

10-1

BILAN FINANCIER DE LA CCAM

Depuis le 1^{er} janvier 2007, la classification commune des actes médicaux (CCAM) est la nouvelle nomenclature pour la facturation de la plupart des actes techniques médicaux et chirurgicaux¹. Elle s'est substituée à deux classifications : la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et le catalogue des actes médicaux (CdAM)². L'un des objectifs affichés de la CCAM consiste à créer une nomenclature neutre favorisant l'équité des tarifs d'actes entre spécialités. Elle procède ainsi d'une refonte globale de la nomenclature descriptive en recensant, classant et codifiant plus de 7 600 actes différents sur une échelle unique.

Une convergence vers les tarifs-cibles CCAM en plusieurs étapes

La convention médicale, signée le 12 janvier 2005, a consacré la mise en place progressive de la CCAM à compter du 31 mars 2005. L'objectif était d'organiser progressivement la convergence vers des « tarifs-cibles ». Deux étapes de convergence ont d'ores et déjà été réalisées par avenants conventionnels entre les représentants syndicaux des professionnels médicaux et l'UNCAM.

La première phase de convergence de 2005 a été réalisée sur la base d'une enveloppe négociée de 180 M€ de dépenses remboursées en année pleine

La première étape de convergence a été élaborée lors du protocole du 25 février 2005. L'objectif portait sur un rééquilibrage initial des tarifs entre spécialités techniques pour un coût financier de 180 M€ (dépenses remboursées, année pleine) programmé par l'accord du 10 janvier 2003. Elle visait à affecter ce montant aux actes « gagnants » dont le tarif-cible CCAM était supérieur au tarif NGAP, ce qui a conduit à les revaloriser à hauteur du tiers de l'écart entre le tarif NGAP et le tarif-cible (hors radiologie, radiologie et cardiologie interventionnelles, médecine nucléaire et radiothérapie). En contrepartie, des mesures spécifiques ont été introduites pour certaines spécialités parmi les mieux placées dans la hiérarchie des revenus. Des baisses tarifaires ont été appliquées aux radiologues (-2% pour les forfaits techniques de scanner et les IRM afin de tenir compte de la baisse des prix des équipements)³ ainsi qu'aux actes de médecine nucléaire (cf. graphique 1). En revanche, les tarifs des actes « perdants » des autres spécialités ont été maintenus à la valeur du tarif NGAP (cf. encadré 1). Par ailleurs, l'avenant 12, non prévu initialement, a créé et revalorisé certains actes ou majorations concernant des spécialités à dominante clinique qui restaient en dessous des spécialités techniques en termes de revenus⁴.

¹ Les actes techniques réalisés par les sages-femmes, les chirurgiens-dentistes, les auxiliaires médicaux, les actes d'anatomo-cytopathologie, les pratiques thermales, la chimiothérapie anticancéreuse ainsi que les actes techniques communs aux médecins et aux chirurgiens-dentistes ou aux auxiliaires médicaux continuent d'être facturés en NGAP.

² La NGAP définissait les honoraires des praticiens du secteur libéral dans le cadre du paiement à l'acte. Le CdAM était utilisé dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) dans tous les établissements publics et privés.

³ En 2005, le revenu libéral moyen des radiologues exerçant exclusivement en libéral s'élevait à 177 000€ soit 1,6 fois le revenu moyen de l'ensemble des spécialistes (appariement des données DGI-CNAMTS).

⁴ Parmi les spécialités cliniques réalisant moins de 30% d'actes en CCAM, peuvent être citées : la dermatologie, l'oto-rhino-laryngologie, la rhumatologie, la médecine physique et de réadaptation, l'allergologie, l'angiologie et l'endocrinologie.

Encadré 1 – Revalorisation transitoire des tarifs des actes en CCAM lors de la première phase de convergence en 2005

Pour la première étape de convergence, il était appliqué aux tarifs de référence (tarif NGAP) des actes concernés, une revalorisation proportionnelle au différentiel tarifaire de chacun de ces actes, selon le principe défini par la formule ci-dessous :

Tarif CCAM 2005 = tarif de référence NGAP+ (tarif CCAM – tarif de référence NGAP) x taux de revalorisation

avec un taux de revalorisation égal à 33% pour les actes gagnants des spécialités hors radiologie, radiologie et cardiologie interventionnelles, médecine nucléaire et radiothérapie.

