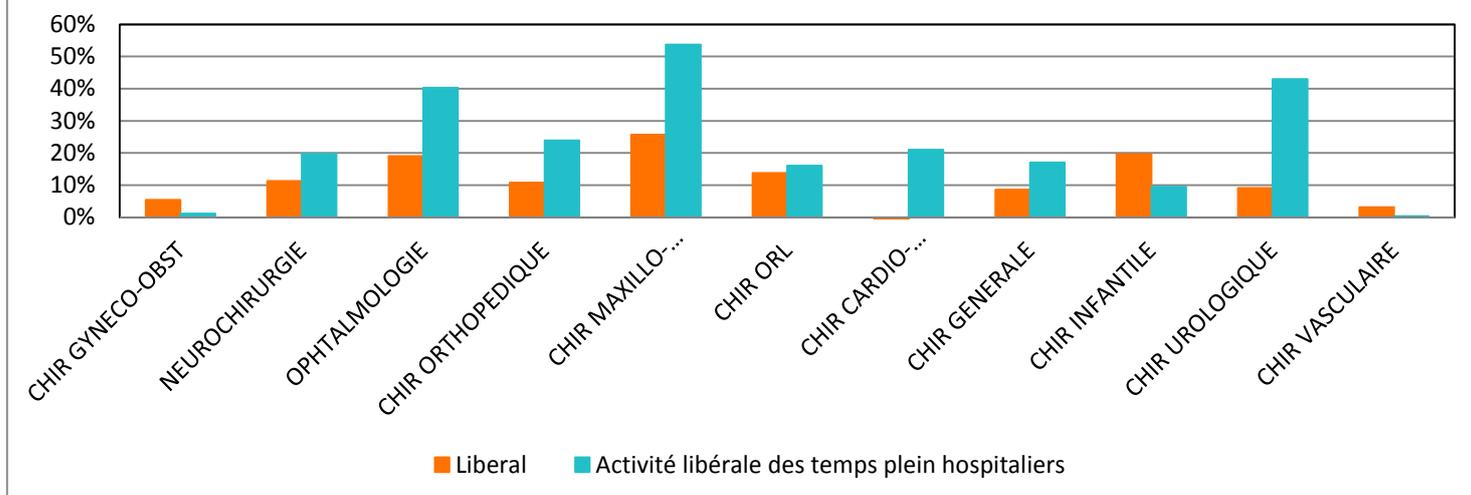


Figure 16

L'évolution des montants financiers sont systématiquement inférieurs sur les 3 ans pour les praticiens exerçant en mode libérale qu'à temps plein hospitalier. En effet ces taux varient pour le mode libérale de 9% d'évolution sur 3 ans pour les montants remboursés, à 12% pour les honoraires et à hauteur de 24% pour les compléments d'honoraires. Pour le mode temps plein hospitalier ces valeurs sont de manière respective de 23% pour le remboursement, 22% pour les honoraires et 28% pour les compléments d'honoraires.

■ Complément d'honoraire par catégorie d'actes communs

Nous avons regardé les taux d'évolution sur 3 ans des montants financiers remboursés par l'assurance maladie, des compléments d'honoraires et des honoraires par catégorie d'actes communs.

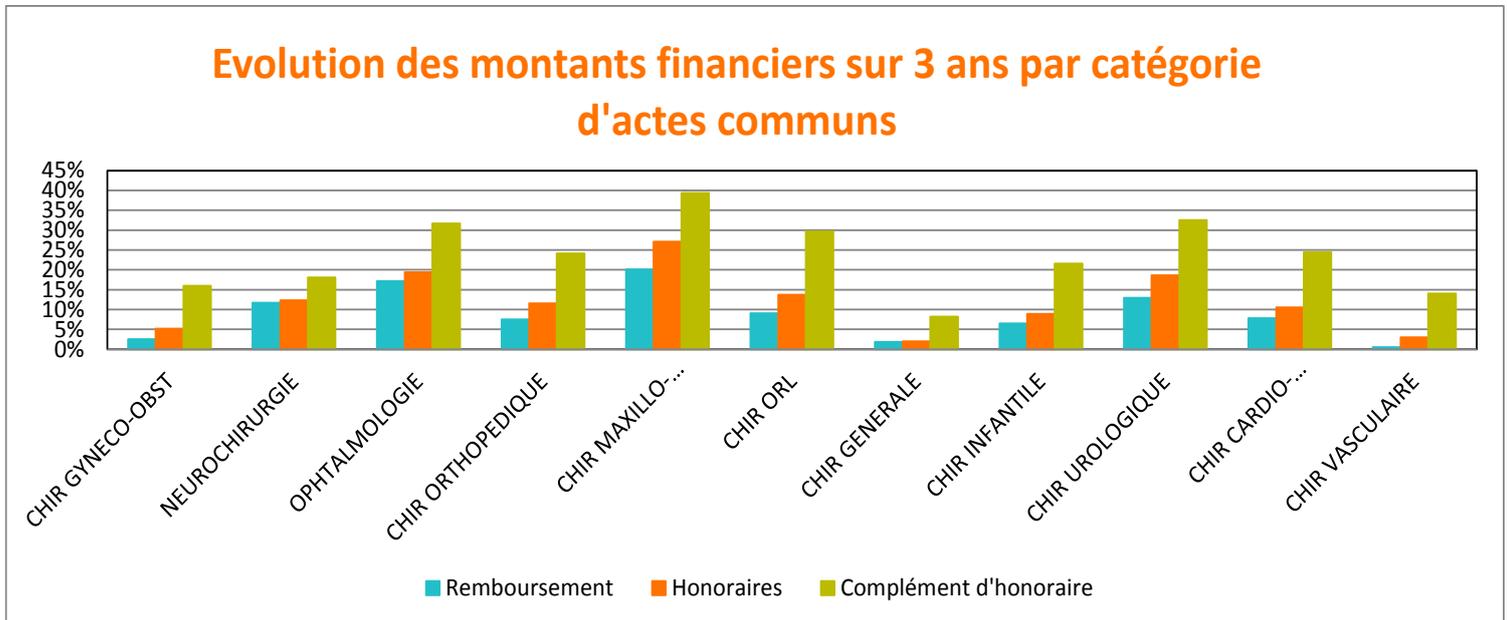


Figure 17

Le taux d'évolution des montants remboursés par l'assurance maladie est de 9%, de 24% pour les montants des compléments d'honoraires, soit au final 12% de la totalité des honoraires.

L'étude de cette dynamique d'augmentation des montants financiers par catégorie d'actes communs a été étudiée de manière distincte au sein des deux natures d'exercices, libérale et libérale à temps plein hospitalier.

Il est intéressant de noter que pour l'ensemble des indicateurs financiers, la dynamique d'évolution par catégories d'actes communs est plus marquée pour les praticiens relevant d'une activité dite libérale des temps plein hospitaliers que les praticiens relevant d'une activité dite libérale. Les compléments d'honoraires augmentent de manière importante mais donne une évolution normale des honoraires.

Analyse des statuts des établissements d'exercice

Afin de réaliser l'étude des compléments d'honoraires par rapport aux coûts hospitaliers, nous avons procédé au rapprochement pour chaque praticien, du statut de l'établissement. A titre de rappel, notre étude porte toujours sur les 14 435 praticiens dont 3557 praticiens d'anesthésie relevant du collège 2 et réalisant au moins 1 des 258 actes sélectionnés.

Sur les 14 435, près de 89% sont rattachés à un établissement de santé du secteur privé. En parallèle, on note 7% de praticiens pour lesquels aucun établissement de santé n'est déclaré.

L'étude croisée du nombre de praticien et de la nature d'exercice nous permet de confirmer que les praticiens rattachés à un établissement de secteur privé correspondent à la quasi-totalité des praticiens exerçant en mode libéral. Afin d'éviter l'écueil des valeurs manquantes sur le statut de l'établissement,

nous recoupons ces valeurs avec la nature d'exercice du praticien. En cas d'appariement des données, nous attribuons le statut d'établissement public aux praticiens exerçant en activité libérale à temps plein hospitalier.

Les résultats obtenus concernant les compléments d'honoraires des praticiens par statut juridique d'établissement sont donc identiques à ceux réalisés via les natures d'exercice des praticiens.

Etude du poids des compléments d'honoraires sur les coûts hospitaliers

L'objet de cette partie de l'étude est d'apprécier le poids des compléments d'honoraires pour 48 catégories d'actes communs prises en charge par les professionnels libéraux au sein du secteur hospitalier par rapport à la totalité des coûts assurance maladie de ces séjours hospitaliers.

L'objectif était de situer honoraires et compléments d'honoraires des professionnels libéraux dans l'offre de soins en les rapportant aux prix des hospitalisations.

Pour la réalisation de ce travail, nous avons croisé les données d'honoraires de chaque praticien au sein des établissements de santé issues du SNIIRAM avec les données d'activité des établissements de santé MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique) obtenues par le PMSI 2011 (Programme de Médicalisation des Systèmes d'information).

■ Valorisation économique des séjours hospitaliers 2011

Nous avons extrait pour cette analyse l'ensemble des séjours issus de la base PMSI 2011 présentant au moins 1 des 258 actes sélectionnés. Puis nous avons procédé à la valorisation économique de ces séjours au travers des modalités de la tarification à l'activité. Pour ce faire, nous avons utilisé les tarifs 2012 MCO issus de l'arrêté du 1^{er} mars 2012. Cet arrêté présente pour chaque GHM (Groupe Homogène de Malade) sa contrepartie tarifaire GHS (Groupe Homogène de Séjour) et ses éléments tarifaires (borne basse, borne haute, tarif, tarif extrême haut, forfait exb...).

La valorisation économique d'un séjour au sein d'un établissement de santé se traduit pour la partie hospitalière par la facturation d'un GHS (Groupe Homogène de Séjour). Ce dernier constitue un forfait de prise en charge d'un patient visant à couvrir l'ensemble des prestations (actes, consommables...) dispensées par l'établissement.

La valorisation s'est effectuée sur les données les plus récentes c'est à dire l'année 2011, soit 5 780 014 séjours dont 2 439 664 dans le secteur public (42%) et 3 340 350 séjours (58%) dans le secteur privé.

En effet comme expliqué un peu plus haut dans ce document, la valorisation GHM (Groupe Homogène de Malades) représente la contrepartie financière de la prise en charge d'un patient sous forme de forfaits. Les tarifs de GHM sont publiés au bulletin officiel sous la forme d'arrêtés de campagne tarifaire. Les tarifs font l'objet d'une publication annuelle.

A chaque GHM viennent s'ajouter les suppléments perçus par l'établissement pour chaque journée où le patient a été pris en charge dans une unité médicale spécialisée (de type réanimation, soins intensifs, surveillance continue...)

A titre de rappel les médecins exerçant au sein des établissements publics sont des salariés et à ce titre leur rémunération est déjà incluse dans le forfait GHM. A contrario, les médecins des établissements

privés sont libéraux et à ce titre facturent des honoraires directement à l'assurance maladie. Aussi il convient pour assurer un périmètre constant de comparaison de rajouter la part des honoraires au sein du secteur privé.

Le tableau ci-dessous présente pour chacun des deux secteurs juridiques la valorisation économique des séjours hospitaliers (CAT2A) qui contiennent au moins 1 des 258 actes marqueurs. Cette valorisation économique a tenu compte de la différence de tarif de GHS en fonction du statut juridique de l'établissement et des différents suppléments journaliers mais n'intègre pas les honoraires du secteur privé. En effet comme nous l'avons précisé, le forfait GHS pour les établissements du secteur privé ne comprennent pas la rémunération du personnel médical. A contrario, les GHS du secteur public comprennent la rémunération du personnel médical, qui par définition est salarié. Le tableau présente le chiffre d'affaire généré par la tarification à l'activité (CAT2A) au sein des deux secteurs juridiques.

Statut	Nbre séjours	% séjours	CAT2A	% CAT2A	Honoraires Chir+anesthésie	%	Total CAT2A+honoraires	%
priv	3 340 350	58%	4 235 931 957,08 €	36%	942 708 343,67 €	96%	5 178 640 300,75 €	40%
pub	2 439 664	42%	7 681 440 943,06 €	64%	42 423 635,56 €	4%	7 723 864 578,62 €	60%
Total	5 780 014	100%	11 917 372 900,14 €	100%	985 131 979,23 €		12 902 504 879,37 €	

Tableau 5

Statut	Nbre séjours	% séjours	CAT2A	% CAT2A	Remboursés Chir+anesthésie	%	Total CAT2A+remboursés	%
priv	3 340 350	58%	4 235 931 957,08 €	36%	654 342 546,88 €	95%	4 890 274 503,96 €	39%
pub	2 439 664	42%	7 681 440 943,06 €	64%	31 745 885,13 €	5%	7 713 186 828,19 €	61%
Total	5 780 014	100%	11 917 372 900,14 €	100%	686 088 432,01 €		12 603 461 332,15 €	

Tableau 6

Il est intéressant de noter que 58% des séjours contenant au moins des actes sélectionnés sont pris en charge par le secteur privé versus 42% par le secteur public. A contrario les 42% de séjours génèrent 64% de la valorisation économique hospitalière.

Il est important de souligner toutefois que la valorisation économique des établissements de santé publics contient par définition les rémunérations des personnels médicaux. En effet, les GHS couvrent la ventilation des postes de coûts liés au personnel médical et soignant pour la prise en charge du patient. Cela est dû au statut de salarié du personnel médical. A contrario, les établissements de santé privés perçoivent un GHS ne couvrant pas la rémunération du personnel médical. Compte tenu du statut libéral des professionnels de santé, ces derniers facturent directement à l'assurance maladie via les actes de la CCAM.

De plus nous avons sommé les montants remboursés par l'assurance maladie sur les actes effectués à la totalité du chiffre d'affaire généré par les séjours hospitaliers. Le détail des informations de séjours et de valorisation économique est présenté en annexe 3 de ce document.

Le graphique ci-dessous présente la répartition des séjours hospitaliers entre les deux secteurs juridiques par catégories d'actes communs. On observe de fortes hétérogénéités entre actes marqueurs.

Répartition des séjours des actes marqueurs par secteur juridique

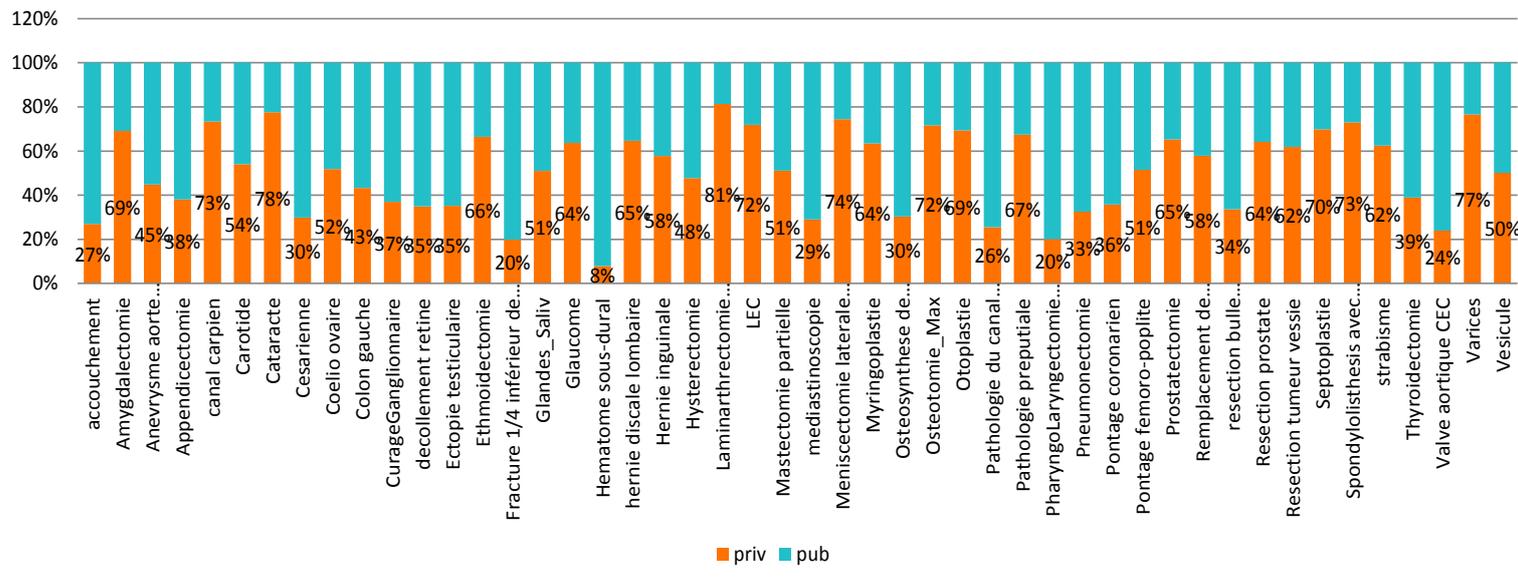


Figure 18

Différence en € du montant remboursé entre le secteur public et privé

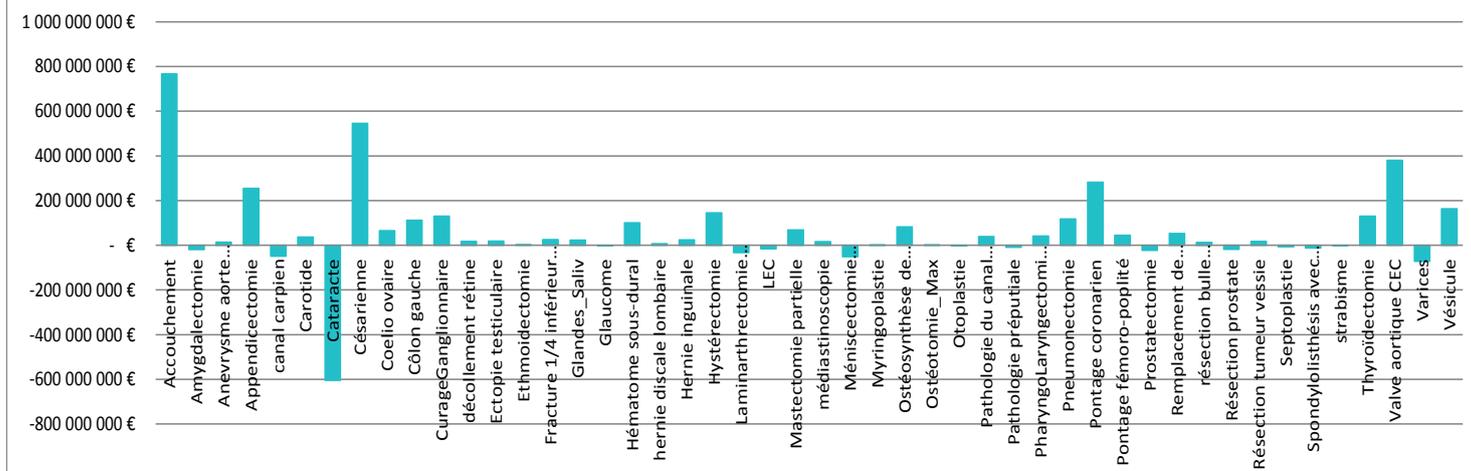


Figure 19

Au sein du graphique ci-dessus, nous avons représenté par acte marqueur la différence constatée entre le montant remboursé par l'assurance maladie (remboursement chirurgie+ remboursement activité anesthésie + tarif GHM) entre le secteur public et privé. Dans le graphique ci-dessous nous avons représenté par catégorie d'actes communs la différence moyenne en euros remboursés par l'assurance maladie entre les deux secteurs. Le montant remboursé étant la somme de la tarification du séjour hospitalier auquel s'ajoute les remboursements d'honoraires de chirurgie et d'anesthésie.

