

points de repere



Ce document présente une analyse de la typologie des actes techniques médicaux réalisés en secteur libéral (cabinets de ville et cliniques privées) et de leur évolution, en comparant les résultats de 2009 à ceux de 2008 et en mettant en perspective les changements intervenus dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) ces deux dernières années. La modification de la règle de facturation des associations d'actes de radiologie conventionnelle entre eux et de mammographie et échographie du sein (abattement de 50 % de l'acte de tarif le plus bas par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) du 5 mars 2009) et la montée en charge des suppléments pour archivage des images numériques, qui s'est poursuivie en 2009, ont fortement contribué à l'évolution des honoraires remboursables d'imagerie (+3,4 %). Dans le même temps, ces actes d'imagerie ont connu une évolution en volume modérée (+2,6 %), principalement soutenue par le développement des actes d'imagerie en coupe : scanner (+6,9 %) et IRM (+11,6 %).

Le phénomène de substitution d'actes techniques médicaux, souvent réalisés en association et anciennement facturés en consultation, apparu après les revalorisations tarifaires prises dans le cadre de l'avenant 12, perdue avec comme conséquence une croissance soutenue des volumes (7,6 %) et des honoraires remboursables (7,2 %) de ce type d'actes.

Sur l'année, l'ensemble de l'activité technique a progressé de 4,6 % en volume et de 4,3 % en honoraires remboursables y compris les forfaits techniques d'imagerie (3,5 % hors forfaits techniques). Ces taux sont proches de ceux constatés ces deux dernières années.

Évolution des actes techniques en secteur libéral en 2009

Au cours de l'année 2009, 89 millions d'actes techniques réalisés en secteur libéral ont été pris en charge au titre du Régime général hors sections locales mutualistes (tableau 1 et encadré 1), ce qui porte leur évolution à 4,6 %. Ce taux est comparable à celui de l'année 2008 (+4,9 %).

Les actes d'imagerie, toujours majoritaires, ont augmenté de 2,6 % avec encore de fortes disparités selon la technique utilisée comme le montre l'analyse par famille d'actes : stabilisation des radiographies (+0,6 %) et fort dynamisme des remnographies (+11,6 %) et des scanographies (+6,9 %). Ils concourent pour 1,8 point à la croissance des honoraires remboursables¹.

La progression du nombre d'actes techniques médicaux, aussi bien thérapeutiques que diagnostiques, est constante (+7,6 %), malgré un léger ralentissement (+9,6 % en 2008). Leur contribution à l'évolution des honoraires remboursables reste importante : 1,9 point (2,4 points en 2008). Depuis 2006, leur part dans l'ensemble de l'activité technique est passée de 36,5 % à 41,2 % en 2009 (en volume).

● Département des Actes Médicaux (CNAMTS)

¹ La contribution à la croissance d'une famille correspond à l'impact de l'évolution des dépenses de la famille sur l'évolution totale des dépenses CCAM. La somme des contributions des différentes familles d'actes est égale à la croissance des dépenses des actes CCAM.

Tableau 1

Fréquences et honoraires remboursables des actes de la CCAM en 2009 (en secteur libéral)

	Nombre d'actes ^(a) en milliers	Évolution 2008-2009	Honoraires remboursables ^(b) en milliers d'euros	Évolution 2008-2009	Contribution à la croissance des honoraires
IMAGERIE	48 096	2,6%	2 636 539	3,4 %	1,8
Radiographie	24 951	0,6%	1 082 915	-1,8 %	-0,3
Échographie	17 206	3,9%	1 068 083	3,5 %	0,6
Scanographie	3 195	6,9%	147 766	9,5 %	0,6
IRM	1 701	11,6%	121 644	12,7 %	0,8
Scintigraphie	499	4,6%	124 934	2,4 %	0,1
Autre imagerie	544	-1,1%	91 196	-0,5 %	-0,0
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX	36 698	7,6%	1 701 811	7,2 %	1,9
Actes techniques médicaux diagnostiques	25 518	8,1%	967 052	6,6 %	1,0
<i>dont vidéocapsule</i>			1 123	<i>ns*</i>	0,0
Actes techniques médicaux thérapeutiques	11 180	6,5%	734 758	7,9 %	0,9
<i>dont forfait sécurité dermatologie</i>			6 491	<i>ns*</i>	0,1
ACCOUCHEMENTS et actes obstétricaux	240	-6,9%	104 010	-5,2 %	-0,1
ACTES CHIRURGICAUX	3 994	2,9%	1 087 970	3,6 %	0,6
Total HONORAIRES			5 530 330	3,5 %	3,2
Total FORFAITS TECHNIQUES			604 212	10,7 %	1,0
Forfaits techniques SCANNER			298 189	8,4 %	0,4
Forfaits techniques IRM			274 326	12,8 %	0,5
Forfaits techniques tépographie			31 697	15,5 %	0,1
Total VIDÉOCAPSULES et FSD^(c)			7 614	ns*	0,1
Total CCAM	89 028	4,6%	6 134 541	4,3 %	

* ns : non significatif

(a) hors suppléments, forfaits techniques, vidéocapsules, forfaits sécurité dermatologie et anesthésies

(b) y compris anesthésies

(c) ensemble des vidéocapsules et forfaits sécurité dermatologie versés aux médecins et aux établissements

Champ : Régime général hors sections locales mutualistes (SLM) et centres de santé

Source : DCIR (CNAMTS)

Encadré 1

Source des données

Les résultats sont issus des données (en date de liquidation) du datamart de consommation inter-régime - DCIR (anciennement ERASME National V1) du Régime général d'Assurance maladie qui contient l'ensemble de la facturation de l'activité libérale réalisée par les médecins, quel que soit leur mode d'exercice : libéral exclusif, salarié temps partiel ou secteur libéral des hospitaliers temps plein. Ils portent sur l'ensemble des actes techniques médicaux de la CCAM liquidés par le Régime général en France entière en 2009, hors sections locales mutualistes pour lesquelles le codage affiné des actes n'est pas encore disponible.

A noter : en 2009, la part du Régime général hors sections locales mutualistes dans l'activité libérale codée en CCAM est de 74,2 % pour les actes et de 73,6 % pour les honoraires sans dépassement. Il est nécessaire de tenir compte de ces ratios pour extrapoler les données présentées dans ce document.

Précisions méthodologiques

- Le nombre d'actes correspond au nombre de codes hors anesthésie, gestes complémentaires ou suppléments et irradiation en radiothérapie. En effet, les séances d'irradiation en radiothérapie ne peuvent être dénombrées avec les codes actuels du chapitre 19 utilisés pour la facturation.
- Le montant d'honoraires hors dépassement remboursables correspond à l'honoraire complet de l'acte et intègre l'honoraire de l'anesthésie, des actes complémentaires, des suppléments et des majorations.
- Les montants des forfaits techniques, qui couvrent les coûts de fonctionnement des appareils de scanner, IRM et TEP et les montants des forfaits sécurité dermatologie et des vidéocapsules, ne sont pas ajoutés aux honoraires remboursables (hors dépassement) des actes concernés lorsqu'ils sont versés aux structures.
- Les évolutions sont calculées à partir des données corrigées des jours ouvrés et des variations saisonnières.

Encadré 2

Suppléments pour archivage des images numérisées

La montée en charge des suppléments pour archivage des images numérisées, introduits à la CCAM en septembre 2007, s'est poursuivie tout au long de l'année 2009 avec néanmoins un ralentissement depuis le mois d'août. En 2009, ces suppléments ont engendrés 64,8 millions d'euros d'honoraires remboursables. Près de 5 000 médecins ont facturé ces suppléments en décembre 2009, dont 89 % de radiologues. Ce même mois, 73,5 % des séances comportant des actes autorisant l'archivage ont effectivement donné lieu à la facturation d'un supplément, contre 55,5 % en décembre 2008.