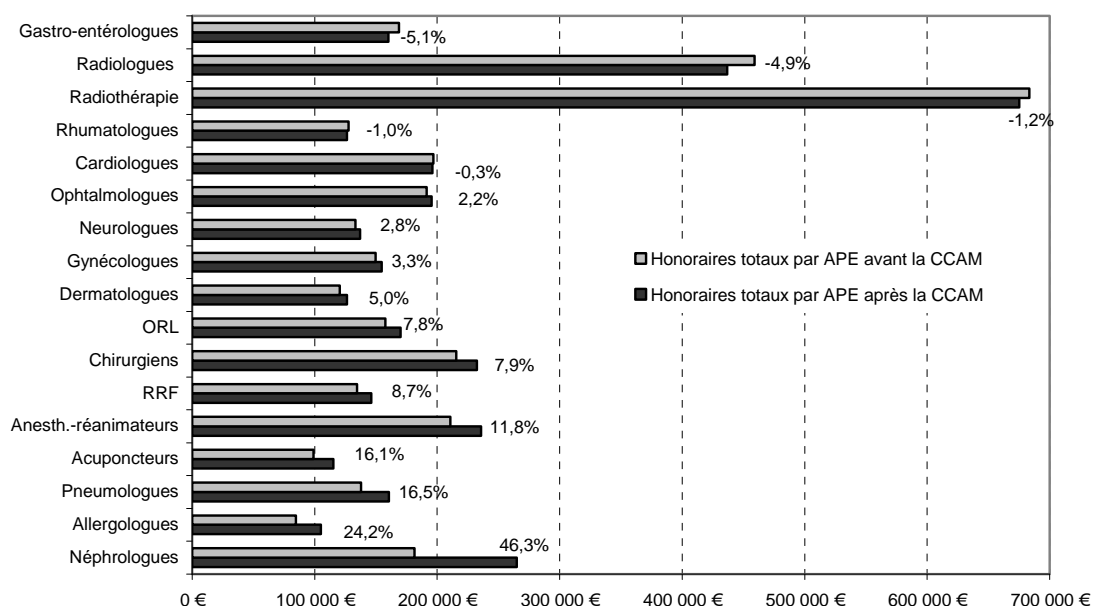
Les actes perdants avec les tarifs cibles ont été maintenus au tarif NGAP, sauf ceux de médecine nucléaire. Ainsi, un acte A dont la valeur cible CCAM est inférieure au tarif NGAP conserve comme tarif CCAM la valeur du tarif initialement coté en NGAP. Par contre, un acte B, dont la valeur cible CCAM était supérieure au tarif de référence NGAP a été revalorisé selon la formule précitée.

Intitulé CCAM	Acte "perdant" A	Acte "gagnant" B
Tarif NGAP	$KCC * 80 + KCC * 50/2 = 219,45 \text{ €}$	$KCC * 120 + KCC * 120/2 = 376,20 \text{ €}$
Valeur cible	158,81 €	569,32
Tarif CCAM 2005	219,45 €	$376,20 + (569,32 - 376,20) * 0,33 = 439,93 \text{ €}$

Exemples choisis : A correspond à l'évidement d'une épiphyse avec un comblement par arthrotomie

B correspond aux osthétomies multiples d'alignement avec abord des deux extrémités de plusieurs os longs homolatéraux par abord direct

Graphique 1 – Impact ex-ante de l'avenant 2 sur les honoraires totaux par APE en 2005 (en euros courants, année pleine) et évolution par rapport à 2004 (en %)



Source : calculs DSS ex-ante d'après données CNAM-SNIR-PS 2004. Champ : Tous régimes, France métropolitaine

Note de lecture : toutes choses égales par ailleurs, pour la spécialité « gagnante » néphrologie, l'application de la CCAM V2 à taux plein aurait conduit à une augmentation de 46,3% des honoraires annuels totaux par actif à part entière (APE) qui seraient passés en moyenne à 265 000€ en 2005.