Motant moyen remboursé par catégorie d'actes communs dans les deux secteurs

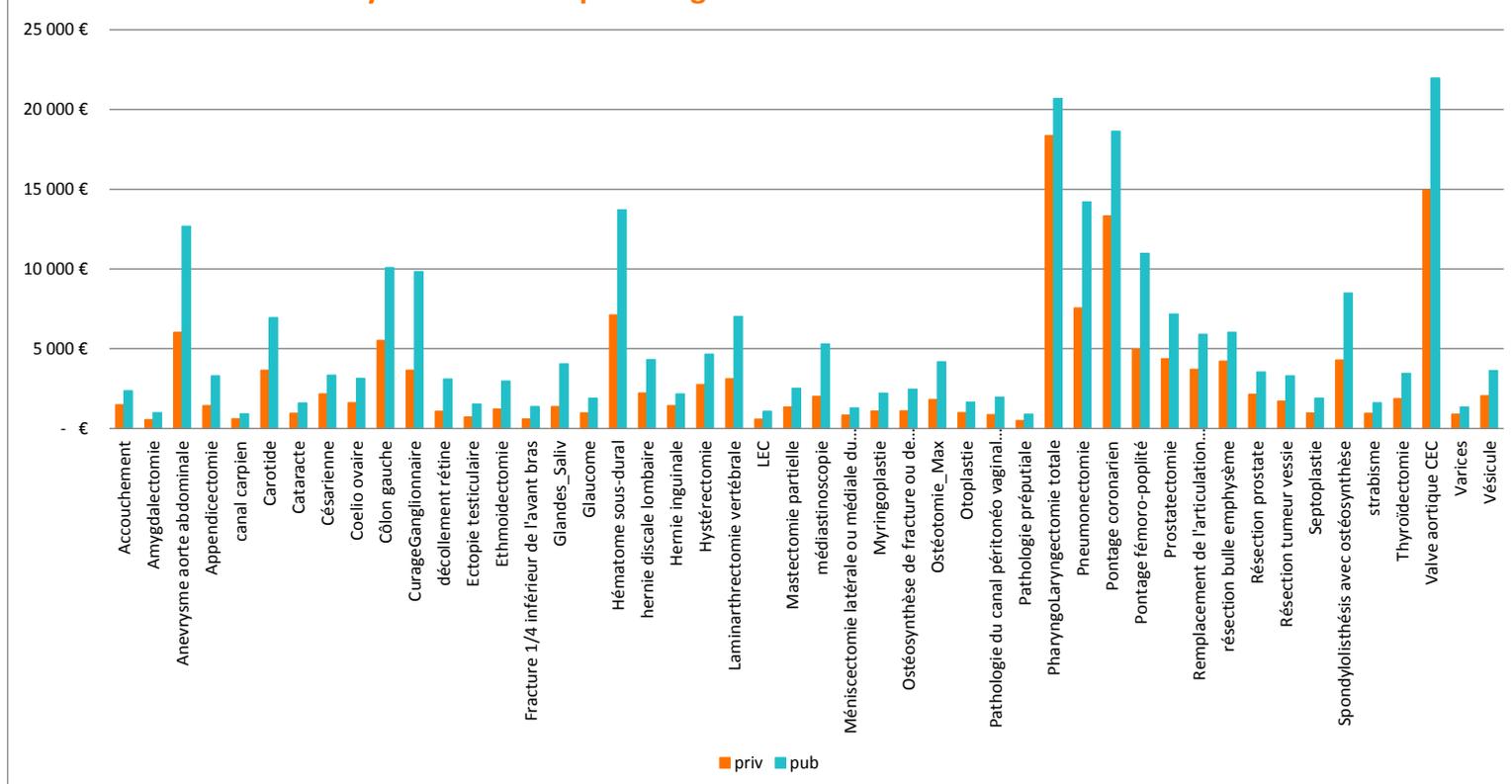


Figure 20

■ Poids des compléments d'honoraires

Il est intéressant de souligner que les compléments d'honoraires de chirurgie pour le secteur privé représentent 34,1% du total des honoraires perçus versus 25,3% pour les praticiens du secteur public.

Il est important de souligner que tous les compléments d'honoraires perçus par les praticiens exerçant en mode temps plein hospitalier correspondent à un financement en sus. De plus, les montants de remboursement d'honoraires versés par l'assurance maladie pour les actes pratiqués en activité libérale de temps plein hospitalier correspondent à un double financement par l'assurance maladie. En effet l'assurance maladie finance au travers du GHS du secteur public, les postes de personnels médicaux relatifs à la réalisation des actes au sein du séjour hospitalier. Si ces actes font l'objet d'un remboursement par l'enveloppe de ville, ils font l'objet d'un double financement.

■ Poids des compléments d'honoraire moyen par actes marqueurs et par secteur

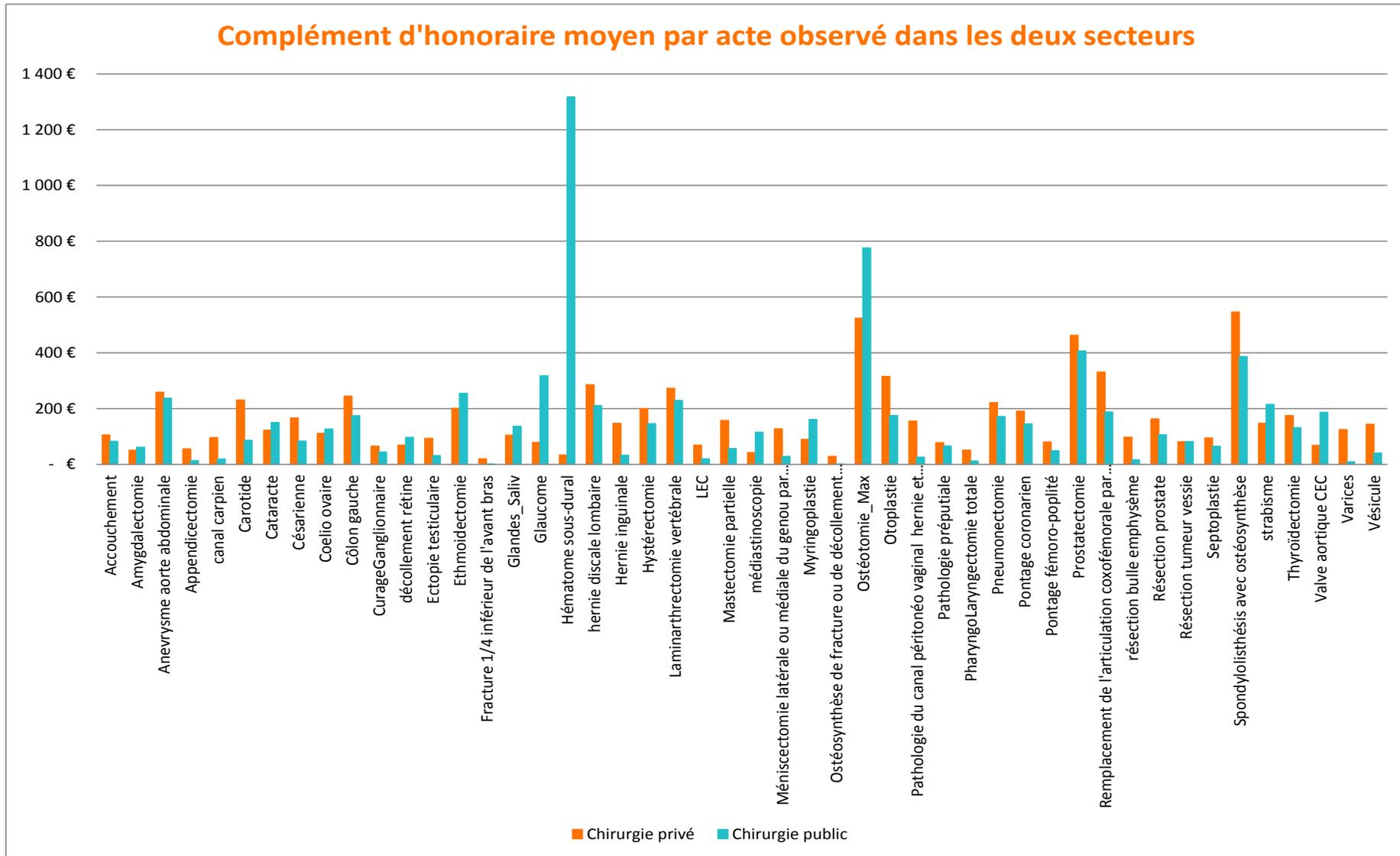


Figure 21

Analyse du coût de la pratique

Pour ce troisième travail, le BLOC a souhaité réaliser un focus sur l'appréciation du coût réel de la pratique et le mettre en regard des coûts de pratique évalués par l'Assurance Maladie. Pour réaliser ce travail exploratoire, une extraction des bases de données 2010 SNIIRAM (Système National d'Informations Inter Régimes de l'Assurance Maladie) a été effectuée par le BLOC afin de récupérer l'information relative aux honoraires et compléments d'honoraires pour chaque praticien de chaque spécialité médicale.

Ces données ont fait l'objet d'un rapprochement avec celles relatives aux actes pour chacune des spécialités exprimées en point de travail et coûts de pratique produits par l'Assurance Maladie dans le cadre de la refonte de la CCAM V2 en 2000. En parallèle, les données 2010 relatives au BNC ont été obtenues via la CARMF (Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France), ainsi que les données des charges issues des données ARAPL (Associations Régionales Agréées des Professions Libérales).

Au final, ce travail a permis de rapprocher pour chaque spécialité médicale les coûts de fonctionnement, de ceux évalués par l'Assurance Maladie.

Etude des charges observées

Calcul des charges via les données ARAPL

Les Associations Régionales Agréées des Professions Libérales regroupent des professionnels exerçant en mode libéral dont les professionnels de santé. L'adhésion à ces centres de gestion est facultative mais permet à ces derniers de prendre en charge leur déclaration personnelle BNC 2035 afin de la télétransmettre à la DGI (Direction Générale des Impôts). Un travail de rapprochement des données issues des ARAPL 2010 et des données SNIIRAM 2010 a été effectué. Pour cela nous avons dû tout comme l'étude originale menée par le CREDES reconstruire une nomenclature des spécialités. En effet les données fournies par le BNC 2035 à la direction générale des impôts le sont par spécialité fiscale. Ces spécialités fiscales ne sont pas strictement superposables à celles enregistrées au sein du SNIIRAM.

Pour réaliser le travail de rapprochement des deux nomenclatures, nous avons utilisé la méthodologie proposée par le CREDES en 2000. De ce fait nous avons assigné à chaque spécialité médicale des praticiens de la base SNIIRAM, une spécialité fiscale.

■ Calcul des charges brutes ARAPL

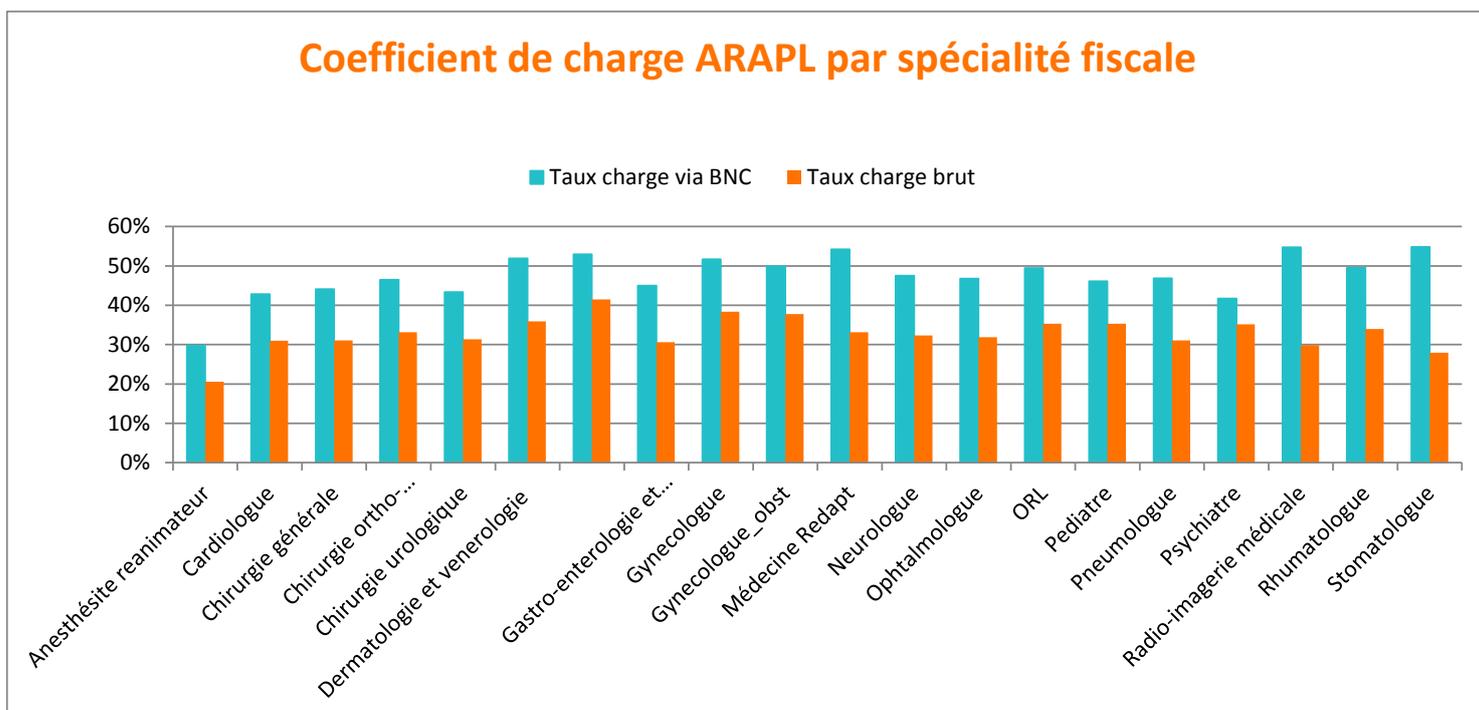
A partir des données nationales 2010 ARAPL, nous avons calculé pour chaque spécialité un taux de charge brut permettant d'apprécier le poids des charges professionnelles par rapport aux recettes perçues. Ce taux de charge a été calculé par spécialité fiscale. Le tableau suivant présente par spécialité fiscale le taux de charge brut et le taux de charge via le retraitement par les données BNC des ARAPL. Afin de pouvoir comparer par la suite les données ARAPL et CARMF, nous avons dû utiliser la même méthodologie de retraitement, à savoir via les BNC.

Spécialité fiscale	Nombre de spécialité medicale SNIIRAM	Taux charge brut	Taux charge via BNC
Anesthésiste reanimateur	1	21%	30%
Cardiologue	1	31%	43%
Chirurgie générale	6	31%	44%
Chirurgie ortho-traumatologie	1	33%	46%
Chirurgie urologique	1	31%	43%
Dermatologie et venerologie	1	36%	52%
Endocrinologie et metabolismes	1	42%	53%
Gastro-enterologie et hepatologie	1	31%	45%
Gynecologue	1	38%	52%
Gynecologue_obst	2	38%	50%
Médecine Redapt	1	33%	54%
Neurologue	1	32%	48%
Ophthalmologue	1	32%	47%
ORL	1	35%	49%
Pediatre	1	35%	46%
Pneumologue	1	31%	47%
Psychiatre	3	35%	42%
Radio-imagerie médicale	3	30%	55%
Rhumatologue	1	34%	50%
Stomatologue	3	28%	55%

Tableau 7

Ce taux de charge est globalement de 32% pour les spécialités de chirurgie et de 33% pour les autres spécialités. Le graphique ci-dessous présente la ventilation des taux de charge par spécialité fiscale et des taux de charge théorique via les données BNC des ARAPL. La différence observée con

Coefficient de charge ARAPL par spécialité fiscale


Tableau 8

Le principal biais de l'utilisation des spécialités fiscales repose sur sa non superposition avec les spécialités SNIIRAM. En effet la spécialité fiscale de chirurgie générale regroupe pas moins de 5 spécialités chirurgicales du SNIIRAM allant de la chirurgie infantile à la chirurgie vasculaire, cardio-thoracique... Le tableau en annexe 6 présente de manière détaillée le rapprochement des spécialités SNIIRAM et fiscales. A contrario certaines spécialités n'ont pas d'équivalence de nomenclature au sein de la direction générale des impôts avec notamment les spécialités de médecine interne, d'hématologie...

Calcul des charges via les données CARMF

■ Mise en cohérence des honoraires SNIIRAM et CARMF

Un premier travail de rapprochement a été effectué entre les données SNIIRAM 2010 et CARMF 2010. En effet, les données CARMF ne sont pas nominatives et ne permettent pas l'identification du praticien. Nous avons donc dû réaliser un algorithme de croisement des données au travers des données d'âge, de sexe, de résidence, de spécialité, de secteur conventionnel et d'honoraires.

Le nombre de praticien déclarant au sein de la CARMF hors généraliste est de 45 983 versus 57 874 praticiens au sein du SNIIRAM, soit 79%.

Dans un premier temps, nous avons éliminé de la base CARMF l'ensemble des praticiens présentant un BNC non renseigné ou nul. Sur nos 57 874 praticiens issus du SNIIRAM, 32 370 sont rapprochés avec la base de données CARMF (56% praticiens) et présentent un BNC supérieur à 0.

Le graphique suivant présente la répartition par spécialité des praticiens présentant un BNC nul versus un BNC déclaré. Au final 56% des praticiens de notre base SNIIRAM présente un BNC déclaré versus 44% non déclaré ou nul. Certaines spécialités présentent des taux très importants de BNC non déclaré tel que les directeurs de laboratoire, les neuropsychiatres, et les radiothérapeutes avec 74% de non déclarant. Les taux de déclaration de BNC sont très hétérogènes entre les spécialités.