En 2009, les honoraires remboursables issus de l'activité médicale technique libérale (5 530 millions d'euros), ont augmenté de 3,5 % (4,1 % en 2008) et les forfaits techniques associés aux actes d'imagerie (604 millions d'euros) de 10,7 % (8,0 % en 2008) soit une croissance globale de 4,3 % (4,5 % en 2008).

La croissance des honoraires remboursables d'imagerie a été fortement soutenue par la montée en charge des suppléments pour archivage des images numérisées, introduits dans la version 10 de la CCAM au 12 septembre 2007 (encadré 2) et qui s'est poursuivie jusqu'en 2009. A contrario, la modification de la règle de facturation des associations d'actes de radiologie conventionnelle entre eux et de mammographie et échographie du sein (décision UNCAM du 5 mars 2009 - encadré 3) a tiré les honoraires remboursables de radiographie à la baisse : elle prévoit l'abattement de 50 % de l'acte de tarif le plus bas.

Un autre fait marquant en 2009 est la

création du forfait sécurité dermatologie (encadré 4) pour les actes d'exérèse de naevus ou de tumeur cutanée maligne (surcoût annuel pour l'Assurance maladie estimé à 910 mille euros tous régimes) ou encore la prise en charge de la stimulation du nerf vague par générateur (V16 au 28 mai 2009).

● Des évolutions disparates selon la modalité d'imagerie

Les actes d'imagerie (48 millions d'actes soit 54 % des actes techniques) continuent à progresser globalement à un rythme de 2,6 %, proche de celui enregistré en 2008 (tableau 1). La diffusion des équipements d'imagerie en coupe (scanner et IRM) et de tomoscintigraphie par émission de positons (TEP) assure une croissance soutenue des actes tandis que les radiographies conventionnelles stagnent (tableaux 2 et 3).

Au sein de la radiographie, dont la part dans l'activité d'imagerie en volume a chuté, passant de 32,1 % en 2006 à 28,0 % en

2009, seules les radiographies osseuses des membres (43,7 % des radiographies) et les radiographies du thorax continuent à augmenter (respectivement de 1,0 % et 3,0 % par rapport à 2008). La baisse des radiographies urogénitales (-8,3 % soit 15 000 actes en moins), supplantées par les échographies urogénitales (+31 000 actes), se confirme. Conséquence des recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), les radiographies standards du crâne et/ou du massif facial continuent à diminuer en volume de 2,1 % (-4,3 % en 2008) ce qui reste inférieur à la baisse attendue.

Les honoraires remboursables générés par les radiographies, en particulier les radiographies osseuses des membres, diminuent globalement de 1,8 % alors que les volumes sont stables. En revanche, les honoraires remboursables des mammographies augmentent de 1,4 % alors que les volumes correspondants restent stables (+0,3 %). Il en est de même pour les radiographies du rachis, facturées avec un nombre d'incidences (clichés) plus élevé ou une topographie plus large et qui sont donc mieux rémunérées.

Le nombre d'échographies progresse globalement de 3,9 % (3,8 % en 2008). Parmi elles, les échographies vasculaires, cardiaques, et ostéoarticulaires et musculaires continuent à croître fortement respectivement de 5,3 %, 7,4 % et 14,1 %.

Parallèlement, les honoraires remboursables liés aux échographies, également impactés par les mesures de mars 2009 et la montée

Tableau 2

Évolution du parc des équipements scanner, IRM^(a) et TEP^(b)

Type d'équipement	au 31/12/2003	au 31/12/2008	au 31/12/2009	Évolution 2008-2009	Évolution 2003-2009	Autorisations : objectif 2011
SCANNER						
Appareils autorisés	747	970	1 028	6,0%	37,6%	1 090
Appareils installés	646	874	927	6,1%	43,5%	
IRM						
Appareils autorisés	416	577	619	7,3%	48,8%	683
Appareils installés	263	490	531	8,4%	101,9%	
TEP						
Appareils autorisés	33	94	105	11,7%	218,2%	124
Appareils installés	17	69	77	11,6%	352,9%	

(a) IRM : imagerie par résonance magnétique

(b) TEP : tomographe à émission de positons

Champ : France entière (y compris DOM)

Source : Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative - Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins

Tableau 3

Fréquences et honoraires remboursables des actes d'imagerie en 2009 (en secteur libéral)

Imagerie	Nombre d'actes ^(a) en milliers	Évolution 2008-2009	Honoraires remboursables ^(b) en milliers d'euros	Évolution 2008-2009	Contribution à la croissance des honoraires
Radiographie	24 951	0,6%	1 082 915	-1,8%	-0,3
Radiographie osseuse des membres	10 938	1,0%	363 492	-5,9%	-0,4
Radiographie du rachis	2 908	0,2%	216 277	2,2%	0,1
Radiographie du sein	3 566	0,3%	236 383	1,4%	0,1
Radiographie du thorax	3 644	3,0%	118 633	1,8%	0,0
Radiographie dentaire	1 681	-1,8%	51 505	-1,2%	-0,0
Radiographie de l'abdomen et du tube digestif	975	-1,3%	37 151	-6,0%	-0,0
Radiographie de la tête	948	-2,1%	34 209	-6,1%	-0,0
Radiographie urogénitale	145	-8,3%	17 170	-8,0%	-0,0
Autres radiographies	145	-0,2%	8 096	-4,0%	-0,0
Échographie	17 206	3,9%	1 068 083	3,5%	0,6
Échographie cardiaque	2 118	7,4%	207 848	7,6%	0,2
Échographie vasculaire (artère, veine)	2 746	5,3%	217 419	5,5%	0,2
Échographie de l'appareil digestif	2 449	2,2%	168 962	5,6%	0,2
Échographie au cours de la grossesse	2 026	0,6%	122 149	0,5%	0,0
Échographie du petit bassin féminin en dehors de la grossesse	1 795	0,9%	104 711	1,0%	0,0
Échographie du sein	1 844	-0,5%	59 200	-22,4%	-0,3
Échographie urogénitale	1 172	3,9%	69 705	6,8%	0,1
Échographie ostéoarticulaire et musculaire	1 311	14,1%	51 645	16,8%	0,1
Échographie de la thyroïde	738	1,2%	28 546	4,8%	0,0
Échographie pour assistance médicale à la procréation	235	1,6%	8 973	1,7%	0,0
Autres échographies	772	11,0%	28 926	11,0%	0,0
Scanographie (y compris forfaits techniques)	3 195	6,9%	445 955	9,1%	0,6
Scanographie de l'appareil digestif	919	9,3%	179 263	12,0%	0,3
Scanographie des os et des articulations du cou et du tronc	554	4,6%	62 214	5,5%	0,1
Scanographie du système nerveux	473	0,2%	57 477	1,7%	0,0
Scanographie pulmonaire	524	9,6%	58 422	10,0%	0,1
Scanographie des membres	290	8,1%	35 638	9,5%	0,1
Scanographie de la tête	265	8,4%	30 000	10,1%	0,0
Autres scanographies	170	8,9%	22 940	12,5%	0,0
IRM (y compris forfaits techniques)	1 701	11,6%	395 970	13,0%	0,8
IRM du membre inférieur	548	9,8%	127 128	11,3%	0,2
IRM des os et des articulations du cou et du tronc	416	12,3%	96 050	13,1%	0,2
IRM du système nerveux	355	10,1%	82 894	11,7%	0,1
IRM de l'appareil digestif	147	19,0%	34 339	19,8%	0,1
IRM du membre supérieur	134	14,2%	31 598	16,2%	0,1
Autres IRM	102	10,9%	23 961	12,4%	0,0
Scintigraphie (y compris forfaits techniques)	499	4,6%	156 631	5,7%	0,1
Scintigraphie de l'appareil circulatoire	126	1,3%	55 594	3,6%	0,0
Scintigraphie ostéoarticulaire et musculaire	174	-1,4%	40 322	-1,0%	-0,0
Tépographie	40	19,0%	35 245	15,9%	0,1
Scintigraphie de l'appareil respiratoire	17	1,1%	6 493	2,0%	0,0
Scintigraphie de la thyroïde	27	-7,1%	3 259	-8,1%	-0,0
Autres scintigraphies	116	18,8%	15 717	16,9%	0,0
Autre imagerie	544	-1,1%	91 196	-0,5%	-0,0
Coronarographie	76	2,2%	57 327	1,5%	0,0
Radiologie vasculaire	48	-2,5%	18 096	-5,4%	-0,0
Ostéodensitométrie	420	-1,5%	15 773	-2,2%	-0,0
Total CCAM	89 028	4,6%	6 134 541	4,3%	