Les actes d'anesthésie-réanimation ainsi que les échographies obstétricales ont été revalorisés. De même, les néphrologues ont vu leurs honoraires augmenter de +46%, les allergologues de +24%, les acupuncteurs et les pneumologues de +16% (ces trois dernières professions ont des revenus nets inférieurs à la moyenne des spécialistes). Enfin, conformément à l'accord du 24 août 2004, des majorations dites transitoires ont été accordées pour les actes de chirurgie non répétitifs réalisés en équipe sur un plateau technique lourd (+6,5%) ainsi que pour les chirurgiens en secteur 1 avec dépassement permanent ou en secteur 2 ayant choisi l'option de coordination¹ (+11,5%).

Le réajustement tarifaire entre spécialités envisagé dans la deuxième phase de convergence a été accéléré par les mesures du comité d'alerte de 2007

Sur la période 2007-2008, le réajustement des tarifs entre spécialités gagnantes et perdantes initié lors de la première étape de convergence s'est prolongé au cours d'une deuxième phase. En particulier, l'avenant 23 a engendré une revalorisation des actes gagnants hors radiologie, médecine nucléaire, cardiologie et radiologie interventionnelles et radiothérapie de +15% de l'écart entre tarif de référence et tarif cible en septembre 2007 et de +10% en janvier 2008 de certains actes de spécialités telles que la néphrologie, l'ophtalmologie et la gynécologie ainsi que les échographies de la grossesse. A l'inverse, les actes de cardiologie interventionnelle, de médecine nucléaire, les forfaits techniques de radiologie et le tarif de supplément de numérisation ont subi une baisse tarifaire (cf. graphique 2). Par ailleurs, des mesures de redressement des dépenses d'assurance maladie (avenant 24) ont été prises suite au déclenchement de la procédure d'alerte en 2007. Une baisse des forfaits techniques de radiologie et trois vagues successives² de baisse tarifaire des suppléments de numérisation sont intervenues conduisant à un poids des actes de radiologie et des forfaits techniques (scanners, IRM) réduit au sein des actes de la CCAM.

Une dernière phase de convergence devrait permettre de finaliser l'atteinte des tarifs-cibles CCAM.

Le coût financier des deux premières étapes de convergence est estimé à 214 millions d'euros en dépenses remboursées et en année pleine

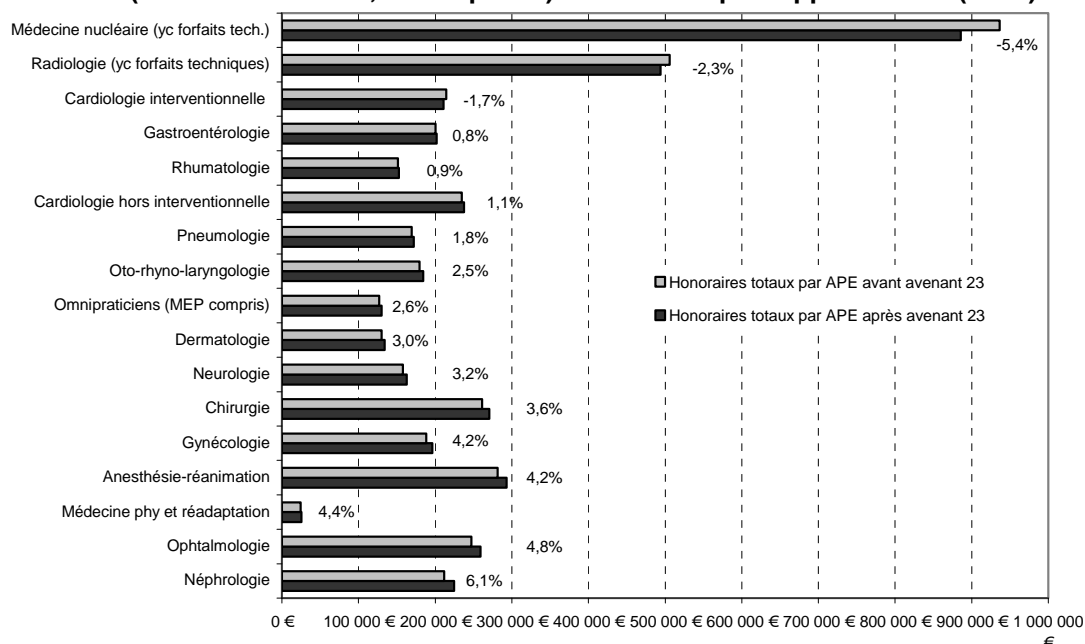
Le coût de la première phase de convergence s'est élevé à 180 M€ (avenant 2) auquel s'ajoutent 26 M€ (avenants 7 et 12) en dépenses remboursées. Les dépenses engagées lors de la deuxième vague de convergence (73 M€ en remboursé) ont été limitées par des mesures prises dans le cadre du comité d'alerte (-65 M€ en remboursé). Au final, depuis l'application progressive des tarifs CCAM, l'impact financier pour l'assurance maladie obligatoire est évalué à 214 M€ en dépenses remboursées et en année pleine (cf. tableau 2).