Répartition des types de BNC au sein du collège 3

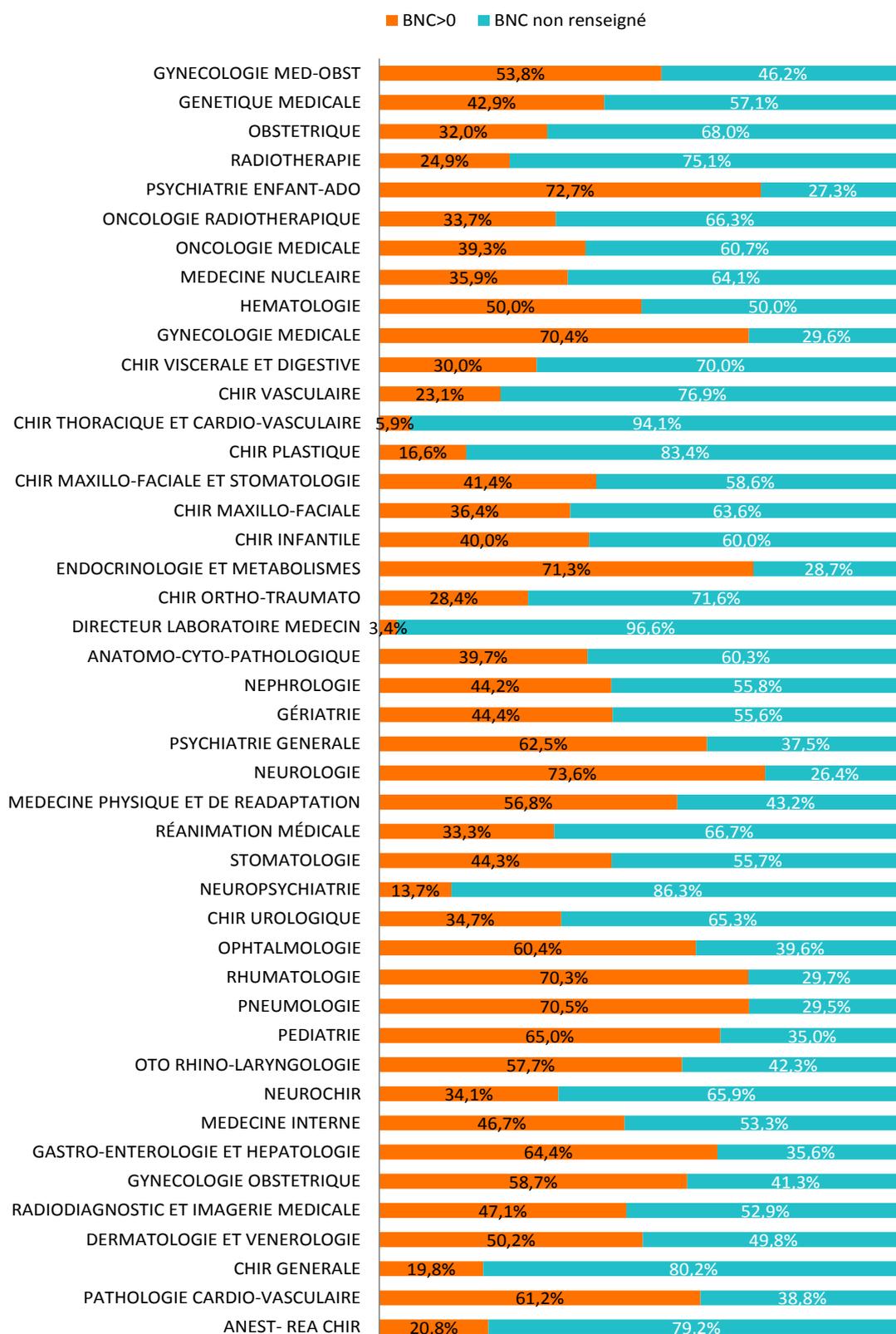


Figure 22

Répartition des types de BNC au sein du collège 2

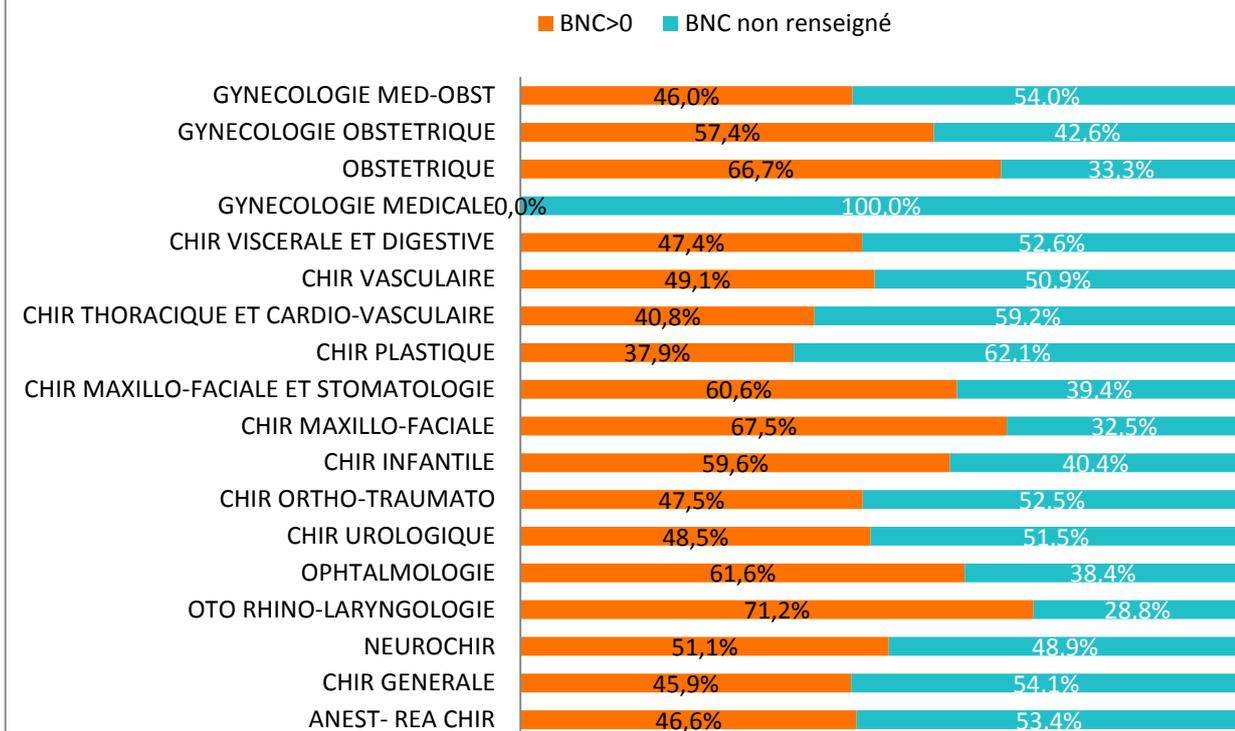


Figure 23

Cette hétérogénéité est en grande partie explicable par les conditions de déclaration des BNC eux-mêmes. En effet la déclaration contrôlée des BNC est la déclaration fiscale habituelle des médecins libéraux. Néanmoins les médecins exerçant en société ne l'utilisent pas. Ces derniers sont soumis à l'impôt sur les sociétés. Il est difficile d'évaluer le biais induit. Néanmoins le graphique de répartition des taux de non déclarant permet de l'approcher.

Dans un deuxième temps, nous avons rapproché les données des honoraires déclarés au sein de la CARMF et ceux indiqués au sein du SNIIRAM. Nous avons gardé exclusivement les données des praticiens présentant un ratio honoraires CARMF/honoraires SNIIRAM compris entre [0,87 et 1,3]. Cet intervalle a été fixé de manière à conserver les effectifs de praticien par valeur du ratio honoraires CARMF/honoraires SNIIRAM qui représentait au moins 0,01% de la population. Nous avons réalisé pour cela la distribution des effectifs de praticien suivant la valeur prise par le ratio honoraires CARMF/honoraires SNIIRAM. Si l'effectif des praticiens représentait moins plus de 0,01% de la population, alors nous avons fait le choix de garder la valeur du ratio. Cela nous a amené à fixer l'intervalle [0,87 et 1,3].

Notre base de travail se compose désormais de 32 107 praticiens (soit 99% de la base rapprochée des 32 370 praticiens ou 55% de la base SNIIRAM d'origine).

Le graphique ci-dessous présente la répartition par spécialité des praticiens retenus et non retenus après croisement des données SNIIRAM et CARMF de l'année 2010. A titre de rappel le croisement des deux bases de données permet de conserver 56% des praticiens. Ce taux varie et fluctue suivant la nature des spécialités.

Répartition par spécialité du croisement SNIIRAM-CARMF

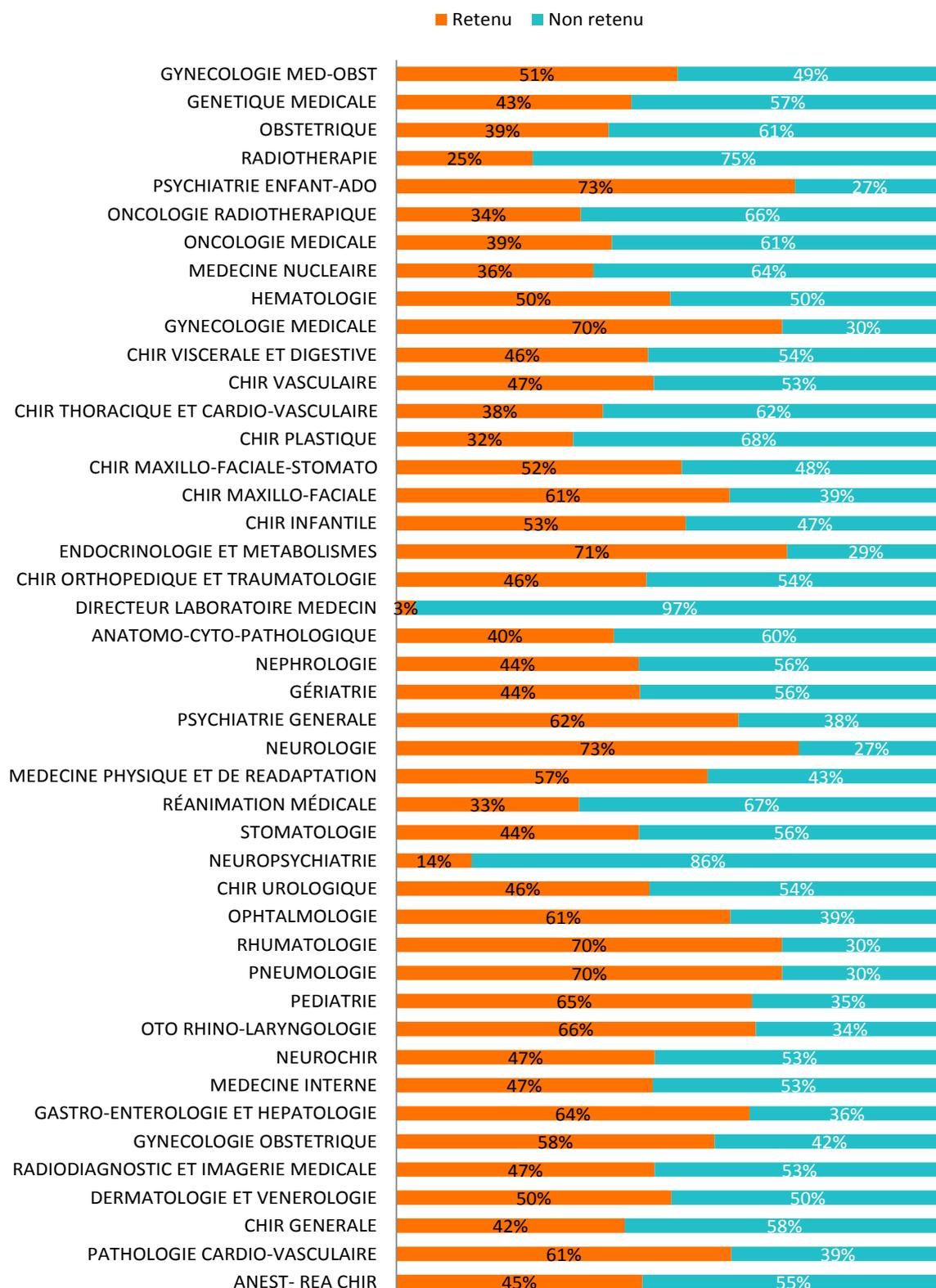


Figure 24

■ Calcul des charges brutes et des charges nettes CARMF

Nous avons calculé, à partir de notre base de travail des 32 107 praticiens, les charges brutes CARMF. Pour cela nous avons réalisé la différence entre les honoraires déclarés et le BNC, d'où l'importance d'avoir vérifié au préalable la qualité de renseignement des BNC et des honoraires.

Cette différence permet de déterminer un taux de charge brute par spécialité. Il convient de redresser ces charges de celles des consultations. En effet pour pouvoir réaliser le rapprochement des charges de fonctionnement obtenues par les données CARMF, il faut s'assurer que le périmètre est constant. Or le coût de la pratique évalué par l'assurance maladie, comme nous le détaillerons plus tard dans ce document, se réalise au travers d'actes techniques issus de la CCAM.

Pour permettre la comparaison des charges de fonctionnement sur un périmètre constant, il faut redresser les données des charges brutes de la CARMF par les taux de charges des consultations des praticiens. Pour cela nous avons utilisé la méthodologie suivante :

- ✓ Calcul des taux de consultations de nos 32 107 praticiens à travers les données d'activité issues du SNIIRAM de l'année 2010
- ✓ Calcul d'un taux de charge de consultation via les données des BNC observées au sein de la base CARMF chez les spécialités réalisant moins de 50 actes techniques.
L'objectif est d'approcher le taux de charge de consultation au travers de praticiens réalisant quasi exclusivement une activité de type consultation. Ainsi, la différence entre leurs honoraires et leurs BNC nous permet d'approcher leurs charges de fonctionnement. Nous avons dû en parallèle exclure manuellement un certain nombre de spécialités. Ces spécialités étant les suivantes :
 - Médecine interne/ Directeur de laboratoire/ Neuropsychiatre
 - Pédiatrie/Psy enfant/Psy générale/Génétique médicale
 - Oncologie médicale/Gériatrie/hématologie/Médecine nucléaire
- ✓ Calcul des charges nettes par spécialité en redressant les charges brutes à partir du taux de charges des consultations et du taux de consultation par praticien.
- ✓ Calcul d'un taux de charge nette CARMF en rapportant les charges nettes CARMF aux honoraires SNIIRAM.

Les graphiques suivants présentent ainsi par spécialité et par spécialité redressée, les taux de charges brutes et nettes calculées à partir des données de la base CARMF de l'année 2010.

La figure 25 présente par spécialité la comparaison des taux de charges brutes et nettes issues des données CARMF. On souligne que pour la majorité des spécialités, le taux de charge nette CARMF est bien inférieur au taux de charge brute.

Comparaison des charges CARMF par spécialité

■ Taux de charges brutes CARMF ■ Taux de charges nettes CARMF

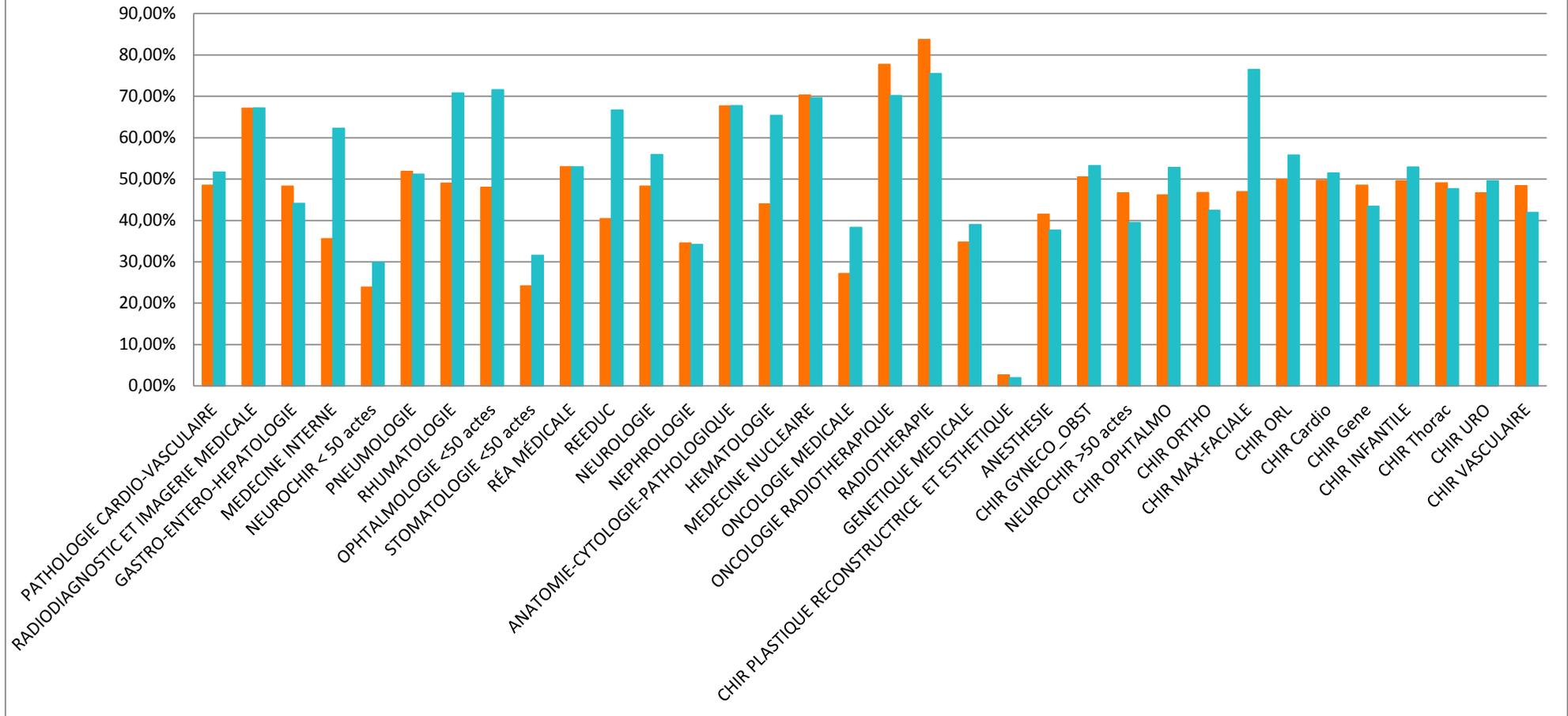


Figure 25

Comparaison des charges CARMF par spécialité redressée

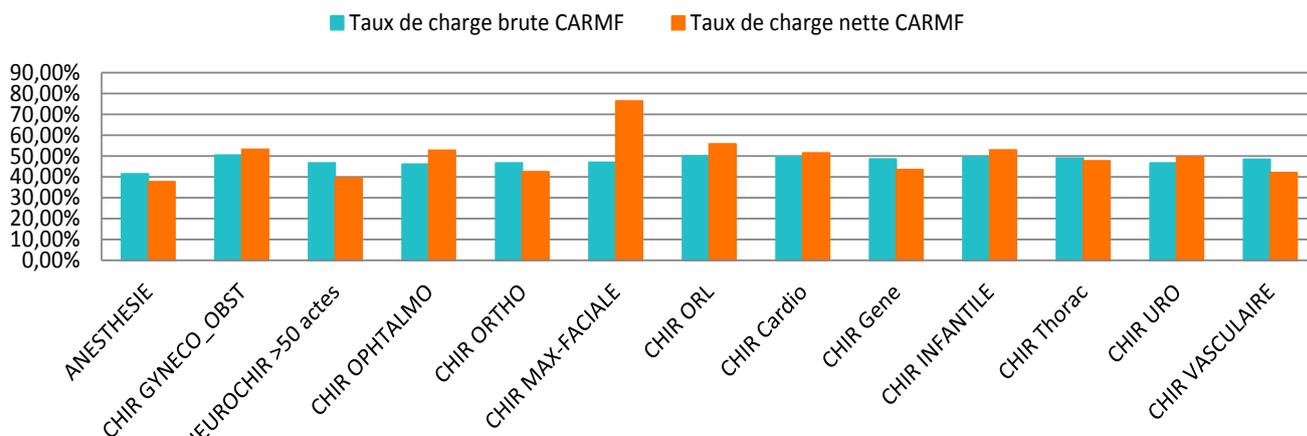


Figure 26

On remarque que les taux de charges nettes sont relativement homogènes entre les différentes spécialités redressées. L'écart de différence constatée auprès des autres spécialités est un effet mécanique dû à la volumétrie de leurs consultations. En effet toutes les autres spécialités présentent des taux très élevés de consultation.