(a) hors suppléments, forfaits techniques, vidéocapsules, forfaits sécurité dermatologie et anesthésies

(b) y compris suppléments, forfaits techniques, vidéocapsules, forfait sécurité dermatologie et anesthésies

Champ : Régime général hors sections locales mutualistes (SLM) et centres de santé

Source : DCIR (CNAMTS)

en charge des suppléments d'archivage, augmentent de 3,5 %. Ces actes (19,3 % de l'ensemble des actes techniques) contribuent ainsi pour 0,6 point à la croissance des honoraires remboursables résultant de l'activité médicale technique. En outre, les honoraires des échographies du sein, dont le nombre diminue légèrement (-0,5 %), baissent de 22,4 %, à la suite de la mise en place de la nouvelle règle de facturation qui prévoit un abattement de 50 % lorsqu'elles sont associées à une mammographie.

Grâce à l'installation de nouveaux équipements en 2009 (53 scanners, 41 IRM et 8 TEP), mais aussi du fait de l'élargissement ou encore du transfert de certaines indications (ex : radiographie/scanner du crâne), le nombre d'actes de scanographies, d'IRM et de tomographies à émission de positons a augmenté respectivement de 6,9 %, 11,6 % et 19,0 %. Cette forte croissance devrait se poursuivre en 2010, les autorisations d'installation (58 scanners et 42 IRM prévus) étant conséquentes en 2010.

Dans le même temps, les remboursements de forfaits techniques de scanographie, d'IRM et de tomographies à émission de positons ont progressé de 8,4 %, 12,8 % et 15,5 % en montant.

Globalement, les honoraires remboursables (y compris les forfaits techniques) ont augmenté de 9,1 % pour les scanners et 13,0 % pour les IRM. Ces actes contribuent respectivement pour 0,6 point et 0,8 point à la croissance des honoraires remboursables résultant de l'activité médicale technique. Ces trois dernières années, du fait de la forte croissance des actes de scanners et d'IRM en volume et de l'évolution des forfaits techniques, la structure des montants remboursables d'imagerie s'est modifiée (figure 1).

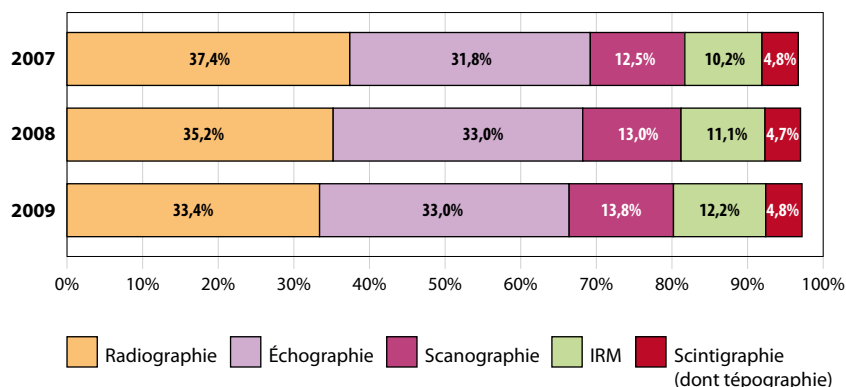
Les répercussions sur le montant remboursable moyen des actes d'imagerie, de l'ensemble des mesures prises ces deux dernières années en matière tarifaire, ainsi que l'introduction de suppléments, sont synthétisées dans le tableau 4.

● Augmentation dynamique du volume des actes techniques médicaux

Globalement, les actes techniques médicaux, diagnostiques et thérapeutiques (36,7 millions d'actes), ont encore connu une croissance dynamique durant l'an-

Figure 1

Répartition du montant remboursable de l'imagerie par grande famille^(a) (y compris suppléments et forfaits techniques - en secteur libéral)



(a) hors coronarographie, radiologie vasculaire et ostéodensitométrie

Source : SNIR (CNAMTS)

Tableau 4

Montant remboursable moyen d'un acte d'imagerie en 2009, en euros (y compris suppléments et forfaits techniques - en secteur libéral)

	2007	2008	2009
Radiographie	46,0	44,5	43,4
Échographie	60,9	62,4	62,1
Scanographie	138,6	136,7	139,6
IRM	233,3	229,7	232,7
Scintigraphie hors TEP ^(a)	278,5	265,7	264,4
TEP	942,0	911,9	889,1
Autre imagerie	156,5	168,1	167,6

(a) TEP : tomographie à émission de positons

Champ : Régime général hors sections locales mutualistes (SLM) et centres de santé
Source : DCIR (CNAMTS)

née 2009, respectivement de 8,1 % et 6,5 % (tableau 1). Le transfert de la facturation de consultations vers celle d'associations de « petits » actes techniques (tarifs réévalués fin 2007) se poursuit, particulièrement chez les ophtalmologues et les omnipraticiens² (notamment les angiologues).

Pour les premiers, on constate une baisse du nombre de consultations de 806 000 en 2009 et une croissance des actes techniques médicaux de 1,6 million. La part de ces actes dans les honoraires remboursables passe ainsi de 56 % en 2008 à 59 % en 2009.

Dans le même temps, les consultations des angiologues diminuent de 52 000, tandis

que les séances de scléroses de varices (traitements non chirurgicaux des varices) augmentent de 62 000.

Sur la même période, les honoraires remboursables correspondant aux actes techniques médicaux, diagnostiques et thérapeutiques, (1 702 millions d'euros au total) ont augmenté respectivement de 6,6 % et 7,9 %, contribuant pour 1,9 point à la croissance des honoraires remboursables totaux issus de l'activité médicale technique.

Ces actes, le plus souvent à caractère diagnostique (7 actes sur 10) et majoritairement réalisés en cabinet ou consultation externe dans des établissements privés (plus de 8 actes sur 10), sont ventilés en fonc-

² Généralistes et médecins ayant un mode d'exercice particulier (MEP).