Comparaison des taux de charges CARMF et ARAPL

Dans cette partie de l'étude, nous avons rapproché par spécialité et pour les praticiens ayant fait l'objet d'un redressement de spécialité, les taux de charges constatées via les déclarations BNC de la base ARAPL et les taux de charges brutes issues de la CARMF.

Comparaison des taux de charge ARAPL et CARMF par spécialité médicale

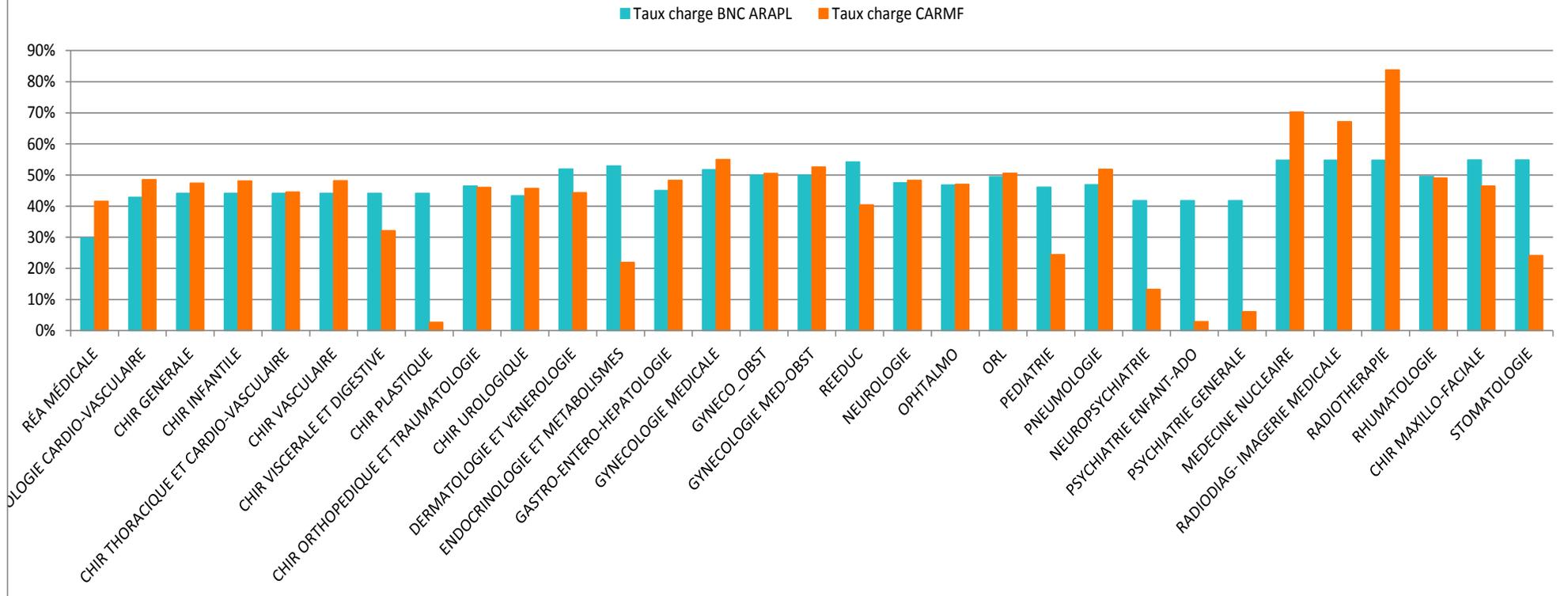


Figure 27

Etude des charges théoriques de l'Assurance Maladie

Calcul des charges via les données SNIIRAM

A titre de rappel, la CCAM est une nomenclature des actes médicaux qui supporte la tarification des honoraires. La valeur de chaque acte est établie en fonction des deux types de ressources mobilisées par le praticien pour réaliser cet acte.

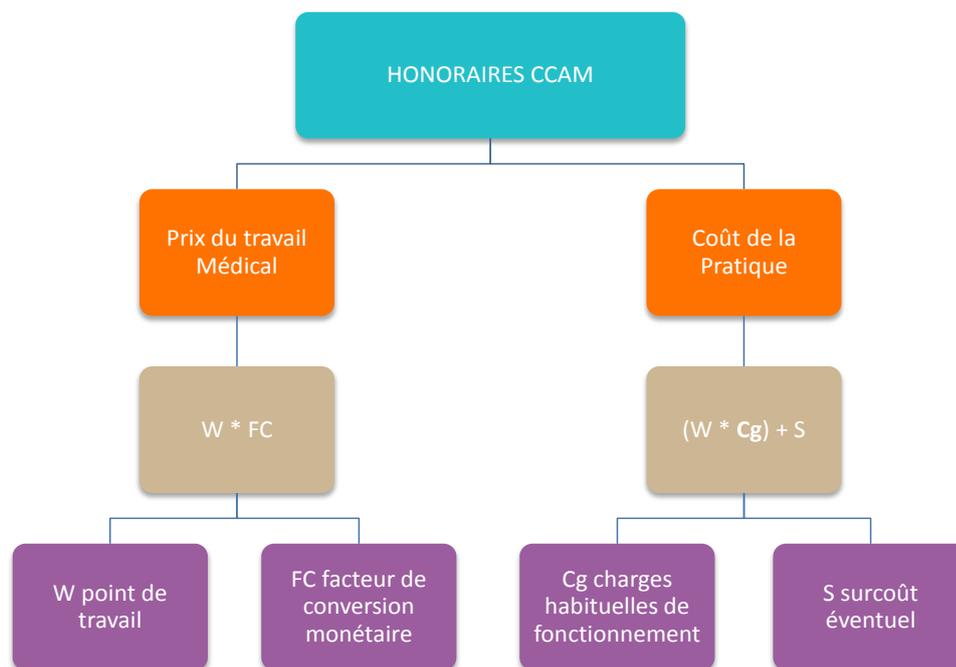


Figure 28

Le prix du travail médical est la résultante de l'application d'un facteur de conversion monétaire (0,44 €) aux points de travail (W). Le point de travail est une unité de mesure des actes prenant en compte le stress, la durée de l'acte, la technicité et l'effort mental. Ces points de travail ont été définis une première fois lors de la mise en place de la CCAM en 2000, puis mis à jour en 2011 lors de la publication de la version 25 de la CCAM.

Le coût de la pratique quant à lui représente la charge de fonctionnement des praticiens. Il est déterminé par la multiplication du point de travail par un coefficient de charge qui apprécie la valeur des charges par point de travail propre à chaque spécialité.

Nous cherchons donc à isoler le coût de la pratique évalué par l'assurance maladie au sein des honoraires par spécialité redressée. Pour cela nous avons réalisé deux méthodes de calcul.

■ Calcul du coût de la pratique par les points de travail

Cette première méthode consiste à calculer le coût de la pratique par la différence entre les honoraires et le prix du travail. Pour cela nous calculons pour chaque praticien, le prix du travail en multipliant pour

chacun la valeur de point de chaque acte par le facteur de conversion monétaire. Puis nous réalisons la différence entre les honoraires perçus par ce praticien pour les actes CCAM et le prix du travail pour ces mêmes actes. Pour obtenir un taux de charge du coût de la pratique, nous rapportons le coût de la pratique aux honoraires SNIIRAM.

■ **Calcul du coût de la pratique par la valeur des charges de chaque spécialité**

Cette deuxième méthode consiste à calculer le coût de la pratique via les données d'activité des praticiens. Pour cela nous multiplions pour chaque praticien, la valeur du point de chacun de ses actes par le coefficient de charge. Pour obtenir un taux de charge du coût de la pratique, nous rapportons le coût de la pratique aux honoraires SNIIRAM des actes réalisés.

■ **Comparaison des coûts de la pratique issues des deux méthodes**

Les graphiques suivants comparent les taux de charges SNIIRAM calculés suivant les deux approches par spécialité et spécialité redressée. Ainsi on compare le taux de charge calculé par les coefficients de charges versus le taux de charge obtenu par différence entre les honoraires et le prix du travail.

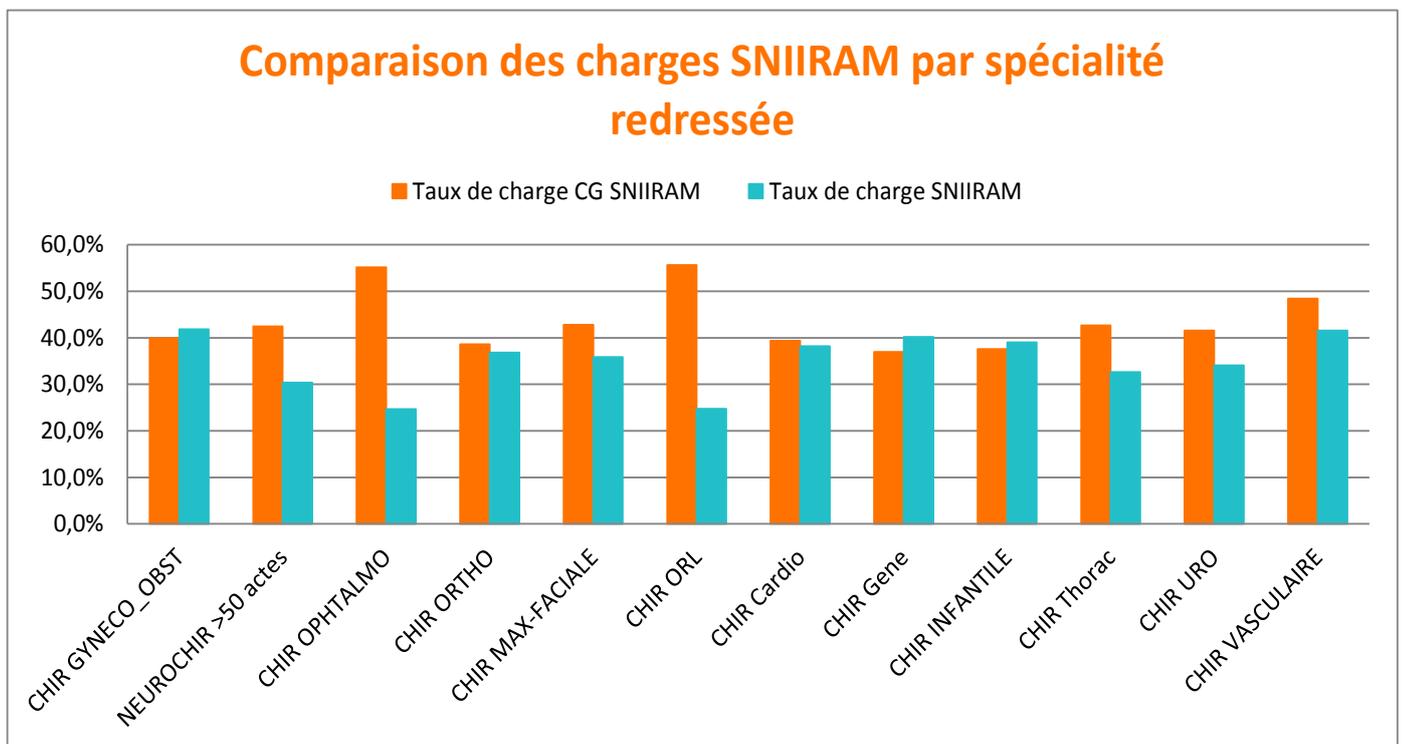


Figure 29

Comparaison des charges SNIIRAM par spécialité

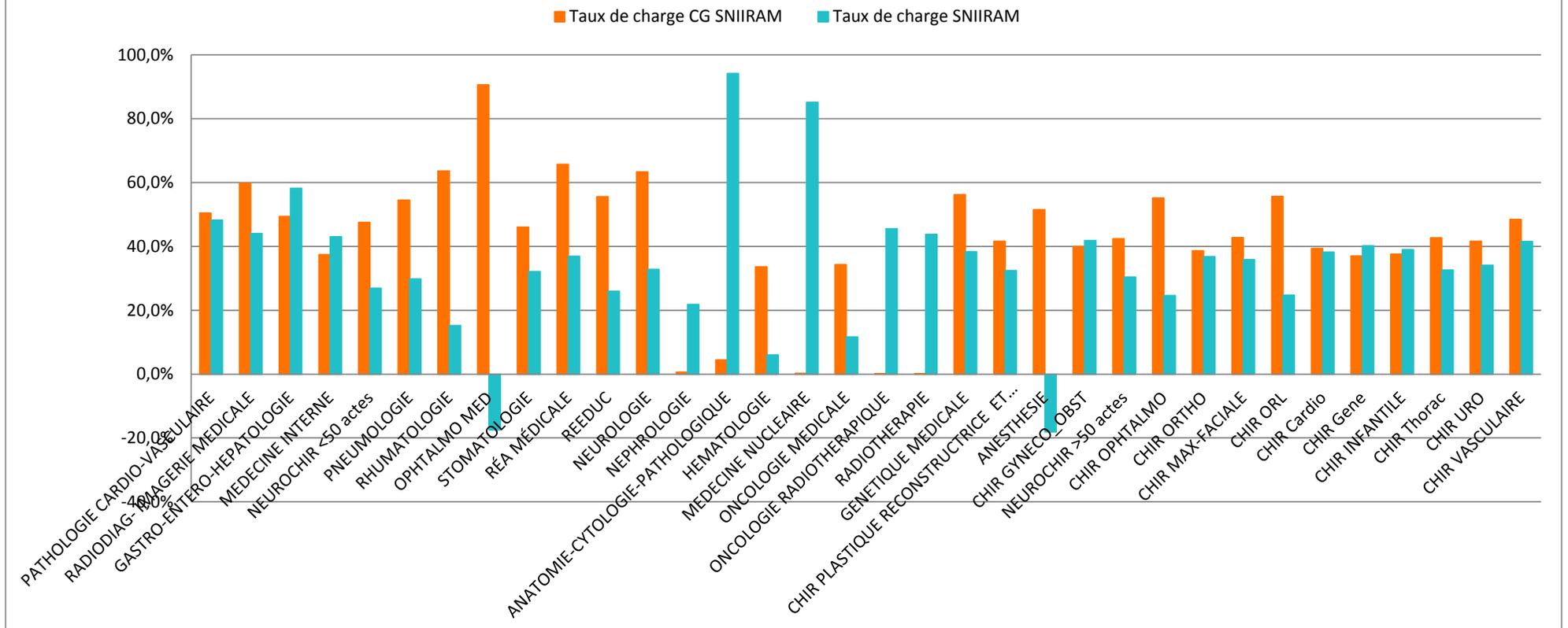


Figure 30

On constate de manière systématique un taux de charge SNIIRAM obtenu par les coefficients de charge des actes plus élevé que celui constaté par la différence des honoraires et du prix du travail. Cette différence est particulièrement marquée auprès des spécialités réalisant une activité de type collège 3 (c'est-à-dire réalisant moins de 50 actes de type ADC/ACO/ADA).

Comparaison des taux des charges CARMF et SNIIRAM

Dans cette partie de l'étude, nous avons rapproché par spécialité et par spécialité redressée (praticiens relevant du collège 2 après redressement de leur spécialité à partir de leurs activités) les taux de charges constatés via les déclarations des BNC au sein de la base CARMF et les taux de charges théoriques de l'assurance maladie.

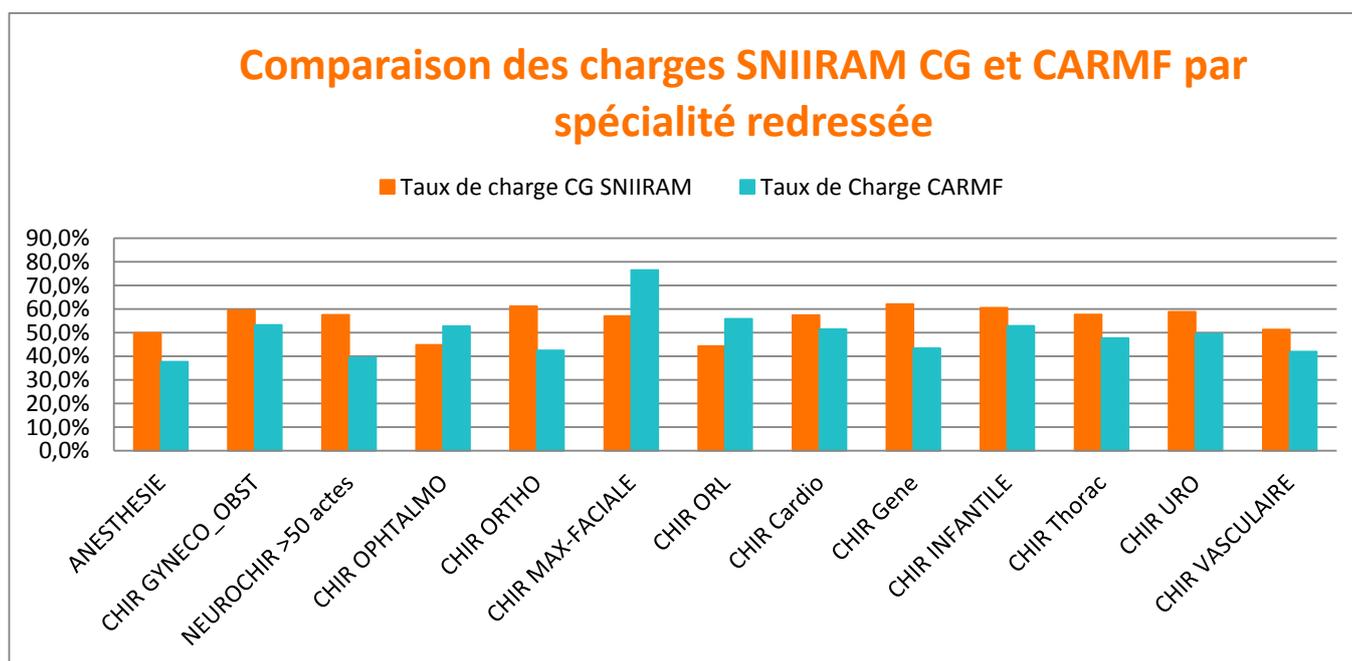


Figure 31

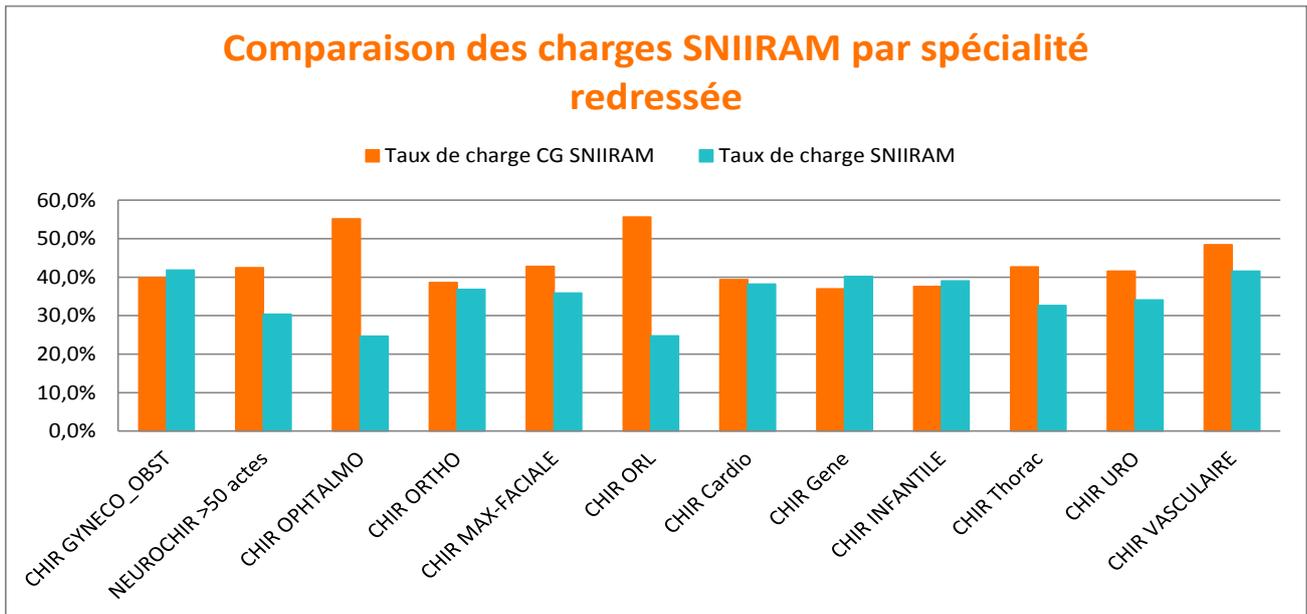


Figure 32

Comparaison des charges SNIIRAM CG et CARMF par spécialité

■ Taux de charge CG SNIIRAM ■ Taux de Charge CARMF

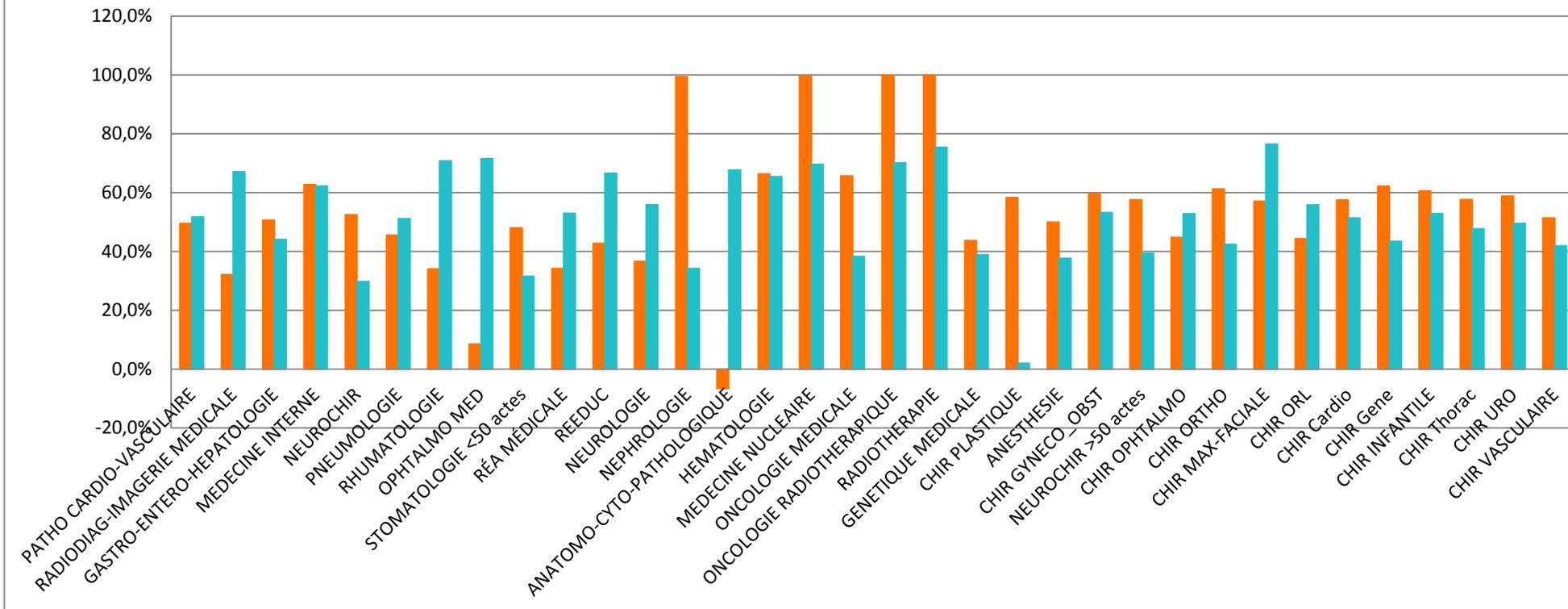


Figure 33

Comparaison des charges SNIIRAM et CARMF par spécialité

■ Taux de Charge CARMF ■ Taux de charge SNIIRAM

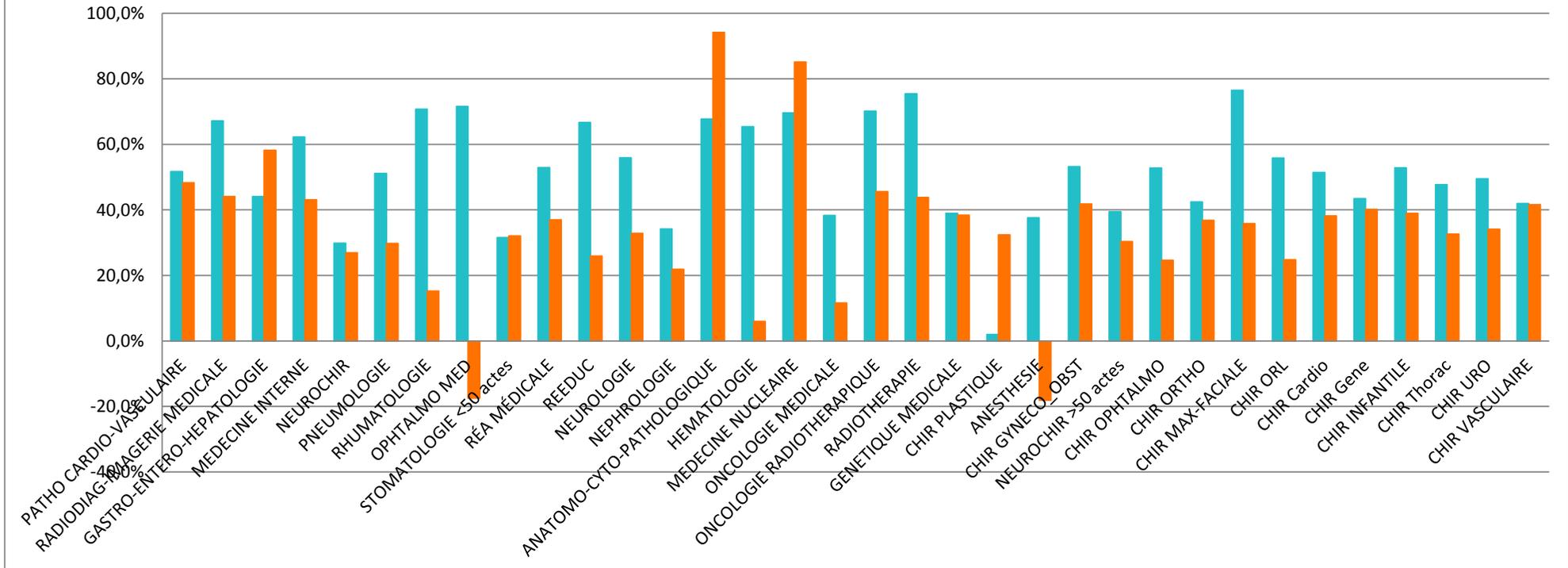


Figure 34

Comparaison des taux de charges SNIIRAM et ARAPL

Dans cette partie de l'étude, nous avons rapproché par spécialité médicale et fiscale les taux de charges constatées via les déclarations BNC de la base ARAPL et les taux de charges CG issues du SNIIRAM.

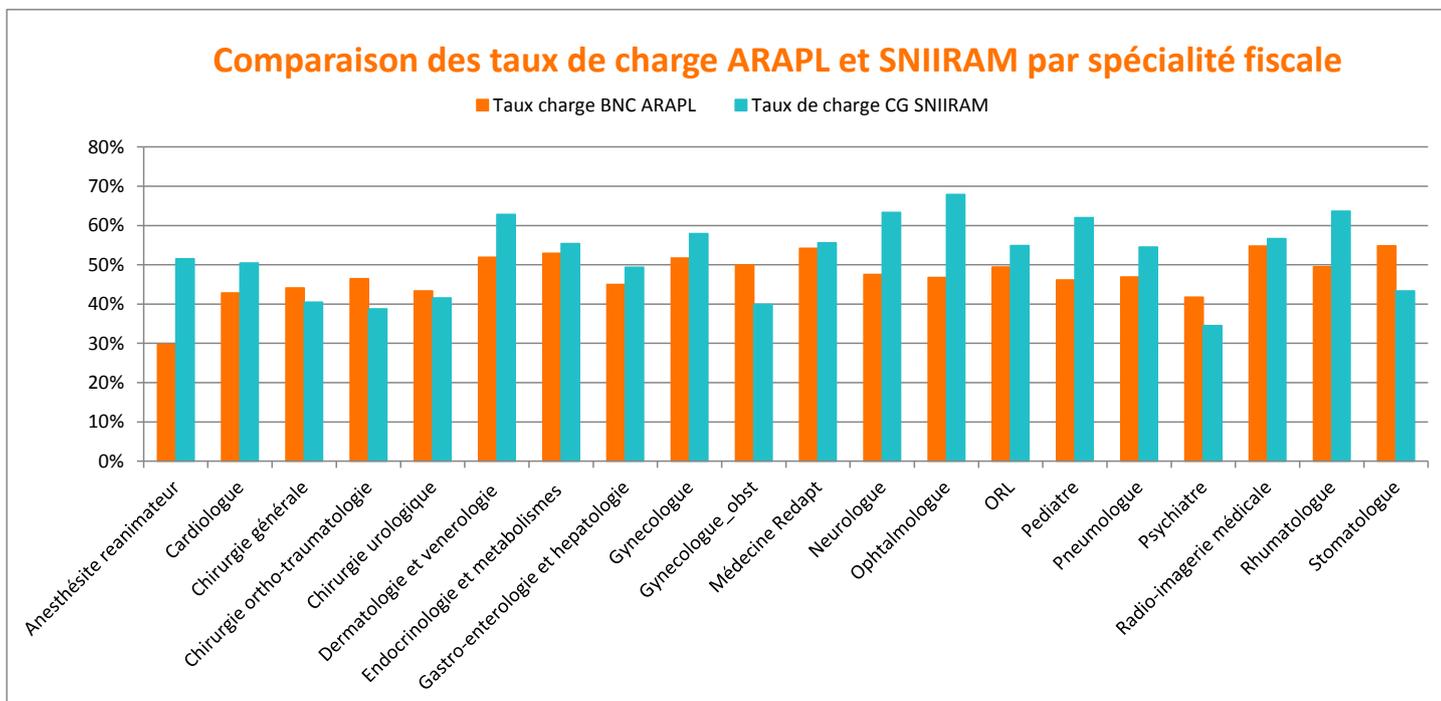


Figure 35

Comparaison des taux de charge ARAPL et SNIIRAM par spécialité médicale

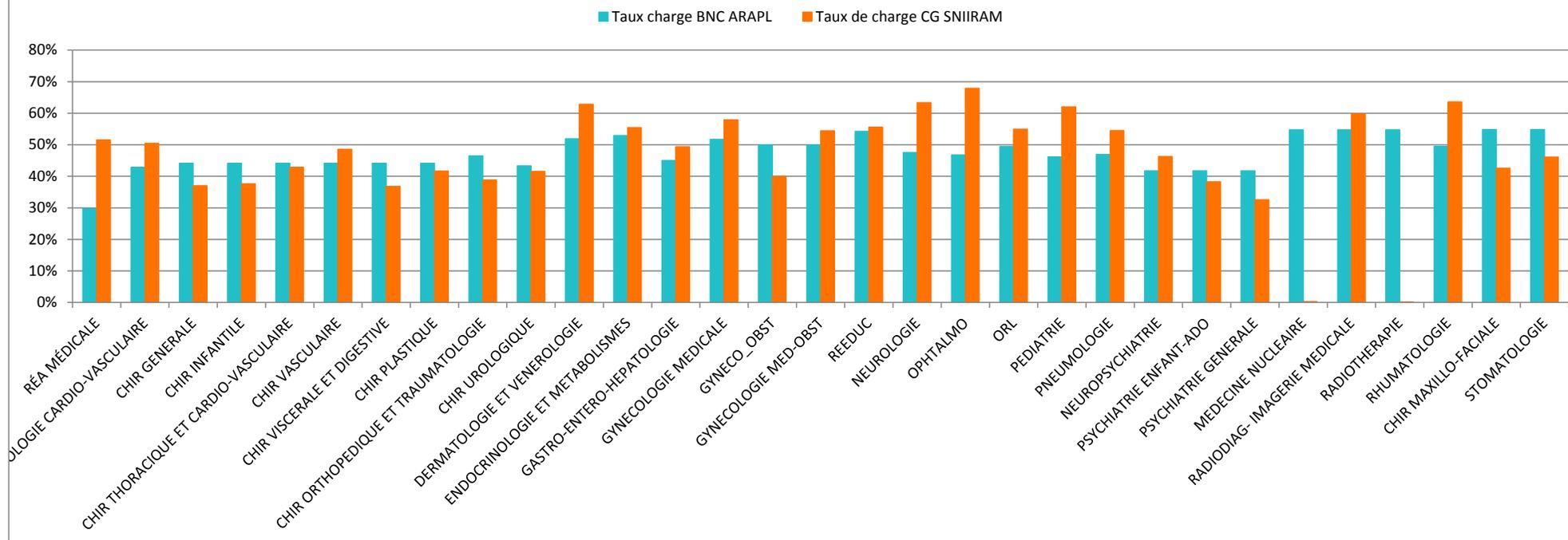


Figure 36

Conclusion

L'analyse de la dynamique d'évolution sur les 3 années (de 2009 à 2011) des 258 actes marqueurs regroupés en 48 catégories d'actes communs met en exergue une évolution de 9%. L'étude détaillée de ce taux par nature d'exercice des praticiens permet de constater une dynamique de 9% pour les professionnels exerçant en mode libéral versus 22% pour les praticiens exerçant en mode libéral à temps plein hospitalier.

L'analyse de la dynamique d'évolution sur les 3 années des montants financiers des 258 actes marqueurs regroupés en catégories d'actes communs met également en exergue des évolutions importantes. On note 9% d'évolution sur les 3 années des montants remboursés par l'assurance maladie sur les 48 catégories d'actes communs, 12% d'évolution des honoraires et 24% des compléments d'honoraires. L'étude détaillée par nature d'exercice des praticiens réalisant ces actes permet de mettre en exergue des dynamiques d'évolution très marquées pour les praticiens relevant du mode salarié à temps plein hospitalier. En effet on note sur 3 ans, 23% d'évolution des montants remboursés par l'assurance maladie, 23% pour les honoraires et 29% pour les compléments d'honoraires pour les praticiens en mode libéral à temps plein hospitalier. Ces taux sont observés pour le secteur libéral à hauteur de 9%, 12% et 24%.

L'étude du redressement des spécialités s'est effectuée sur une population de 14 435 praticiens en 2011. Le collège 2 a été défini dans notre étude par les praticiens réalisant plus de 50 actes techniques de type ADC-ACO-ADA. Au final la méthodologie usitée pour redresser les spécialités a permis de modifier la spécialité 1 297 praticiens en 2011 (soit 9% de notre population). Le redressement a été stable sur les 3 années avec un taux proche de 9%. Parmi les catégories d'actes communs pour lesquelles on observe le plus de redressement de praticiens sont à 26% les actes de chirurgie générale, 14% les actes de chirurgie vasculaire, 11% les actes d'ORL et 10% pour les actes de chirurgie urologiques et neurochirurgie.

L'analyse des indicateurs financiers de compléments d'honoraires effectués sur nos 48 catégories d'actes communs ont permis de constater une dynamique d'évolution sur 3 ans (de 2009 à 2011) de 24,7% pour les praticiens en mode libéral versus 28,7% pour les praticiens en mode libéral à temps plein hospitalier. De plus on observe que 10% des praticiens réalisant ces actes en mode libéral relèvent d'une nature d'exercice de type libéral à temps plein hospitalier. Le complément d'honoraire moyen observé par acte par nature d'exercice est de 88€ en 2011 pour le mode libéral versus 94€ pour le mode libéral à temps plein hospitalier. Sur les 3 années cet écart est de 12€ en 2009, pour passer à 9€ en 2010 et 5€ en 2011. Au sein du mode libéral à temps plein hospitalier, les spécialités de chirurgie générale, et orthopédie présentent les taux d'effectifs de praticiens les plus importants avec réciproquement 15% et 26%. Le montant remboursé par l'assurance maladie pour les 258 actes réalisés en mode libéral à temps plein hospitaliers s'élève à hauteur de 94 489 144€ pour les 3 années et à hauteur de 34 427 810€ en 2011.