Tableau 5

Fréquences et honoraires remboursables des actes techniques médicaux en cabinet et en établissement en 2009
(en secteur libéral)

	Nombre d'actes ^(a) en milliers	Évolution 2008-2009	Honoraires remboursables ^(b) en milliers d'euros	Évolution 2008-2009	Contribution à la croissance des honoraires
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX	36 698	7,6 %	1 701 811	7,2 %	1,9
EN CABINET	30 275	8,0 %	1 199 934	7,5 %	1,4
Actes techniques médicaux diagnostiques	22 609	8,9 %	744 719	7,4 %	0,9
Examen fonctionnel et direct de l'œil, hors annexes	7 082	9,0 %	144 725	7,6 %	0,2
Électrocardiographie [ECG]	3 423	5,1 %	62 836	4,9 %	0,1
Exploration de la motricité oculaire ou palpébrale	2 044	16,8 %	51 594	21,3 %	0,2
Imagerie, photographie, angiographie de l'œil	1 920	24,9 %	65 610	20,2 %	0,2
Exploration de l'audition et potentiel évoqué auditif	1 520	3,1 %	70 596	2,5 %	0,0
Épreuve fonctionnelle respiratoire	1 459	6,3 %	102 125	7,6 %	0,1
Endoscopie de l'appareil respiratoire (voies aériennes supérieures)	1 118	5,3 %	30 343	5,1 %	0,0
<i>Autres actes médicaux diagnostiques</i>	4 042	5,8 %	216 891	3,8 %	0,1
Actes techniques médicaux thérapeutiques	7 666	5,7 %	455 215	7,6 %	0,5
Injection thérapeutique	1 323	13,3 %	35 661	12,2 %	0,1
Destruction de lésion cutanée superficielle	797	4,4 %	19 276	5,6 %	0,0
Séance d'acupuncture	716	-2,0 %	8 438	-1,8 %	-0,0
Exérèse de lésion cutanée, sous cutanée ou des tissus mous	708	2,4 %	35 010	5,0 %	0,0
Traitement non chirurgical des varices	687	18,6 %	13 490	19,5 %	0,0
Séance de photothérapie corporelle totale, par rayons ultraviolets A [UVA] ou ultraviolets B [UVB]	424	-4,3 %	8 128	-4,3 %	-0,0
Pose et ablation de stérilet	368	-3,7 %	14 930	-3,3 %	-0,0
<i>Autres actes techniques médicaux thérapeutiques</i>	2 644	6,0 %	320 281	8,2 %	0,4
EN ÉTABLISSEMENT	6 422	5,7 %	501 876	6,4 %	0,5
Actes techniques médicaux diagnostiques	2 909	2,8 %	222 333	4,0 %	0,1
Électrocardiographie [ECG]	1 225	0,3 %	19 891	0,4 %	0,0
Endoscopie digestive	1 001	4,2 %	144 215	3,9 %	0,1
Épreuve fonctionnelle respiratoire	153	4,7 %	8 751	6,8 %	0,0
<i>Autres actes médicaux diagnostiques</i>	530	5,4 %	49 476	5,1 %	0,0
Actes techniques médicaux thérapeutiques	3 513	8,3 %	279 543	8,5 %	0,4
Séance de dialyse pour insuffisance rénale chronique	1 462	5,4 %	57 884	5,7 %	0,1
Forfait de surveillance en réanimation et soins intensifs	789	14,4 %	66 250	16,8 %	0,2
Confection d'un appareil rigide ou souple d'immobilisation des membres	196	5,5 %	7 647	6,0 %	0,0
Exérèse de lésion cutanée, sous cutanée ou des tissus mous	167	-2,8 %	14 050	-0,9 %	-0,0
<i>Autres actes médicaux thérapeutiques</i>	900	11,0 %	133 711	7,1 %	0,2
Total CCAM	89 028	4,6 %	6 134 541	4,3 %	

(a) hors suppléments, forfaits techniques, vidéocapsules, forfaits sécurité dermatologie et anesthésies

(b) y compris suppléments, forfaits techniques, vidéocapsules, forfait sécurité dermatologie et anesthésies

Champ : Régime général hors sections locales mutualistes (SLM) et centres de santé

Source : DCIR (CNAMTS)

Évolutions de la CCAM 2008-2009

Version CCAM	Date	Mesures mises en œuvre
Version 12	14/03/2008	<p>Extension de la liste des actes ouvrant droit à la facturation du supplément pour archivage numérique YYYY187 (avenant n° 26 art. 2 et décision UNCAM art. 2 du 13 décembre 2007 - JO du 13 mars 2008)</p> <p>Ajout de notes de facturation pour les actes de phoniatrie (décision UNCAM art. 1 du 13 décembre 2007 - JO du 13 mars 2008)</p>
Version 13	01/05/2008	<p>Baisse du tarif du supplément pour réalisation d'un examen radiographique à images numérisées YYYY030 (avenant n° 24 art. 4 - JO du 12 septembre 2007) : le tarif est fixé à 2,66 € au lieu de 3,33 €</p>
Version 14	16/10/2008	<p>Aucune modification tarifaire, mais autorisation pour les chirurgiens dentistes de facturer 98 actes de la CCAM (décision UNCAM art. 2 du 1^{er} juillet 2008 - JO du 1^{er} octobre 2008)</p>
Version 15	21/12/2008	<p>Prise en charge de nouveaux actes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'exploration de la lumière de l'intestin grêle par vidéocapsule intégrée avec création d'un forfait vidéocapsule facturable en sus - la destruction de lésion cutanée sur plus de 100 cm², avec laser CO2 impulsif <p>Suppression de l'exploration de la lumière du tube digestif par déocapsule ingérée (décision UNCAM art. 2 du 17 septembre 2008 - JO du 21 novembre 2008)</p>
Pas de version spécifique	12/03/2009	<p>Modification de la règle d'association des actes de radiologie conventionnelle entre eux et de mammographie et échographie du sein (décision UNCAM du 5 mars 2009 - JO du 11 mars 2009)</p>
Version 16	28/05/2009	<p>Création du forfait sécurité dermatologie (FSD) facturable en sus des actes réalisés pour exérèse (14 libellés) d'un ou plusieurs naevus mélanocytaire(s) ou de une ou plusieurs tumeurs(s) cutanée(s) maligne(s)</p> <p>Prise en charge de nouveaux actes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 actes pour implantation, changement et ablation d'un générateur de la stimulation sur le nerf vague, par abord direct - 2 actes pour destruction de tumeur hépatique - l'acte de cure d'éventration posopératoire de la paroi abdominale antérieure avec pose de prothèse, par coelioscopie - l'acte d'épiphysothèse au genou, par plusieurs abords directs - l'acte de désépiphysiodèse au fémur ou au tibia <p>Suppression de 4 actes (Epiphysiodèse temporaire du genou, par 2/3 abords ou plus et Désépiphysiodèse périphérique/centrale au fémur ou au tibia) et de 3 suppléments pour exérèse de naevus (< 5 cm², 5 à 10 cm², > 10 cm²)</p> <p>Modification de notes (correction de codes et ajout de codes extension documentaire) (décision UNCAM du 19 janvier 2009 art. 1 - JO du 28 avril 2009)</p>
Version 17	19/10/2009	<p>Prise en charge de nouveaux actes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 acte d'ophtalmologie - 4 actes de traitement de la surdité (pose, ablation et réglage d'implant auditif) - 14 actes de rythmologie - 3 actes interventionnels sur le cœur <p>Suppression de 9 actes dont 6 actes de rythmologie</p> <p>Extension de la liste des actes de chirurgie cardiaque ouvrant droit à la facturation de la participation d'un deuxième chirurgien (code et libellé nouveaux)</p> <p>Mesures de maintenance (décision UNCAM du 9 juillet 2009 art. 2 - JO du 19 septembre 2009)</p>

Encadré 4

Forfait sécurité dermatologie

Depuis le 28 mai 2009 (V16), le « forfait sécurité dermatologie (FSD) », d'un montant de 35 euros, rémunère l'environnement spécifique nécessaire à la réalisation d'actes d'exérèse de naevus cellulaires ou de tumeurs malignes cutanées lorsqu'ils sont réalisés sous anesthésie locale, en dehors d'une hospitalisation, en cabinet de ville ou dans une structure de soins (établissement de santé, centre de santé). Ce forfait est versé, soit au médecin soit à la structure de soins qui prend en charge le coût d'environnement de l'acte.

Depuis sa mise en place, 193 369 FSD ont été facturés pour un montant remboursable de 6,5 millions d'euros et directement aux médecins dans 95 % des cas ; 92 % des médecins qui l'ont perçu sont des dermatologues et 3,5 % des chirurgiens plastiques. Les autres médecins qui réalisent cet acte en établissement sont pour 70 % d'entre eux des omnipraticiens, 12 % des dermatologues et 11 % des chirurgiens.