L'étude du coût de la pratique s'est réalisée par le croisement des données issues de la CARMF et du SNIIRAM de l'année 2010. Nous avons étudié les données de 32 107 praticiens soit 56% de la population initiale. Ce taux est induit par le nombre de praticien ne déclarant pas de BNC auprès de la CARMF et en particulier la spécialité de radiothérapie. Les médecins exerçant en société sont soumis à l'impôt sur les sociétés. Nous avons retraité les charges des 32 107 praticiens qui déclarent un BNC à la CARMF. Puis nous avons calculé au travers des données SNIIRAM, les coûts de la pratique de nos

32 107 praticiens. La première méthode de calcul a été de réaliser la différence entre les honoraires remboursés par l'assurance maladie et le prix du travail. La deuxième méthode a consisté à calculer le coût de la pratique via les coefficients de charge. Les taux de charge obtenus par ces méthodes sont différents et pouvant être expliqué par le fameux surcoût éventuel. Le taux de charge SNIIRAM est quasi systématiquement plus faible que le taux de charge CG (coefficient de charge) SNIIRAM. Ainsi le rapprochement des taux de charges théoriques assurance maladie et CARMF amène à des constats différents suivant le taux de charge théorique retenu. Les taux de charges issus de la CARMF sont systématiquement inférieurs aux taux de charges CG issus du SNIIRAM. A contrario les taux de charges CARMF sont pratiquement toujours supérieurs aux taux de charges SNIIRAM.

Le biais induit dans le calcul du taux de charge de la CARMF est l'approximation d'un taux de charge de consultation constant entre toutes les spécialités. En effet nous avons au sein de l'étude retraitées les charges brutes de la CARMF en appliquant un taux de charge de consultation et un taux de consultation propre à chaque spécialité. De plus l'étude a réalisé la valorisation du prix du travail à partir de deux versions de CCAM. En effet l'étude a réalisé le calcul du coût de la pratique à partir des valeurs du point de travail issu de la CCAM V0 et celles mis à jour très récemment au sein de la version 25 de la CCAM.

Aucune différence majeure n'a été trouvée car les valeurs des points de travail des actes sélectionnés pour l'étude n'ont quasiment pas été impactées par cette mise à jour. De ce fait nous avons mis en avant les résultats menés sur la version originale de la CCAM et ce pour deux raisons méthodologiques. La première raison est que les montants des honoraires remboursés par l'assurance maladie étudiés pour l'étude ont été basés sur une version CCAM antérieure à la version 25 et donc qui ne prenait pas en compte la mise à jour des valeurs de point de travail. La deuxième raison est l'impossibilité de rapprocher ce taux de charge avec celui basé sur les coefficients de charges. La version CCAM V25 met à jour les points de travail mais pas les coefficients de charges.

Enfin nous avons rapproché dans un premier les données issues des ARAPL et des données des BNC de la CARMF. Pour cela nous avons procédé à deux calculs des charges via les données de l'ARAPL. La première méthode ayant consisté à récupérer directement les charges déclarées au sien des BNC. Cette méthode entraînait des décalages d'appréciation de taux de charges avec les données de la CARMF car un certain nombre de praticiens bénéficiant de revenus extérieurs à leurs honoraires. La deuxième méthode de calcul retraite les données des BNC déclarés au sein des ARAPL conformément à la méthodologie utilisée pour les données CARMF. Ce rapprochement des données a permis de constater une très forte corrélation des données de charges brutes. De ce fait nous avons rapproché les données de charges ARAPL et les données de cout de la pratique du SNIIRAM. Ce rapprochement montre des différences fonction des spécialités.

Annexes

Annexe 1 Liste des actes marqueurs

Acte	spe_court	Catégorie d'actes communs	Lib_CCAM
JQGD010	GYNECO_OBST	Accouchement	Accouchement céphalique unique par voie naturelle, chez une primipare
JQGD012	GYNECO_OBST	Accouchement	Accouchement céphalique unique par voie naturelle, chez une multipare
FAFA010	CHIR ORL	Amygdalectomie	Amygdalectomie par dissection, avec adénoïdectomie et pose bilatérale d'aérateurs
FAFA013	CHIR ORL	Amygdalectomie	Adénoïdectomie avec myringotomie unilatérale ou bilatérale
FAFA014	CHIR ORL	Amygdalectomie	Amygdalectomie par dissection
FAFA015	CHIR ORL	Amygdalectomie	Amygdalectomie par dissection, avec adénoïdectomie
DGPA005	CHIR	Anevrisme aorte	Mise à plat d'un anévrisme aortique infrarénal non rompu avec remplacement
DGPA012	CHIR	Anevrisme aorte	Mise à plat d'un anévrisme aortique infrarénal ou aortobiliaque non rompu avec
HHFA001	CHIR GENERALE	Appendicectomie	Appendicectomie, par abord de la fosse iliaque
HHFA011	CHIR GENERALE	Appendicectomie	Appendicectomie, par laparotomie
HHFA016	CHIR GENERALE	Appendicectomie	Appendicectomie, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par
HHFA020	CHIR GENERALE	Appendicectomie	Appendicectomie avec toilette péritonéale pour péritonite aiguë généralisée, par
HHFA025	CHIR GENERALE	Appendicectomie	Appendicectomie avec toilette péritonéale pour péritonite aiguë généralisée, par
AHPA009	ORTHO	canal carpien	Libération du nerf médian au canal carpien, par abord direct
AHPC001	ORTHO	canal carpien	Libération du nerf médian au canal carpien, par vidéo-chirurgie
EBFA002	CHIR	Carotide	Thromboendartériectomie de la bifurcation carotidienne avec angioplastie
EBFA006	CHIR	Carotide	Thromboendartériectomie de la bifurcation carotidienne sans angioplastie
EBFA008	CHIR	Carotide	Thromboendartériectomie de la bifurcation carotidienne par retournement, par
EBFA012	CHIR	Carotide	Thromboendartériectomie de la bifurcation carotidienne sans angioplastie
EBFA015	CHIR	Carotide	Thromboendartériectomie de la bifurcation carotidienne par retournement, par
EBFA016	CHIR	Carotide	Thromboendartériectomie de la bifurcation carotidienne avec angioplastie
BFGA004	OPHTALMO	Cataracte	Extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, avec implantation de
JQGA002	GYNECO_OBST	Césarienne	Accouchement par césarienne programmée, par laparotomie
JQGA003	GYNECO_OBST	Césarienne	Accouchement par césarienne au cours du travail, par laparotomie
JQGA004	GYNECO_OBST	Césarienne	Accouchement par césarienne en urgence en dehors du travail, par laparotomie
JJFA002	GYNECO_OBST	Coelio ovaire	Résection partielle de l'ovaire, par laparotomie
JJFA003	GYNECO_OBST	Coelio ovaire	Ovariectomie unilatérale, par laparotomie
JJFA005	GYNECO_OBST	Coelio ovaire	Ovariectomie bilatérale, par laparotomie
JJFA008	GYNECO_OBST	Coelio ovaire	Kystectomie ovarienne, par laparotomie
JJFA010	GYNECO_OBST	Coelio ovaire	Kystectomie ovarienne transpéritonéale, par laparotomie avec préparation par
JJFC003	GYNECO_OBST	Coelio ovaire	Kystectomie ovarienne intrapéritonéale, par cœlioscopie
JJFC004	GYNECO_OBST	Coelio ovaire	Résection partielle de l'ovaire, par cœlioscopie
JJFC008	GYNECO_OBST	Coelio ovaire	Ovariectomie unilatérale, par cœlioscopie
JJFC009	GYNECO_OBST	Coelio ovaire	Ovariectomie bilatérale, par cœlioscopie
JJFC010	GYNECO_OBST	Coelio ovaire	Salpingoovariectomie [Annexectomie], par cœlioscopie
HHFA002	CHIR GENERALE	Côlon gauche	Colectomie gauche avec libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la
HHFA006	CHIR GENERALE	Côlon gauche	Colectomie gauche avec libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la
HHFA017	CHIR GENERALE	Côlon gauche	Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la
FCFA008	CHIR ORL	CurageGanglionn	Curage lymphonodal [ganglionnaire] cervical complet unilatéral, par cervicotomie
FCFA013	CHIR ORL	CurageGanglionn	Curage lymphonodal [ganglionnaire] cervical complet bilatéral, par cervicotomie
FCFA016	CHIR ORL	CurageGanglionn	Curage lymphonodal [ganglionnaire] cervical partiel unilatéral, par cervicotomie
FCFA028	CHIR ORL	CurageGanglionn	Exérèse de nœud [ganglion] lymphatique du cou à visée thérapeutique, par
BGDA008	OPHTALMO	décollement	Rétinopexie par coagulation par cryoapplication ou avec laser extraoculaire sans
BGFA001	OPHTALMO	décollement	Vitrectomie par sclérotomie postérieure, sans coagulation de la rétine
BGFA010	OPHTALMO	décollement	Vitrectomie par sclérotomie postérieure, avec coagulation de la rétine et
JHEA002	CHIR INFANTILE	Ectopie	Abaissement et fixation d'un testicule ectopique palpable, par abord inguinal et par
JHEA001	CHIR INFANTILE	Ectopie	Abaissement et fixation d'un testicule ectopique non palpable, par abord inguinal et
JHEA004	CHIR INFANTILE	Ectopie	Abaissement et fixation d'un testicule ectopique non palpable, par cœlioscopie et par
Lafa017	CHIR ORL	Ethmoïdectomie	Ethmoïdectomie totale unilatérale avec sphénoïdectomie, par endoscopie
Lafa018	CHIR ORL	Ethmoïdectomie	Ethmoïdectomie totale bilatérale avec sphénoïdectomie, par endoscopie

Acte	spe_court	Pathologie	Lib_CCAM
LAF019	CHIR ORL	Ethmoïdectomie	Ethmoïdectomie totale bilatérale avec septoplastie nasale et sphénoïdotomie, par
LAF021	CHIR ORL	Ethmoïdectomie	Ethmoïdectomie antérieure, par endoscopie
LAF022	CHIR ORL	Ethmoïdectomie	Ethmoïdectomie totale bilatérale, par endoscopie
LAF024	CHIR ORL	Ethmoïdectomie	Ethmoïdectomie totale unilatérale, par endoscopie
MCEP001	CHIR INFANTILE	Fracture 1/4	Réduction orthopédique de fracture ou de décollement épiphysaire de l'extrémité
HCFA001	CHIR MAXILO-	Glandes_Saliv	Exérèse de glande submandibulaire [Submandibulectomie] [Sousmaxillectomie]
HCFA002	CHIR MAXILO-	Glandes_Saliv	Parotidectomie totale avec résection du nerf facial
HCFA003	CHIR MAXILO-	Glandes_Saliv	Exérèse de glande sublinguale, par abord direct
HCFA004	CHIR MAXILO-	Glandes_Saliv	Parotidectomie partielle sans dissection du nerf facial
HCFA005	CHIR MAXILO-	Glandes_Saliv	Parotidectomie totale avec exérèse du prolongement [processus] parapharyngien, par
HCFA006	CHIR MAXILO-	Glandes_Saliv	Parotidectomie totale élargie au méat acoustique externe [conduit auditif externe]
HCFA007	CHIR MAXILO-	Glandes_Saliv	Exérèse de petite glande salivaire [glande salivaire accessoire]
HCFA008	CHIR MAXILO-	Glandes_Saliv	Parotidectomie partielle avec dissection et conservation du nerf facial
HCFA009	CHIR MAXILO-	Glandes_Saliv	Parotidectomie totale avec dissection et conservation du nerf facial
HCFA010	CHIR MAXILO-	Glandes_Saliv	Parotidectomie totale avec résection du nerf facial et réparation immédiate par suture
HCFA011	CHIR MAXILO-	Glandes_Saliv	Exérèse de glande submandibulaire [Submandibulectomie] [Sousmaxillectomie], par
HCFA012	CHIR MAXILO-	Glandes_Saliv	Exérèse de récurrence de tumeur de la glande parotide avec dissection et conservation du
BEFA008	OPHTALMO	Glaucome	Trabéculéctomie [Sclérectomie transfixiante]
BGFA014	OPHTALMO	Glaucome	Sclérectomie profonde non transfixiante ou sclérokératectomie profonde, sans
ABJA002	NEUROCHIR	Hématome sous-	Évacuation d'un hématome subdural aigu, par craniotomie
ABJA003	NEUROCHIR	Hématome sous-	Évacuation d'un hématome subdural chronique unilatéral, par craniotomie
LFFA002	NEUROCHIR	hernie discale	Exérèse d'une hernie discale de la colonne vertébrale lombale, par abord postérieur ou
LFFA003	NEUROCHIR	hernie discale	Exérèse de plusieurs hernies discales de la colonne vertébrale lombale, par abord
LMMA001	CHIR GENERALE	Hernie inguinale	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par abord inguinal
LMMA002	CHIR GENERALE	Hernie inguinale	Cure bilatérale de hernie de l'aine avec pose de prothèse, par abord prépéritonéal
LMMA008	CHIR GENERALE	Hernie inguinale	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par abord prépéritonéal
LMMA012	CHIR GENERALE	Hernie inguinale	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par abord inguinal
LMMA016	CHIR GENERALE	Hernie inguinale	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse sous anesthésie locale,
LMMA017	CHIR GENERALE	Hernie inguinale	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse sous anesthésie générale
LMMA018	CHIR GENERALE	Hernie inguinale	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse sous anesthésie générale
LMMA019	CHIR GENERALE	Hernie inguinale	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse sous anesthésie locale, par
LMMC001	CHIR GENERALE	Hernie inguinale	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par vidéo-chirurgie
LMMC002	CHIR GENERALE	Hernie inguinale	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par vidéo-chirurgie
LMMC003	CHIR GENERALE	Hernie inguinale	Cure unilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse, par vidéo-chirurgie
LMMC004	CHIR GENERALE	Hernie inguinale	Cure bilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse, par vidéo-chirurgie
JKFA001	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie subtotalaire avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et suspension
JKFA002	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie totale avec colpopérinéorraphies antérieure et postérieure, par abord
JKFA003	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Exérèse d'un hémiontérus malformé [Hémihystérectomie], par laparotomie
JKFA004	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et suspension
JKFA005	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par abord vaginal
JKFA006	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par cœlioscopie et
JKFA007	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et
JKFA012	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie subtotalaire avec suspension postérieure du col de l'utérus
JKFA013	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie totale avec suspension postérieure du dôme du vagin, par laparotomie
JKFA014	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie subtotalaire avec suspension postérieure du col de l'utérus
JKFA015	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie totale, par laparotomie
JKFA018	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie totale, par cœlioscopie et par abord vaginal
JKFA020	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Colpohystérectomie totale élargie aux paramètres, par cœlioscopie et par abord vaginal
JKFA021	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et
JKFA023	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Colpohystérectomie totale élargie aux paramètres, par abord vaginal
JKFA024	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie subtotalaire, par laparotomie
JKFA025	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie totale avec colpopérinéorraphie antérieure ou postérieure, par abord
JKFA026	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie totale, par abord vaginal
JKFA027	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Colpohystérectomie totale élargie aux paramètres, par laparotomie
JKFA028	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par laparotomie
JKFA029	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie subtotalaire avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, suspension
JKFA032	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie subtotalaire avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par laparotomie
JKFC002	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie subtotalaire, par cœlioscopie
JKFC003	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par cœlioscopie
JKFC005	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie totale, par cœlioscopie

Acte	spe_court	Pathologie	Lib_CCAM
JKFC006	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie subtotale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie
JNFA001	GYNECO_OBST	Hystérectomie	Hystérectomie pour complications obstétricales, par laparotomie
LFFA001	NEUROCHIR	Laminarthrectomi	Laminarthrectomie lombale ou lombosacrée totale bilatérale, par abord postérieur
LFFA005	NEUROCHIR	Laminarthrectomi	Laminarthrectomie lombale ou lombosacrée totale unilatérale avec ostéosynthèse, par
LFFA006	NEUROCHIR	Laminarthrectomi	Laminarthrectomie lombale ou lombosacrée totale unilatérale sans ostéosynthèse, par
JANM001	CHIR	LEC	Lithotritie extracorporelle du rein, avec guidage radiologique
JANM002	CHIR	LEC	Lithotritie extracorporelle du rein, avec guidage échographique
JCNM001	CHIR	LEC	Lithotritie extracorporelle de l'uretère, avec guidage échographique
JCNM002	CHIR	LEC	Lithotritie extracorporelle de l'uretère, avec guidage radiologique
QEFA004	GYNECO_OBST	Mastectomie	Tumorectomie du sein
QEFA008	GYNECO_OBST	Mastectomie	Mastectomie partielle avec curage lymphonodal axillaire
QEFA017	GYNECO_OBST	Mastectomie	Mastectomie partielle
FCFC002	CHIR CARDIO	médiastinoscopie	Exérèse de nœud [ganglion] lymphatique du médiastin, par thoracoscopie ou par
GHQC001	CHIR CARDIO	médiastinoscopie	Exploration du médiastin, par médiastinoscopie
NFFC004	ORTHO	Méniscectomie	Méniscectomie latérale ou médiale du genou, par arthroscopie
CAMA009	CHIR ORL	Myringoplastie	Reconstruction du méat acoustique externe par lambeau cutané et/ou autogreffe de
CAMA015	CHIR ORL	Myringoplastie	Reconstruction du méat acoustique externe par lambeau cutané et/ou autogreffe de
CAMA016	CHIR ORL	Myringoplastie	Reconstruction du méat acoustique externe par lambeau cutané et/ou autogreffe de
CAMA018	CHIR ORL	Myringoplastie	Reconstruction du méat acoustique externe par lambeau cutané et/ou autogreffe de
CBMA005	CHIR ORL	Myringoplastie	Myringoplastie avec ossiculoplastie, sans exploration mastoïdoatticale
CBMA007	CHIR ORL	Myringoplastie	Myringoplastie avec ossiculoplastie et exploration mastoïdoatticale
CBMA008	CHIR ORL	Myringoplastie	Myringoplastie sans décollement du lambeau tympanométal
CBMA009	CHIR ORL	Myringoplastie	Myringoplastie avec décollement du lambeau tympanométal, sans exploration
CBMA011	CHIR ORL	Myringoplastie	Myringoplastie avec décollement du lambeau tympanométal et exploration
MCCB004	ORTHO	Ostéosynthèse	Ostéosynthèse de fracture ou de décollement épiphysaire de l'extrémité distale d'un
LBFA023	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Exérèse de lésion de l'os maxillaire et/ou du corps de la mandibule de moins de 2 cm
LBFA030	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Exérèse de lésion de l'os maxillaire et/ou du corps de la mandibule de 2 cm à 4 cm de
LBPA001	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie d'antépositionnement des épines mentonnières [apophyses geni] de la
LBPA002	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie sagittale du corps de la mandibule, par abord intrabuccal
LBPA003	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Décortication de la mandibule, par abord intrabuccal
LBPA004	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et
LBPA005	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie interruptrice du corps de la mandibule, en avant du trou mentonnier, par
LBPA006	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie maxillaire type Le Fort I segmentée en 3 fragments ou plus, par abord
LBPA007	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie verticale rétrolingulaire [rétrospigienne] du ramus de la mandibule, par
LBPA008	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie maxillaire segmentaire postérieure bilatérale, par abord intrabuccal
LBPA009	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie maxillaire segmentaire postérieure unilatérale, par abord intrabuccal
LBPA010	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie maxillozygomatique sans mobilisation de la pyramide nasale, par abord
LBPA011	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et
LBPA012	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie maxillaire interalvéolaire [Corticotomie alvéolodentaire] unique ou
LBPA013	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie de transposition du menton osseux, par abord intrabuccal
LBPA014	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie interruptrice du corps de la mandibule, en arrière du trou mentonnier, par
LBPA015	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie maxillaire type Le Fort I non segmentée avec recul ou déplacement
LBPA016	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie segmentaire alvéolaire de la mandibule en arrière du trou mentonnier, par
LBPA017	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie maxillaire d'élévation sans mobilisation du palais, par abord intrabuccal
LBPA018	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie sousalvéolaire totale de la mandibule, par abord intrabuccal
LBPA019	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et
LBPA020	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et
LBPA021	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie sagittale unilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et
LBPA022	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie maxillaire type hémi-Le Fort I, par abord intrabuccal
LBPA023	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et
LBPA024	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie d'un segment du maxillaire pour correction d'une malposition
LBPA025	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie de la mandibule pour cal vicieux, par abord direct
LBPA026	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie segmentaire alvéolaire de la mandibule en avant des trous mentonniers,
LBPA027	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie maxillaire totale basse préimplantaire ou préprothétique avec