Le taux de facturation du FSD constaté sur les actes éligibles est de 67 %. Ce taux est proche de ce que l'on pouvait observer avant sa mise en place avec l'utilisation des suppléments (69 %).

L'honoraire sans dépassement moyen des actes éligibles au FSD est passé de 52,7 euros (suppléments éventuels inclus) au premier trimestre 2009 à 53,9 euros (FSD éventuels inclus) pour les actes réalisés depuis fin mai 2009 soit une augmentation de 2,3 %.

tion de leur lieu d'exécution (tableau 5), en détaillant les plus fréquents.

Dans le domaine du diagnostic, ce sont toujours les actes d'ophtalmologie réalisés en cabinet ou en consultation externe qui progressent le plus rapidement en volume : examen fonctionnel et direct de l'œil (7,1 millions d'actes, +9,0 %), imagerie, photographie, angiographie de l'œil (+24,9 %) et exploration de la motricité oculaire ou palpébrale (+16,8 %). Ces deux dernières familles bénéficient du développement du diagnostic des pathologies de la rétine. Les actes portant sur l'œil contri-

buent pour 0,6 point à la croissance des actes techniques médicaux diagnostiques.

Pour ce qui est des actes thérapeutiques réalisés en cabinet ou en consultation externe, les augmentations les plus fortes concernent les traitements non chirurgicaux des varices (+18,6 % en volume d'actes et +19,5 % en honoraires remboursables). Les actes d'injections thérapeutiques (+13,3 % en volume d'actes et +12,2 % en honoraires remboursables) bénéficient encore de l'effet des revalorisations tarifaires de l'année 2007.

La croissance importante des traitements

non chirurgicaux des varices réalisés en cabinet ou en consultation externe résulte de l'augmentation conjointe :

- du nombre des praticiens qui facturent ces actes (+ 6 %) ;
- du nombre d'actes réalisés par patient, qui passe de 3 en 2008 à 3,2 en 2009.

● Forte diminution du nombre d'accouchements et d'actes obstétricaux

Depuis trois ans, le nombre d'accouchements et d'actes obstétricaux réalisés en secteur libéral ne cesse de diminuer passant de 276 000 en 2006 à 240 000 en 2009, conséquence du basculement de cette activité vers le secteur public. Ce mouvement s'est encore accéléré entre 2008 et 2009 avec une baisse de 6,9 % de ces actes en volume et de 5,2 % en honoraires remboursables (104 millions d'euros - tableau 6).

Sur la même période et pour l'ensemble des régimes, les actes d'accouchement et les actes obstétricaux réalisés en secteur public ont augmenté de 12,3 %³, confirmant le transfert d'une part de cette activité du secteur privé vers le public.

● Reprise de l'activité de chirurgie

Globalement, après deux années de croissance très faible, l'activité de chirurgie⁴ réalisée en secteur libéral (4 millions d'actes) enregistre une hausse en volume de 2,9 % en 2009 (tableau 1) avec de fortes variations

Tableau 6

Fréquences et honoraires remboursables des accouchements et des actes obstétricaux en 2009 (en secteur libéral)

	Nombre d'actes ^(a) en milliers	Évolution 2008-2009	Honoraires remboursables ^(b) en milliers d'euros	Évolution 2008-2009	Contribution à la croissance des honoraires
ACCOUCHEMENTS et actes obstétricaux	240	-6,9 %	104 010	-5,2 %	-0,1
Accouchement par voie naturelle	151	-7,2 %	75 285	-5,5 %	-0,1
Accouchement par césarienne	43	-6,7 %	23 783	-4,3 %	-0,0
Autres actes obstétricaux	46	-6,0 %	4 942	-3,9 %	-0,0
Total CCAM	89 028	4,6 %	6 134 541	4,3 %	

(a) hors suppléments, forfaits techniques, vidéocapsules, forfaits sécurité dermatologie et anesthésies

(b) y compris suppléments, forfaits techniques, vidéocapsules, forfait sécurité dermatologie et anesthésies

Champ : Régime général hors sections locales mutualistes (SLM) et centres de santé

Source : DCIR (CNAMTS)

³ Source : PMSI MCO (Programme de médicalisation des systèmes d'information, médecine chirurgie obstétrique) public.

⁴ Y compris endoscopies interventionnelles effectuées par des non chirurgiens.

Tableau 7

Fréquences et honoraires remboursables des actes de chirurgie en établissement en 2009
(en secteur libéral)

	Nombre d'actes ^(a) en milliers	Évolution 2008-2009	Honoraires remboursables ^(b) en milliers d'euros	Évolution 2008-2009	Contribution à la croissance des honoraires
ACTES CHIRURGICAUX EN ÉTABLISSEMENT	3 207	3,6 %	1 019 527	4,4 %	0,7
Chirurgie orthopédique et traumatologie	700	5,1 %	257 903	6,1 %	0,3
<i>dont :</i>					
Réduction orthopédique et ostéosynthèse de fracture et/ou de luxation traumatique de membre	123	3,9 %	25 968	4,9 %	0,0
Chirurgie du poignet et de la main non osseuse ou traumatique	122	4,2 %	29 683	4,2 %	0,0
Méniscectomie / nettoyage du genou / suture ou reconstruction des ligaments croisés	102	1,8 %	34 034	2,7 %	0,0
Chirurgie digestive	503	5,1 %	164 848	5,7 %	0,2
<i>dont :</i>					
Intervention endoscopique de lésion du côlon	245	8,0 %	59 613	8,4 %	0,1
Cure de hernie ou cure d'événtration de la paroi abdominale antérieure	97	2,5 %	32 756	2,9 %	0,0
Actes de proctologie	44	0,7 %	8 958	1,1 %	0,0
Chirurgie de la cataracte	325	5,0 %	131 957	5,4 %	0,1
Chirurgie cutanée	265	4,9 %	37 880	5,6 %	0,0
<i>dont :</i>					
Parage ou suture de plaies / ablation de corps étrangers / de la peau ou des tissus mous	179	7,1 %	12 764	9,0 %	0,0
Réparation par lambeau local ou régional	86	0,5 %	25 116	3,9 %	0,0
Chirurgie cardio-vasculaire	187	-0,0 %	63 704	1,1 %	0,0
<i>dont :</i>					
Chirurgie des varices	100	-2,2 %	22 888	-2,7 %	-0,0
Pose ou ablation de cathéter /système diffuseur	65	2,4 %	11 229	4,7 %	0,0
Chirurgie gynécologique et du sein	175	-1,5 %	51 113	-1,0 %	-0,0
<i>dont :</i>					
Chirurgie gynécologique	141	-0,4 %	40 078	-0,1 %	-0,0
Tumorectomie-mastectomie pour cancer	33	-5,8 %	11 035	-4,3 %	-0,0
Chirurgie urologique	118	2,2 %	55 938	2,4 %	0,0
<i>dont :</i>					
Lithotritie, ablation, fragmentation, refoulement pour calcul du rein et des voies urinaires	41	8,7 %	17 096	9,2 %	0,0
Chirurgie de l'adénome de la prostate	26	2,0 %	12 598	1,3 %	0,0
Chirurgie vésicale de l'incontinence urinaire chez la femme	21	-5,1 %	6 531	-5,0 %	-0,0
Chirurgie ORL et thyroïde	107	-3,0 %	24 937	-2,0 %	-0,0
<i>dont :</i>					
Exérèse des amygdales et végétations	92	-3,1 %	17 102	-2,2 %	-0,0
Thyroïdectomie	15	-2,2 %	7 835	-1,7 %	-0,0
Autres actes de chirurgie	827	3,5 %	231 246	4,1 %	0,2
Total CCAM	89 028	4,6 %	6 134 541	4,3 %	

(a) hors suppléments, forfaits techniques, vidéocapsules, forfaits sécurité dermatologie et anesthésies

(b) y compris suppléments, forfaits techniques, vidéocapsules, forfait sécurité dermatologie et anesthésies

Champ : Régime général hors sections locales mutualistes (SLM) et centres de santé

Source : DCIR (CNAMTS)

selon les actes. Sur l'année, les honoraires remboursables des actes de chirurgie, qui représentent 1 088 millions d'euros, ont progressé plus rapidement que l'activité (+3,6 %).