Acte	spe_court	Pathologie	Lib_CCAM
LBPA028	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie maxillaire de type Le Fort I pour séquelle d'une fente orofaciale, par abord
LBPA029	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie maxillaire type Le Fort I non segmentée avec avancée, par abord
LBPA030	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie verticale rétrolingulaire [rétrospigienne] du ramus de la mandibule, par
LBPA031	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie maxillaire segmentaire antérieure, par abord intrabuccal
LBPA032	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie sagittale intermaxillaire sans pose d'un disjoncteur fixe, par abord
LBPA033	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et
LBPA034	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie segmentaire antérieure préimplantaire ou préprothétique de la mandibule
LBPA035	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie maxillaire type Le Fort I segmentée en 2 fragments, par abord intrabuccal
LBPA036	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie segmentaire alvéolaire de la mandibule en avant des trous mentonniers,
LBPA037	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie interruptrice de la symphyse mandibulaire, par abord intrabuccal
LBPA038	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie maxillonasale type Le Fort II, par abord direct
LBPA039	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie segmentaire alvéolaire de la mandibule en avant des trous mentonniers,
LBPA040	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et
LBPA041	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie angulaire ou préangulaire de la mandibule, par abord facial
LBPA042	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie sagittale bilatérale du ramus de la mandibule [supralingulaire et
LBPA043	CHIR MAXILO-	Ostéotomie_Max	Ostéotomie sagittale intermaxillaire avec pose d'un disjoncteur fixe, par abord
CAMA013	CHIR ORL	Otoplastie	Plastie bilatérale d'oreille décollée
HPSA001	CHIR INFANTILE	Pathologie du	Ligature du processus vaginal du péritoine [canal péritonéovaginal], par abord inguinal
JHMA001	CHIR INFANTILE	Pathologie	Plastie du prépuce du pénis [Posthoplastie]
JHFA009	CHIR INFANTILE	Pathologie	Posthectomie
GDFA005	CHIR ORL	PharyngoLarynge	Laryngectomie totale
GDFA008	CHIR ORL	PharyngoLarynge	Laryngectomie supraglottique étendue à la base de langue
GDFA014	CHIR ORL	PharyngoLarynge	Laryngectomie supraglottique
HDFA003	CHIR ORL	PharyngoLarynge	Pharyngolaryngectomie totale étendue à la base de langue
HDFA005	CHIR ORL	PharyngoLarynge	Pharyngolaryngectomie totale
GFFA001	CHIR CARDIO	Pneumonectomi	Pneumonectomie avec exérèse totale de la plèvre [Pleuropneumonectomie], par
GFFA004	CHIR CARDIO	Pneumonectomi	Lobectomie pulmonaire avec résection-anastomose ou réimplantation de bronche, par
GFFA007	CHIR CARDIO	Pneumonectomi	Pneumonectomie avec résection d'organe et/ou de structure de voisinage, par
GFFA008	CHIR CARDIO	Pneumonectomi	Lobectomie pulmonaire supérieure avec résection de côte et libération du plexus
GFFA011	CHIR CARDIO	Pneumonectomi	Pneumonectomie avec résection-anastomose de la bifurcation trachéale, par
GFFA012	CHIR CARDIO	Pneumonectomi	Pneumonectomie, par thoracotomie avec préparation par thoracoscopie
GFFA013	CHIR CARDIO	Pneumonectomi	Lobectomie pulmonaire, par thoracotomie
GFFA016	CHIR CARDIO	Pneumonectomi	Lobectomie pulmonaire avec résection-anastomose de la veine cave supérieure ou
GFFA019	CHIR CARDIO	Pneumonectomi	Exérèse de lobe pulmonaire restant [Totalisation de pneumonectomie], par
GFFA022	CHIR CARDIO	Pneumonectomi	Lobectomie pulmonaire avec résection d'organe et/ou de structure de voisinage, par
GFFA024	CHIR CARDIO	Pneumonectomi	Pneumonectomie, par thoracotomie
GFFA026	CHIR CARDIO	Pneumonectomi	Lobectomie pulmonaire avec résection-anastomose de la bifurcation trachéale, par
GFFA027	CHIR CARDIO	Pneumonectomi	Lobectomie pulmonaire avec résection de la paroi thoracique, par thoracotomie
GFFA030	CHIR CARDIO	Pneumonectomi	Lobectomie pulmonaire supérieure avec résection de côte et libération du plexus
GFFA033	CHIR CARDIO	Pneumonectomi	Lobectomie pulmonaire supérieure avec résection de côte, de vertèbre, de vaisseau
DDMA005	CHIR CARDIO	Pontage	Revascularisation coronaire par 2 greffons artériels et par greffon veineux avec 3
DDMA006	CHIR CARDIO	Pontage	Revascularisation coronaire par 2 greffons artériels avec 3 anastomoses distales, par
DDMA009	CHIR CARDIO	Pontage	Revascularisation coronaire par 2 greffons artériels et par greffon veineux avec 4
DDMA011	CHIR CARDIO	Pontage	Revascularisation coronaire par un greffon artériel et par greffon veineux avec 2
DDMA015	CHIR CARDIO	Pontage	Revascularisation coronaire par un greffon artériel avec une anastomose distale, par
DDMA018	CHIR CARDIO	Pontage	Revascularisation coronaire par un greffon artériel et par greffon veineux avec 3
DDMA020	CHIR CARDIO	Pontage	Revascularisation coronaire par 2 greffons artériels avec 2 anastomoses distales, par
EECA001	CHIR	Pontage fémoro-	Pontage artériel fémoropoplité au-dessus de l'interligne articulaire du genou, par
EECA003	CHIR	Pontage fémoro-	Pontage artériel fémoropoplité au-dessous de l'interligne articulaire du genou, par
JDFA024	CHIR	Prostatectomie	Vésiculo-prostato-cystectomie totale, par laparotomie
JGFA006	CHIR	Prostatectomie	Vésiculoprostatectomie totale, par laparotomie
JGFC001	CHIR	Prostatectomie	Vésiculoprostatectomie totale, par cœlioscopie
NEKA020	ORTHO	Remplacement	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale
GFFC005	CHIR CARDIO	résection bulle	Résection de bulle pulmonaire avec abrasion ou exérèse de la plèvre pariétale, par
GFFC006	CHIR CARDIO	résection bulle	Résection de bulle pulmonaire, par thoracoscopie
JGFA015	CHIR	Résection	Résection d'une hypertrophie de la prostate, par urétrocystoscopie
JDFE001	CHIR	Résection tumeur	Résection de 4 tumeurs de la vessie ou plus, par endoscopie
JDFE002	CHIR	Résection tumeur	Résection de 1 à 3 tumeurs de la vessie, par endoscopie
GAMA007	CHIR ORL	Septoplastie	Septoplastie nasale
GAME001	CHIR ORL	Septoplastie	Turbinoplastie ou turbinectomie inférieure et/ou moyenne unilatérale ou bilatérale,

Acte	spe_court	Pathologie	Lib_CCAM
LFDA001	NEUROCHIR	Spondylolisthésis	Arthrodèse postérieure et/ou postérolatérale d'un spondylolisthésis lombal sans
LFDA002	NEUROCHIR	Spondylolisthésis	Arthrodèse intercorporeale d'un spondylolisthésis lombal à grand déplacement avec
LFDA005	NEUROCHIR	Spondylolisthésis	Arthrodèse postérieure et/ou postérolatérale d'un spondylolisthésis lombal sans
LFDA006	NEUROCHIR	Spondylolisthésis	Arthrodèse postérieure et/ou postérolatérale d'un spondylolisthésis lombal avec
LFDA007	NEUROCHIR	Spondylolisthésis	Arthrodèse postérieure et/ou postérolatérale d'un spondylolisthésis lombal sans
LFDA008	NEUROCHIR	Spondylolisthésis	Arthrodèse d'un spondylolisthésis lombal à grand déplacement avec réduction, avec
LFDA009	NEUROCHIR	Spondylolisthésis	Arthrodèse intercorporeale d'un spondylolisthésis lombal avec réduction, avec
BJDA001	OPHTALMO	strabisme	Myopexie bilatérale rétroéquatoriale des muscles oculomoteurs
BJMA003	OPHTALMO	strabisme	Renforcement, affaiblissement ou déplacement bilatéral de l'insertion d'un muscle
BJMA004	OPHTALMO	strabisme	Renforcement, affaiblissement ou déplacement de l'insertion d'un muscle
BJMA005	OPHTALMO	strabisme	Renforcement, affaiblissement ou déplacement unilatéral de l'insertion de 2 muscles
BJMA006	OPHTALMO	strabisme	Renforcement, affaiblissement ou déplacement de l'insertion de 2 muscles
BJMA007	OPHTALMO	strabisme	Renforcement, affaiblissement ou déplacement de l'insertion de 4 muscles
BJMA008	OPHTALMO	strabisme	Renforcement, affaiblissement ou déplacement itératif de l'insertion de 2 muscles
KCFA001	CHIR ORL	Thyroïdectomie	Lobectomie unilatérale de la glande thyroïde, par cervicotomie
KCFA002	CHIR ORL	Thyroïdectomie	Thyroïdectomie totale avec résection partielle de cartilage du larynx, par cervicotomie
KCFA003	CHIR ORL	Thyroïdectomie	Thyroïdectomie totale avec résection non interrompue de la trachée, par cervicotomie
KCFA004	CHIR ORL	Thyroïdectomie	Isthmectomie de la glande thyroïde, par cervicotomie
KCFA005	CHIR ORL	Thyroïdectomie	Thyroïdectomie totale, par cervicotomie
KCFA006	CHIR ORL	Thyroïdectomie	Thyroïdectomie totale avec résection interrompue et anastomose de la trachée, par
KCFA007	CHIR ORL	Thyroïdectomie	Thyroïdectomie totale, par cervicothoracotomie
KCFA008	CHIR ORL	Thyroïdectomie	Lobo-isthmectomie unilatérale de la glande thyroïde, par cervicotomie
KCFA009	CHIR ORL	Thyroïdectomie	Thyroïdectomie subtotale, par cervicothoracotomie
KCFA010	CHIR ORL	Thyroïdectomie	Thyroïdectomie subtotale, par cervicotomie
KCMA001	CHIR ORL	Thyroïdectomie	Totalisation secondaire de thyroïdectomie, par cervicotomie
KDFA001	CHIR ORL	Thyroïdectomie	Parathyroïdectomie totale avec réimplantation immédiate de parathyroïde
KDFA002	CHIR ORL	Thyroïdectomie	Parathyroïdectomie unique sans exploration des autres sites parathyroïdiens, par
KDFC001	CHIR ORL	Thyroïdectomie	Parathyroïdectomie unique sans exploration des autres sites parathyroïdiens, par
DBKA006	CHIR CARDIO	Valve aortique	Remplacement de la valve aortique par prothèse mécanique ou bioprothèse avec
EJGA001	CHIR	Varices	Extraction [Stripping] de la petite veine saphène, par abord direct
EJGA002	CHIR	Varices	Extraction [Stripping] de la grande veine saphène, par abord direct
EJGA003	CHIR	Varices	Extraction [Stripping] de la grande veine saphène et de la petite veine saphène, par
HMFC001	CHIR GENERALE	Vésicule	Cholécystectomie avec ablation transcystique de calcul de la voie biliaire principale, par
HMFC004	CHIR GENERALE	Vésicule	Cholécystectomie, par coelioscopie

Annexe 2 Liste des 48 catégories d'actes communs

Catégorie d'actes communs	Nombre d'Acte	% acte
Accouchement	2	1%
Amygdalectomie	4	2%
Anevrisme aorte abdominale	2	1%
Appendicectomie	5	2%
canal carpien	2	1%
Carotide	6	2%
Cataracte	1	0%
Césarienne	3	1%
Coelio ovaire	10	4%
Côlon gauche	3	1%
CurageGanglionnaire	4	2%
décollement rétine	3	1%
Ectopie testiculaire	3	1%
Ethmoïdectomie	6	2%
Fracture 1/4 inférieur de	1	0%
Glandes_Saliv	12	5%
Glaucome	2	1%
Hématome sous-dural	2	1%
hernie discale lombaire	2	1%
Hernie inguinale	12	5%
Hystérectomie	27	10%
Laminarthrectomie vertébrale	3	1%
LEC	4	2%
Mastectomie partielle	3	1%
médiastinoscopie	2	1%
Méniscectomie latérale ou	1	0%
Myringoplastie	9	3%
Ostéosynthèse de fracture ou	1	0%
Ostéotomie_Max	45	17%
Otoplastie	1	0%
Pathologie du canal péritonéo	1	0%
Pathologie préputiale	2	1%
PharyngoLaryngectomie totale	5	2%
Pneumonectomie	15	6%
Pontage coronarien	7	3%
Pontage fémoro-poplité	2	1%
Prostatectomie	3	1%
Remplacement de	1	0%
résection bulle emphysème	2	1%
Résection prostate	1	0%
Résection tumeur vessie	2	1%
Septoplastie	2	1%
Spondylolisthésis avec	7	3%
strabisme	7	3%
Thyroïdectomie	14	5%
Valve aortique CEC	1	0%
Varices	3	1%
Vésicule	2	1%
Total général	258	

Annexe 3 Valorisation hospitalière des catégories d'actes communs

Somme du montant remboursé	TOTAL séjours hospitaliers + remboursement			Moyenne			
	Catégorie d'actes communs	priv	pub	diff	priv	pub	diff
Accouchement	292 242 450 €	1 058 988 024 €	766 745 574 €	1 487 €	2 358 €	872 €	37%
Amygdalectomie	68 403 332 €	49 381 603 €	- 19 021 728 €	554 €	987 €	432 €	44%
Anevrysme aorte abdominale	10 154 765 €	24 133 078 €	13 978 312 €	6 022 €	12 669 €	6 647 €	52%
Appendicectomie	100 845 779 €	355 749 323 €	254 903 544 €	1 425 €	3 290 €	1 865 €	57%
canal carpien	117 341 344 €	68 383 225 €	- 48 958 119 €	604 €	920 €	316 €	34%
Carotide	69 575 827 €	106 047 790 €	36 471 963 €	3 647 €	6 943 €	3 295 €	47%
Cataracte	1 044 658 190 €	440 348 901 €	- 604 309 289 €	944 €	1 594 €	650 €	41%
Césarienne	217 849 367 €	763 314 519 €	545 465 152 €	2 166 €	3 338 €	1 172 €	35%
Coelio ovaire	87 593 568 €	152 557 482 €	64 963 914 €	1 617 €	3 144 €	1 527 €	49%
Côlon gauche	86 230 388 €	198 369 764 €	112 139 376 €	5 522 €	10 079 €	4 557 €	45%
CurageGanglionnaire	37 713 304 €	168 093 752 €	130 380 448 €	3 647 €	9 835 €	6 188 €	63%
décollement rétine	5 775 392 €	22 984 169 €	17 208 776 €	1 080 €	3 097 €	2 017 €	65%
Ectopie testiculaire	7 126 780 €	25 999 188 €	18 872 408 €	718 €	1 527 €	808 €	53%
Ethmoidectomie	20 873 169 €	23 321 931 €	2 448 763 €	1 219 €	2 966 €	1 747 €	59%
bras	3 297 059 €	28 579 693 €	25 282 633 €	593 €	1 366 €	773 €	57%
Glandes_Saliv	15 066 485 €	38 298 682 €	23 232 197 €	1 376 €	4 043 €	2 667 €	66%
Glaucome	18 640 724 €	16 871 110 €	- 1 769 614 €	972 €	1 896 €	924 €	49%
Hématome sous-dural	5 331 402 €	105 613 376 €	100 281 974 €	7 116 €	13 704 €	6 588 €	48%
hernie discale lombaire	84 111 191 €	90 634 948 €	6 523 757 €	2 226 €	4 317 €	2 092 €	48%
Hernie inguinale	232 474 073 €	256 597 541 €	24 123 468 €	1 430 €	2 166 €	735 €	34%
Hystérectomie	180 810 839 €	325 833 762 €	145 022 923 €	2 741 €	4 653 €	1 913 €	41%
Laminarthrectomie vertébrale	65 922 856 €	32 837 309 €	- 33 085 547 €	3 108 €	7 015 €	3 907 €	56%
LEC	40 091 992 €	24 322 548 €	- 15 769 444 €	577 €	1 071 €	493 €	46%
Mastectomie partielle	84 740 059 €	153 473 271 €	68 733 211 €	1 344 €	2 515 €	1 171 €	47%
médiastinoscopie	3 184 393 €	19 015 121 €	15 830 728 €	2 007 €	5 286 €	3 278 €	62%
médiale du genou par	111 445 738 €	60 635 721 €	- 50 810 017 €	832 €	1 281 €	449 €	35%
Myringoplastie	18 113 126 €	18 771 330 €	658 204 €	1 085 €	2 207 €	1 122 €	51%
de décollement épiphysaire de	21 645 487 €	104 024 627 €	82 379 140 €	1 103 €	2 464 €	1 361 €	55%
Ostéotomie_Max	34 540 327 €	35 897 315 €	1 356 988 €	1 810 €	4 166 €	2 356 €	57%
Otoplastie	13 803 655 €	11 746 168 €	- 2 057 487 €	996 €	1 644 €	647 €	39%
vaginal hernie et hydrocèle	6 381 899 €	45 450 116 €	39 068 217 €	865 €	1 953 €	1 089 €	56%
Pathologie préputiale	60 298 947 €	51 140 494 €	- 9 158 453 €	495 €	889 €	394 €	44%
PharyngoLaryngectomie totale	12 097 408 €	53 700 159 €	41 602 751 €	18 360 €	20 685 €	2 325 €	11%
Pneumonectomie	43 369 365 €	161 363 908 €	117 994 542 €	7 552 €	14 207 €	6 655 €	47%
Pontage coronarien	197 662 179 €	479 838 289 €	282 176 110 €	13 323 €	18 633 €	5 310 €	28%
Pontage fémoro-poplité	43 972 028 €	89 083 459 €	45 111 430 €	4 959 €	10 979 €	6 020 €	55%
Prostatectomie	133 737 993 €	110 904 579 €	- 22 833 415 €	4 368 €	7 165 €	2 797 €	39%
coxo-fémorale par prothèse	362 749 065 €	415 906 275 €	53 157 210 €	3 701 €	5 903 €	2 202 €	37%
résection bulle emphysème	7 953 350 €	21 160 427 €	13 207 077 €	4 208 €	6 022 €	1 814 €	30%
Résection prostate	150 062 449 €	132 547 412 €	- 17 515 037 €	2 138 €	3 542 €	1 404 €	40%
Résection tumeur vessie	120 678 310 €	137 774 583 €	17 096 273 €	1 713 €	3 302 €	1 589 €	48%
Septoplastie	43 966 159 €	37 729 885 €	- 6 236 274 €	958 €	1 899 €	941 €	50%
ostéosynthèse	43 458 428 €	31 313 414 €	- 12 145 014 €	4 290 €	8 486 €	4 196 €	49%
strabisme	12 776 841 €	11 854 812 €	- 922 029 €	950 €	1 611 €	661 €	41%
Thyroidectomie	77 316 602 €	207 235 026 €	129 918 424 €	1 873 €	3 448 €	1 576 €	46%
Valve aortique CEC	107 170 663 €	486 786 382 €	379 615 720 €	14 946 €	21 961 €	7 015 €	32%
Varices	138 154 725 €	66 076 020 €	- 72 078 705 €	888 €	1 343 €	455 €	34%
Vésicule	228 865 027 €	392 496 316 €	163 631 290 €	2 049 €	3 626 €	1 577 €	43%
Total général	4 890 274 504 €	7 713 186 828 €	2 822 912 324 €	1 438 €	3 265 €	1 827 €	56%