La chirurgie réalisée en établissement, 3,2 millions d'actes (soit 80,3 % de l'ensemble des actes), est présentée dans le tableau 7.

Les interventions endoscopiques de lésion du côlon (245 000 actes annuels), réalisés majoritairement par des gastroentérologues, progressent de 8,0 %. Les actes de chirurgie de la cataracte (325 000 actes annuels), réalisés par des ophtalmologues, évoluent quant à eux de 5 %, tandis que les actes de chirurgie des varices (100 000 actes par an) diminuent de 2,2 % et ceux d'exérèses des amygdales et des végétations (92 000 actes par an) de 3,1 %. Au sein de la chirurgie orthopédique et traumatologique, on note la forte croissance en volume des actes sur l'épaule non osseuse ou traumatique (11,2 %) et sur les articulations métatarsophalangiennes (10,8 %). En chirurgie digestive, l'augmentation de 19,9 % en volume et de 22,7 % en honoraires remboursables des actes liés au traitement de l'obésité morbide est également remarquable.

Parallèlement, pour l'ensemble des régimes, les actes de chirurgie réalisés en secteur

public ont augmenté de 4,9 % en volume (source : PMSI MCO public).

● Évolution des associations d'actes

En 2009, on dénombre 19,7 millions de séquences de soins durant lesquelles plusieurs actes sont exécutés pour un même patient par un même intervenant (associations d'actes), ce qui représente 4,3 % de plus qu'en 2008 (tableau 8), soit un taux de croissance moyen proche de celui de l'ensemble de l'activité technique (+4,6 %). Malgré cette croissance et du fait des mesures de mars 2009, les honoraires remboursables qui en découlent (1 801 millions d'euros) baissent de 0,6 %.

Les actes réalisés en association sont majoritairement des actes de diagnostic. En tête des combinaisons d'actes les plus fréquentes figurent :

- celles d'actes d'ophtalmologie entre eux, correspondant aux différents modes de l'examen anatomique et fonctionnel de l'œil ;
- l'association d'un électrocardiogramme et d'une échographie-doppler du cœur et des vaisseaux ;
- l'association d'une mammographie bilatérale et d'une échographie du sein, indiquée dans l'examen de seins de structure

« dense » notamment chez les femmes jeunes, où la mammographie seule n'est pas assez performante.

Les évolutions sont très contrastées. L'association des examens fonctionnels de la motricité oculaire et de la vision binoculaire augmente de 17,7 % en volume et en honoraires remboursables par effet de substitution à la facturation d'une consultation. A l'inverse, la combinaison mammographie bilatérale et échographie du sein diminue de 6,5 % en volume et de 18,1 % en honoraires remboursables, l'acte de tarif le plus bas (l'échographie) étant désormais facturé à 50 %. On constate néanmoins dans certaines situations :

- que la réalisation de l'échographie est différée ; la proportion de patients ayant revu le même médecin dans les 8 jours pour la réalisation du deuxième acte a en effet plus que doublé entre 2008 et 2009 passant de 3,5 % à 7,5 % ;
- ou que ces deux actes sont réalisés le même jour mais par des médecins différents, ce qui était le cas de 4,1 % de ces actes en 2008 contre 8,7 % en 2009.

Trois spécialités exécutent l'essentiel des associations (tableau 9) : les radiologues (7,3 millions d'associations soit 37 % de l'ensemble), les ophtalmologues (5,3 millions

Tableau 8

Associations d'actes techniques les plus fréquentes en 2009

Associations		Nombre ^(a)	Part	Évolution 2008-2009	Honoraires remboursables ^(b) en milliers d'euros	Évolution 2008-2009	HSD ^(c) par association en euros
Examen fonctionnel de la motricité oculaire	Examen de la vision binoculaire	1 427 938	8 %	17,7 %	55 657	18,1 %	39,0
Échographie-doppler transthoracique du cœur et des vaisseaux intrathoraciques	Électrocardiographie (ECG)	1 128 232	6 %	8,7 %	115 675	8,4 %	102,5
Mammographie bilatérale	Échographie unilatérale ou bilatérale du sein	907 495	5 %	-6,5 %	86 695	-18,1 %	95,5
Examen du fond d'œil par biomicroscopie avec verre de contact	Examen de la vision binoculaire	551 689	3 %	9,3 %	22 630	9,9 %	41,0
Examen du fond d'œil par biomicroscopie avec verre de contact	Fluoroscopie de l'œil	481 022	3 %	-0,6 %	20 226	0,0 %	42,0
Ensemble des associations		19 656 723	100 %	4,3 %	1 801 329	-1,0 %	91,6

(a) hors anesthésies, suppléments et forfaits techniques

(b) y compris anesthésies et suppléments, hors forfaits techniques

(c) honoraire sans dépassement

Source : DCIR (CNAMTS)

Tableau 9

Poids des associations par spécialité en 2009

Spécialité	Nombre de séquences de soins ^(a)	Nombre d'associations	Évolution 2008-2009	Part des séquences avec association d'actes
Ophthalmologie	6 500 696	5 299 569	12 %	82 %
Rhumatologie	1 720 337	653 057	9 %	38 %
Neurologie	464 241	133 539	14 %	29 %
Radiologie	27 614 025	7 281 123	-3 %	26 %
Médecine physique et rééducation	204 525	60 939	5 %	30 %
Chirurgie	2 240 241	549 170	-3 %	25 %
Pneumologie	1 400 901	338 118	1 %	24 %
ORL	2 806 641	722 517	7 %	26 %
Anesthésie	4 098 680	996 879	0 %	24 %
Gastro-entérologie	1 491 436	320 025	1 %	21 %
Cardiologie	6 350 399	1 417 134	9 %	22 %
Dermatologie	1 631 988	305 568	5 %	19 %
Médecine générale et MEP	6 133 070	1 060 943	15 %	17 %
Gynécologie	3 605 564	319 267	12 %	9 %
Autres spécialités	4 911 261	198 875	33 %	4 %
Toutes spécialités	71 174 005	19 656 723	4 %	28 %

(a) actes exécutés dans le même temps, pour le même patient et par le même intervenant, hors suppléments et forfaits techniques

Source : DCIR (CNAMTS)

d'associations soit 27 % de l'ensemble) et les cardiologues (1,4 millions d'associations). Selon la discipline médicale, le recours aux associations d'actes est très variable : c'est le cas de 9 % des actes des gynécologues et de 82 % de ceux des ophtalmologues.

Dans certaines spécialités telles que la cardiologie, la gynécologie ou encore la médecine générale (y compris les MEP⁵), les associations augmentent plus rapidement que l'ensemble de l'activité technique (respectivement +9 %, +12 % et +15 %).

● Évolution de l'activité technique par région

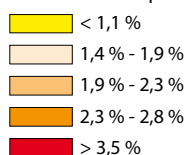
La carte 1 permet de visualiser les taux d'évolution des montants remboursés des actes techniques réalisés en secteur libéral (hors forfaits techniques, vidéocapsules versées aux établissements et forfaits sécurité dermatologie versés à l'établissement) par région.