Annexe 4 Compléments d'honoraire par catégorie d'actes communs

Somme du complément	priv		pub		Non renseigné		CA T2A PMSI	
	Chirurgie	Anesthésie	Chirurgie	Anesthésie	Chirurgie	Anesthésie	priv	pub
Accouchement	17 693 657 €		142 674 €		73 200 €		237 777 074 €	1 058 432 244 €
Amygdalectomie	2 850 864 €	1 185 527 €	29 538 €	210 €	2 604 €	2 271 €	57 566 947 €	49 300 254 €
Anevrisme aorte abdominale	199 655 €	48 359 €	55 884 €	- €	- €		8 916 027 €	23 881 906 €
Appendicectomie	1 785 711 €	476 033 €	11 148 €	78 €	3 262 €	594 €	90 312 081 €	355 554 391 €
canal carpien	9 922 647 €	2 194 619 €	148 334 €	3 313 €	14 148 €	5 192 €	100 720 829 €	67 509 661 €
Carotide	2 054 182 €	508 469 €	157 395 €	885 €	9 950 €	- €	60 183 839 €	104 700 519 €
Cataracte	63 347 991 €	12 177 246 €	2 414 815 €	5 847 €	908 055 €	29 683 €	835 150 165 €	435 579 677 €
Césarienne	8 192 366 €	4 328 670 €	103 353 €	1 152 €	38 068 €	5 159 €	190 836 330 €	762 644 915 €
Coelio ovaire	2 989 496 €	1 057 340 €	149 923 €	2 896 €	8 909 €	177 €	79 912 218 €	152 319 469 €
Côlon gauche	1 852 221 €	478 708 €	183 368 €	846 €	22 804 €	4 413 €	79 443 157 €	197 667 077 €
CurageGanglionnaire	358 374 €	103 177 €	20 328 €	1 574 €	751 €	4 €	35 949 504 €	167 982 565 €
décollement rétine	170 076 €	48 183 €	9 951 €	1 709 €	900 €	54 €	5 033 392 €	22 966 866 €
Ectopie testiculaire	421 116 €	120 382 €	46 015 €	41 €	400 €	- €	5 593 851 €	25 698 526 €
Ethmoidectomie	1 654 260 €	391 994 €	108 952 €	- €	- €	40 €	16 442 115 €	23 142 772 €
Fracture 1/4 inférieur de l'avant bras	51 610 €	18 523 €	63 €	- €	983 €	475 €	2 930 959 €	28 575 157 €
Glandes_Saliv	703 655 €	168 934 €	57 425 €	530 €	2 648 €	40 €	12 605 714 €	38 146 946 €
Glaucome	715 193 €	128 372 €	164 382 €	- €	11 613 €	573 €	16 388 133 €	16 785 314 €
Hématome sous-dural	12 229 €	7 609 €	2 634 €				5 183 255 €	105 613 011 €
hernie discale lombaire	5 606 359 €	1 520 930 €	235 076 €	2 127 €	8 551 €	23 550 €	75 222 224 €	90 291 334 €
Hernie inguinale	11 866 485 €	2 933 925 €	274 315 €	4 034 €	60 969 €	7 967 €	203 469 599 €	254 439 752 €
Hystérectomie	6 506 308 €	1 811 160 €	352 591 €	6 169 €	19 810 €	638 €	164 494 047 €	324 981 445 €
Laminarthrectomie vertébrale	2 847 795 €	634 658 €	142 093 €	4 590 €	2 156 €	450 €	58 552 981 €	32 525 495 €
LEC	2 199 740 €	675 376 €	21 888 €	105 €	461 €	25 €	28 112 568 €	23 997 731 €
Mastectomie partielle	5 131 426 €	1 524 140 €	47 154 €	3 040 €	50 145 €	2 823 €	74 679 150 €	153 278 426 €
médiastinoscopie	29 277 €	10 569 €	3 005 €	66 €	265 €		2 977 804 €	19 010 583 €
Méniscectomie latérale ou médiale du genou par arthroscopie	8 441 214 €	2 235 470 €	127 654 €	6 328 €	79 465 €	28 691 €	94 924 565 €	59 841 686 €
Myringoplastie	698 456 €	211 889 €	50 742 €	- €	858 €	309 €	15 377 838 €	18 686 511 €
Ostéosynthèse de fracture ou de décollement épiphysaire de l'extrémité distale d'un os de l'avant bras par broche à foyer fermé	258 213 €	77 023 €	463 €	23 €	1 655 €	1 036 €	19 681 787 €	103 980 213 €
Ostéotomie_Max	5 446 081 €	1 331 541 €	435 444 €	- €	2 664 €	120 €	30 048 870 €	35 628 482 €
Otoplastie	2 835 820 €	510 899 €	52 794 €	474 €	25 680 €	638 €	11 286 915 €	11 692 081 €
Pathologie du canal péritonéo vaginal hernie et hydrocèle communicante	605 754 €	240 244 €	34 745 €	- €	100 €	- €	5 200 692 €	45 184 945 €
Pathologie préputiale	4 925 369 €	1 528 593 €	134 174 €	4 471 €	6 334 €	794 €	51 297 557 €	51 014 533 €
PharyngoLaryngectomie totale	17 324 €	5 274 €	444 €	- €			11 926 851 €	53 686 535 €
Pneumonectomie	612 626 €	240 375 €	105 473 €	- €	20 191 €	1 651 €	40 088 461 €	160 895 843 €
Pontage coronarien	1 257 278 €	325 569 €	243 933 €	1 098 €	9 803 €	- €	187 985 284 €	477 738 941 €
Pontage fémoro-poplité	341 559 €	99 700 €	19 767 €	90 €	- €	- €	41 948 862 €	88 942 015 €
Prostatectomie	6 988 049 €	1 433 193 €	607 091 €	13 182 €	14 360 €	369 €	117 092 055 €	109 661 442 €
Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale	16 368 042 €	4 391 836 €	1 398 756 €	35 341 €	161 444 €	49 583 €	326 103 632 €	411 875 588 €
résection bulle emphysème	81 552 €	34 690 €	663 €	- €	220 €	- €	7 249 604 €	21 138 176 €
Résection prostate	5 552 623 €	1 314 512 €	292 490 €	7 130 €	19 179 €	1 944 €	133 322 007 €	131 616 914 €
Résection tumeur vessie	2 765 098 €	713 201 €	167 083 €	2 661 €	3 071 €	899 €	111 556 767 €	137 361 466 €
Septoplastie	2 891 506 €	681 166 €	44 268 €	- €	123 355 €	1 250 €	39 292 467 €	37 652 278 €
Spondylolisthésis avec ostéosynthèse	2 795 079 €	571 179 €	133 834 €	1 161 €		776 €	37 559 381 €	31 017 089 €
strabisme	1 013 723 €	232 680 €	152 378 €	- €		9 €	10 758 907 €	11 735 314 €
Thyroïdectomie	3 477 405 €	779 822 €	699 584 €	40 005 €	21 970 €	2 175 €	66 970 786 €	205 162 964 €
Valve aortique CEC	213 215 €	65 524 €	214 062 €	278 €	3 290 €	- €	104 387 683 €	486 000 123 €
Varices	10 102 262 €	1 839 068 €	40 727 €	258 €	39 250 €	75 €	118 629 126 €	65 291 909 €
Vésicule	7 767 767 €	1 897 973 €	230 416 €	2 664 €	33 879 €	5 243 €	204 787 894 €	390 609 856 €
Total général	234 618 707 €	53 314 321 €	10 069 287 €	154 377 €	1 807 420 €	179 688 €	4 235 931 957 €	7 681 440 943 €

Annexe 5 Complément d'honoraire moyen par catégorie d'actes communs

Catégorie d'actes communs	priv		pub		Non renseigné		CA T2A moyen/séjour PMSI	
	Chirurgie	Anesthésie	Chirurgie	Anesthésie	Chirurgie	Anesthésie	priv	pub
Accouchement	106 €		82 €		113 €		1 381 €	2 276 €
Amygdalectomie	50 €	20 €	61 €	0 €	12 €	10 €	484 €	925 €
Anevrisme aorte abdominale	258 €	63 €	237 €	- €	- €		5 701 €	12 432 €
Appendicectomie	56 €	15 €	13 €	1 €	9 €	2 €	1 354 €	3 275 €
canal carpien	96 €	22 €	19 €	5 €	27 €	10 €	486 €	896 €
Carotide	230 €	58 €	86 €	4 €	146 €	- €	3 359 €	6 853 €
Cataracte	122 €	24 €	150 €	1 €	154 €	8 €	798 €	1 442 €
Césarienne	167 €	89 €	83 €	1 €	129 €	16 €	1 910 €	3 254 €
Coeliovaire	111 €	39 €	127 €	12 €	50 €	1 €	1 466 €	3 005 €
Côlon gauche	245 €	64 €	174 €	4 €	296 €	61 €	5 213 €	9 900 €
CurageGanglionnaire	66 €	22 €	44 €	40 €	38 €	0 €	3 559 €	9 750 €
décollement rétine	69 €	20 €	97 €	570 €	129 €	2 €	992 €	2 431 €
Ectopie testiculaire	93 €	27 €	31 €	1 €	9 €	- €	598 €	1 494 €
Ethmoidectomie	201 €	47 €	255 €	- €	- €	3 €	971 €	2 711 €
Fracture 1/4 inférieur de l'avant bras	20 €	8 €	1 €	- €	22 €	11 €	566 €	1 365 €
Glandes_Saliv	104 €	37 €	137 €	27 €	35 €	2 €	1 234 €	3 880 €
Glaucome	79 €	14 €	317 €	- €	204 €	25 €	879 €	1 579 €
Hématome sous-dural	34 €	21 €	1 317 €				7 062 €	12 387 €
hernie discale lombaire	285 €	77 €	210 €	18 €	161 €	336 €	1 863 €	4 089 €
Hernie inguinale	147 €	37 €	33 €	3 €	85 €	11 €	1 246 €	2 130 €
Hystérectomie	199 €	56 €	146 €	12 €	145 €	7 €	2 486 €	4 496 €
Laminarthrectomie vertébrale	272 €	61 €	229 €	55 €	2 156 €	225 €	2 775 €	6 731 €
LEC	69 €	27 €	20 €	1 €	1 €	0 €	482 €	1 050 €
Mastectomie partielle	157 €	48 €	57 €	10 €	292 €	21 €	1 140 €	2 448 €
médiastinoscopie	42 €	14 €	116 €	66 €	265 €		1 951 €	5 104 €
arthroscopie	127 €	33 €	28 €	17 €	106 €	40 €	672 €	1 236 €
Myringoplastie	90 €	27 €	161 €	- €	45 €	15 €	968 €	2 046 €
épiphyse de l'extrémité distale d'un os de l'avant	29 €	9 €	1 €	2 €	13 €	9 €	1 066 €	2 461 €
Ostéotomie_Max	524 €	156 €	776 €	- €	26 €	1 €	1 130 €	3 390 €
Otoplastie	316 €	60 €	175 €	12 €	378 €	16 €	621 €	1 456 €
hydrocèle communicante	155 €	62 €	26 €	- €	2 €	- €	648 €	1 928 €
Pathologie préputiale	77 €	24 €	66 €	13 €	20 €	2 €	393 €	809 €
PharyngoLaryngectomie totale	51 €	16 €	12 €	- €		- €	18 293 €	20 673 €
Pneumonectomie	221 €	87 €	171 €	- €	777 €	103 €	7 244 €	14 036 €
Pontage coronarien	191 €	68 €	145 €	8 €	163 €	- €	13 064 €	18 480 €
Pontage fémoro-poplité	80 €	23 €	49 €	2 €	- €	- €	4 855 €	10 928 €
Prostatectomie	463 €	95 €	407 €	56 €	199 €	3 €	3 810 €	6 703 €
prothèse totale	331 €	89 €	188 €	30 €	369 €	154 €	3 280 €	5 685 €
résection bulle emphysème	97 €	40 €	17 €	- €	220 €	- €	4 071 €	6 005 €
Résection prostate	163 €	39 €	106 €	13 €	68 €	6 €	1 937 €	3 422 €
Résection tumeur vessie	81 €	21 €	82 €	7 €	6 €	2 €	1 611 €	3 213 €
Septoplastie	95 €	36 €	65 €	- €	131 €	17 €	828 €	1 834 €
Spondylolisthésis avec ostéosynthèse	546 €	112 €	387 €	22 €		259 €	3 631 €	8 077 €
strabisme	147 €	34 €	215 €	- €		1 €	768 €	1 396 €
Thyroïdectomie	175 €	39 €	132 €	80 €	183 €	16 €	1 658 €	3 237 €
Valve aortique CEC	68 €	29 €	186 €	3 €	24 €	- €	14 849 €	21 771 €
Varices	124 €	23 €	9 €	1 €	136 €	0 €	741 €	1 333 €
Vésicule	144 €	35 €	40 €	2 €	55 €	8 €	1 870 €	3 583 €
Total général	135 €	35 €	107 €	10 €	119 €	16 €	1 268 €	3 149 €

Annexe 6 Tableau des croisements des spécialités

Specialité fiscale	Specialité médicale SNIIRAM	Nombre de spécialité médicale SNIIRAM	Taux charge ARAPL	Taux charge CARMF	Taux charge BNC ARAPL	Taux de charge SNIIRAM	Taux de charge CG SNIIRAM
Anesthésiste réanimateur	RÉA MÉDICALE	1	21%	42%	30%	-18%	52%
Cardiologue	PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE	1	31%	48%	43%	48%	50%
Chirurgie générale	CHIR GENERALE	1	31%	47%	44%	40%	37%
	CHIR INFANTILE	1	31%	48%	44%	39%	38%
	CHIR THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	1	31%	45%	44%	32%	43%
	CHIR VASCULAIRE	1	31%	48%	44%	42%	49%
	CHIR VISCERALE ET DIGESTIVE	1	31%	32%	44%	40%	37%
	CHIR PLASTIQUE	1	31%	3%	44%	32%	42%
Chirurgie ortho-traumatologie	CHIR ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	1	33%	46%	46%	37%	39%
Chirurgie urologique	CHIR UROLOGIQUE	1	31%	46%	43%	34%	42%
Dermatologie et venerologie	DERMATOLOGIE ET VENEROLOGIE	1	36%	44%	52%	-3%	63%
Endocrinologie et métabolismes	ENDOCRINOLOGIE ET METABOLISMES	1	42%	22%	53%	35%	55%
Gastro-entérologie et hépatologie	GASTRO-ENTERO-HEPATOLOGIE	1	31%	48%	45%	58%	49%
Gynécologue	GYNECOLOGIE MEDICALE	1	38%	55%	52%	23%	58%
Gynécologue_obst	GYNECO_OBST	1	38%	50%	50%	42%	40%
	GYNECOLOGIE MED-OBST	1	38%	53%	50%	36%	54%
Médecine Redapt	REEDUC	1	33%	40%	54%	26%	56%
Neurologue	NEUROLOGIE	1	32%	48%	48%	33%	63%
Ophthalmologue	OPHTALMO	1	32%	47%	47%	9%	68%
ORL	OTO RHINO-LARYNGOLOGIE	1	35%	51%	49%	25%	55%
Pédiatre	PEDIATRIE	1	35%	24%	46%	18%	62%
Pneumologue	PNEUMOLOGIE	1	31%	52%	47%	30%	54%
	NEUROPSYCHIATRIE	1	35%	13%	42%	38%	46%
Psychiatre	PSYCHIATRIE DE L ENFANT ET DE L ADOLESCEN	1	35%	3%	42%	21%	38%
	PSYCHIATRIE GENERALE	1	35%	6%	42%	38%	33%
Radio-imagerie médicale	MEDECINE NUCLEAIRE	1	30%	70%	55%	85%	0%
	RADIOLOGIE DIAGNOSTIC ET IMAGERIE MEDICALE	1	30%	67%	55%	44%	60%
	RADIOTHERAPIE	1	30%	84%	55%	44%	0%
Rhumatologue	RHUMATOLOGIE	1	34%	49%	50%	15%	64%
Stomatologue	CHIR MAXILLO-FACIALE	1	28%	46%	55%	36%	43%
	STOMATOLOGIE	1	28%	24%	55%	32%	46%