On constate que c'est dans les régions de l'Ouest de la France (Basse-Normandie, Centre, Limousin, Pays de la Loire) et en Alsace que la croissance des actes

Carte 1

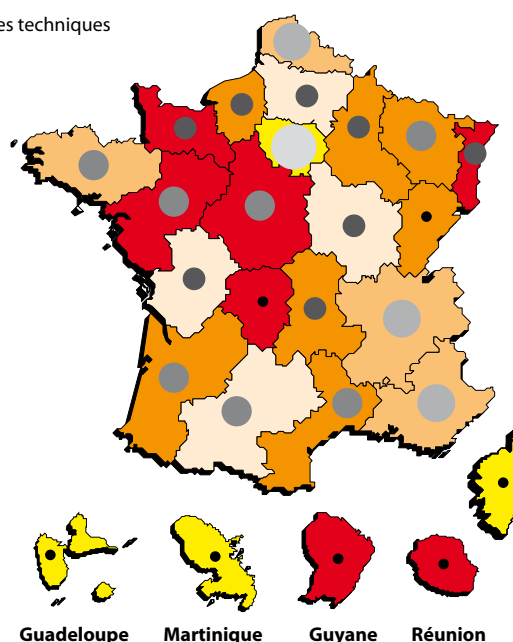
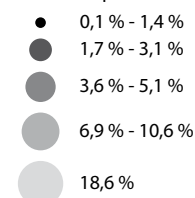
Évolution régionale des dépenses des actes techniques^(a) entre 2008 et 2009

Évolution des dépenses des actes techniques



Évolution nationale : 2,2 %

Part des dépenses nationales



(a) hors forfaits techniques, vidéocapsules versées aux établissements, forfaits sécurité dermatologie versés à l'établissement

Source : DCIR (CNAMTS)

⁵ MEP : médecins généralistes ayant un mode d'exercice particulier : allergologie, acupuncture, angiologie...

techniques est la plus forte. Les dépenses de l'Île-de-France, qui contribuent le plus aux dépenses nationales (18,6 %), évoluent peu (+1,1 %) par rapport à la moyenne nationale (+2,2 %), tandis que dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, les dépenses d'actes techniques évoluent dans les mêmes proportions que la moyenne nationale.

Sur la carte 2 sont représentées les dépenses d'actes techniques, en euros par personne protégée du Régime général hors SLM, standardisées par classe d'âge afin d'objectiver les comparaisons.

Dans certaines régions où l'évolution des actes techniques était en forte augmentation, les dépenses standardisées par assuré sont inférieures à la moyenne nationale. C'est le cas dans la région Limousin, où les actes techniques augmentent de 4 % alors que les dépenses par tête sont faibles (73 euros) par rapport à la moyenne nationale (96 euros). Ceci montre un développement de l'accès aux soins dans ces régions, sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'un transfert du secteur public vers le secteur privé.

A contrario, dans les régions du Sud de la France, les dépenses par assuré sont élevées alors que l'évolution des actes reste dans la moyenne. Par exemple, en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, les actes techniques évoluent de 2 % alors que la dépense par assuré est de 129 euros en moyenne.

La carte 3 indique la densité des médecins libéraux pratiquant des actes techniques par région.

Ces trois cartes, qui ne reflètent que l'offre du secteur libéral, mettent en évidence trois catégories de régions :

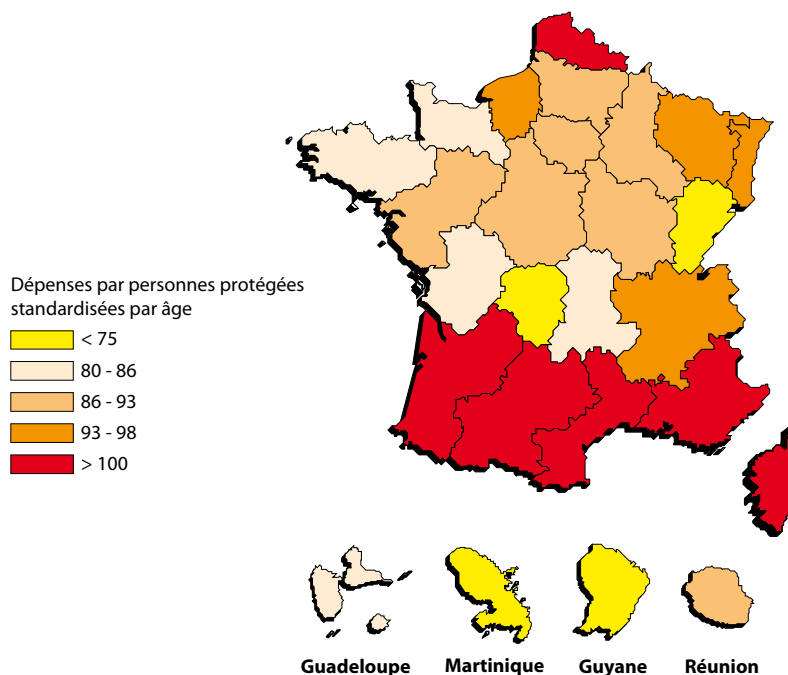
- celles où l'offre de soins faible limite le niveau des dépenses et leur évolution. Par exemple, en Picardie où le nombre de médecins par habitant est faible, les dépenses par personne protégée sont faibles ainsi que l'évolution des actes ;

- celles où une offre de soins forte stimule la demande. Ainsi en région Limousin et Franche-Comté, le nombre de médecins par habitant est légèrement supérieur à la moyenne, les dépenses par personne protégée sont faibles mais l'évolution des actes techniques est plus élevée que l'évolution nationale. Il y a dans ces régions un développement de l'accès aux soins ;

- celles où une offre de soins forte per-

Carte 2

Dépenses régionales des actes techniques^(a) par personne protégée en 2009

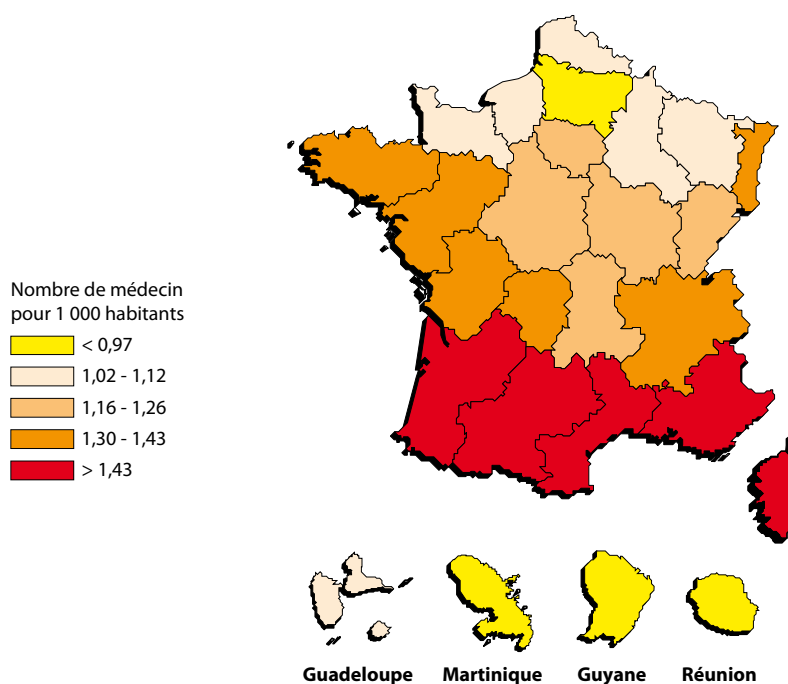


(a) hors forfaits techniques, vidéocapsules versées aux établissements, forfaits sécurité dermatologie versés à l'établissement

Champ : population protégée du Régime Général hors SLM au 1^{er} janvier 2009
Source : DCIR (CNAMTS)

Carte 3

Densité régionale de médecins pratiquant des actes techniques en 2008



Sources : INSEE et SNIR-PS 2008 (CNAMTS)

met de satisfaire les besoins à un niveau élevé comme dans le Sud de la France.

Toutefois, il y a des exceptions : dans le Nord-Pas-de-Calais, les dépenses par assuré sont élevées alors que le nombre de médecins par habitant est faible, et donc les actes évoluent plus faiblement que la moyenne nationale. Le niveau de soins se stabilise.

● Évolution de l'activité technique par spécialité (en honoraires remboursables)

Plus de 60 % des honoraires remboursables facturés en CCAM sont générés par quatre spécialités : les radiologues, les chirurgiens, les cardiologues et les anesthésistes-réanimateurs (tableau 10).

En 2009 comme en 2008, la contribution la plus forte à la croissance des honoraires remboursables issus de l'activité technique provient des actes des ophtalmologues

(0,6 point) ; leurs honoraires techniques ont augmenté de 9,8 %, conséquence de la croissance du volume des actes (+11,9 %). Viennent ensuite les contributions des cardiologues (0,5 point), des anesthésistes-réanimateurs (0,4 point) et des radiologues, chirurgiens, oncologues et radiothérapeutes et omnipraticiens (0,3 point pour chaque spécialité).

La montée en charge des suppléments d'archivage a permis aux honoraires remboursables des radiologues (hors forfaits techniques) d'enregistrer une légère augmentation (+1,0 % en 2008 et +0,9 % en 2009) malgré l'application de la nouvelle règle d'association des actes.

Les honoraires remboursables des rhumatologues, également impactés par la mesure sur la radiologie conventionnelle, progressent moins vite (+1,8 %) que le nombre d'actes (+5,7 %).

La baisse des honoraires remboursables

des gynécologues (-0,4 %) s'explique par la forte baisse du nombre des accouchements et des actes obstétricaux depuis le début de l'année, ceci malgré la progression des échographies.

L'amélioration des techniques en radiothérapie s'accompagne d'un transfert des préparations simples vers des préparations complexes (tri-dimensionnelles) plus onéreuses, ce qui explique l'augmentation de 9,2 % des honoraires remboursables de la spécialité alors que l'activité diminue de 1,9 % en volume.

A noter également, une hausse sensible des honoraires remboursables des pédiatres (+9,0 %), explicable par le développement des actes d'« exploration de l'audition et des potentiels évoqués auditifs » et, dans une moindre mesure, par le recours aux examens fonctionnels et directs de l'œil.

Tableau 10

Actes CCAM par spécialité en 2009 (en secteur libéral)

Spécialité	Nombre d'actes ^(a) en milliers	Évolution 2008-2009	Honoraires remboursables ^(b) en milliers d'euros	Évolution 2008-2009	Contribution à la croissance des honoraires	% Hono. CCAM/ Hono. totaux en 2009	Effectif en secteur libéral
Radiodiagnostic et imagerie médicale	38 340	2,4%	1 848 929	0,9%	0,3	99,9%	5 454
Chirurgie	2 839	2,9%	536 600	3,3%	0,3	71,5%	6 363
Cardiologie	7 917	5,0%	500 223	6,1%	0,5	75,9%	4 454
Anesthésie et réanimation chirurgicale ^(c)	5 210	5,5%	485 455	5,1%	0,4	80,5%	3 439
Ophtalmologie	12 176	11,9%	407 363	9,8%	0,6	59,2%	4 813
Médecine générale et MEP ^(d)	7 545	6,7%	331 966	6,1%	0,3	5,7%	62 814
Gynécologie médicale et obstétricale	4 019	1,4%	275 961	-0,4%	-0,0	48,4%	5 609
Oncologie - Radiothérapie	125	-1,9%	217 536	9,2%	0,3	91,4%	363
Gastro entérologie et hépatologie	1 822	2,5%	202 755	4,0%	0,1	73,6%	2 137
Oto rhino laryngologie	3 576	4,3%	168 565	3,2%	0,1	67,0%	2 290
Médecine nucléaire	476	5,9%	117 857	4,3%	0,1	100,0%	247
Pneumologie	1 823	3,6%	116 186	5,5%	0,1	83,2%	1 156
Rhumatologie	2 649	5,7%	91 402	1,8%	0,0	50,4%	1 865
Dermato et vénéréologie	1 977	1,8%	62 950	3,6%	0,0	24,2%	3 319
Néphrologie	1 461	5,7%	59 740	6,1%	0,1	82,9%	379
Neurologie	682	6,9%	52 359	4,1%	0,0	62,2%	822
Pédiatrie	322	13,8%	15 004	9,0%	0,0	5,7%	2 775
Médecine physique et de réadaptation	319	5,2%	14 349	0,3%	0,0	37,8%	508
Autres spécialités ^(e)	389	0,6%	21 953	3,8%	0,0	2,7%	9 601
Total Honoraires	89 028	4,6%	5 527 153	3,6%	3,3	40,2%	118 408

(a) hors suppléments, forfaits techniques, vidéocapsules, forfaits de sécurité dermatologie et anesthésie

(b) hors suppléments, forfaits techniques, vidéocapsules versées à l'établissement et forfaits de sécurité dermatologie versés à l'établissement

(c) le nombre d'actes comprend les anesthésies

(d) MEP : médecins généralistes exerçant en mode d'exercice particulier (angéiologie, allergologie, acupuncture ...)

(e) Stomatologie, chirurgie maxillo faciale, pédiatrie, médecine interne, endocrinologie, neuro psychiatrie, psychiatrie générale, anatomie et cyto pathologique, oncologie médicale, hématologie

Champ : Régime général hors sections locales mutualistes (SLM) et centres de santé

Source : DCIR (CNAMTS)



Conclusion

Certaines tendances observées en 2008 concernant l'évolution contrastée de l'activité médicale technique facturée en CCAM perdurent en 2009 :

- progression modérée des actes d'imagerie (+2,6 %) soutenue par la croissance dynamique des volumes d'actes de scannographie, d'IRM et de TEP (respectivement +6,9 %, +11,6 % et +19,0 %) liée au développement du parc des équipements ;
- multiplication des actes techniques médicaux (+7,6 %) avec substitution aux consultations ;

- transfert des accouchements et actes obstétricaux vers le secteur public.

Par contre, on constate une reprise des actes de chirurgie (+2,9 %) après plusieurs années de quasi stagnation.

En l'absence de mesures de revalorisation, les honoraires remboursables ont principalement été impactés par les évolutions des volumes des actes et, pour l'imagerie, par la montée en charge des suppléments d'archivage des images numérisées et la modification de la règle d'association de certains actes entre eux (mesures de mars 2009).

Par ailleurs, l'étude de données régionales portant sur l'évolution des actes techniques réalisés en secteur libéral, en montant remboursé et par personne protégée, et sur la densité médicale a permis de distinguer des régions où :

- l'offre de soins faible limite le niveau des dépenses et leur évolution ;
- l'offre de soins forte stimule la demande ;
- l'offre de soins forte permet de satisfaire les besoins à un niveau élevé.

Ces premières observations, limitées au secteur privé, devront être enrichies par l'intégration des données du secteur public pour une analyse complète.



Bibliographie

Un an de codage CCAM en secteur libéral.
Points de repère n° 14, CNAMTS, mars 2008.

Évolution des actes techniques en secteur libéral en 2007.
Points de repère n° 21, CNAMTS, décembre 2008.

Évolution des actes techniques en secteur libéral en 2008.
Points de repère n° 26, CNAMTS, décembre 2009.

Les associations d'actes CCAM en 2008.
Points de repère n° 29, CNAMTS, mars 2010.

La CCAM sur AMELI

Sur ameli.fr (rubrique 'professionnels de santé' / 'Médecin'), le domaine 'Coder vos actes avec la CCAM' permet entre autres de :

- consulter ou télécharger les actes et les tarifs de la CCAM ainsi que les textes réglementaires (règles tarifaires),
- trouver un acte et toutes les caractéristiques qui le concerne,
- sélectionner les actes les plus fréquents de la CCAM par spécialités,
- se familiariser avec les principes du codage,
- approfondir les connaissances sur la méthodologie de la CCAM et sa conception.

Contact: dact.ddgosdos@cnamts.fr