A l'issue de ces deux premières phases, certaines spécialités ont globalement fait l'objet de baisses tarifaires : médecine nucléaire, radiologie, cardiologie et radiologie interventionnelles. En particulier, les radiologues qui restent les mieux placés dans la hiérarchie des revenus se sont vus appliquer des baisses de tarifs dans le cadre de la mise en œuvre de la CCAM. Celles-ci ont été en partie compensées par la mise en place du supplément pour archivage numérique des images radiologiques. A l'inverse, les spécialités majoritairement gagnantes sont la chirurgie, l'anesthésie, la cardiologie non interventionnelle, la dermatologie, la gastroentérologie, la gynécologie, la médecine physique et de réadaptation, la néphrologie, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, la pneumologie et la rhumatologie.

¹ Ces mesures ont aussi été appliquées aux actes de chirurgie cervico-faciale, de chirurgie mammaire à visée thérapeutique ou réparatrice ainsi qu'aux actes de chirurgie réparatrice par lambeaux communs à plusieurs spécialités.

² La troisième vague est intervenue en 2009 mais avait été programmée en 2007.

Graphique 2 – Impact ex-ante de l'avenant 23 sur les honoraires totaux par APE en 2008 (en euros courants, année pleine) et évolution par rapport à 2007 (en %)



Source : Données CNAM – SNIIRAM et Calcul DSS d'après SNIR-PS 2007. Champ : Tous régimes, France métropolitaine

Note de lecture : toutes choses égales par ailleurs, pour la spécialité « gagnante » anesthésie-réanimation, l'application de la CCAM V6 en année à taux plein aurait conduit à une augmentation de 4,2% des honoraires totaux par actif à part entière (APE) qui seraient passés à 294 400€ en 2008. A l'inverse, la médecine nucléaire aurait enregistré une diminution de ses honoraires annuels moyens de -5,4% sur la période pour s'établir à 885 800€.

Tableau 2 – Bilan des deux premières phases de convergence de la CCAM

	Date de publication au JO	Impact AMO en année pleine et en remboursé	Types de mesures
1ère phase de convergence		+180M€	
Avenant 2	JO du 30 mars 2005	180M€ dont 54M€	valorisation des actes techniques à hauteur du tiers de la valeur de leur tarif cible CCAM revalorisation spécifique des actes d'anesthésie et d'échographie obstétricale baisse de tarif des forfaits techniques (scanner, IRM) et de médecine nucléaire protocole d'accord chirurgiens (majoration provisoire J et K prenant la forme de modificateurs avec l'entrée en vigueur de la CCAM)
Mesures tarifaires en sus de la 1ère phase		+26M€	
Avenant 7	JO du 26 août 2005	4M€	modifications de certains tarifs des actes de la CCAM précisés dans l'avenant 2 et qui sont appliqués au 1er septembre 2005
Avenant 12	JO du 23 mars 2006	22M€	revalorisation de certains actes CCAM
2e phase de convergence		+73M€	
Avenant 23	JO du 2 mai 2007	135M€ -62M€	revalorisation de +15% en septembre 2007 et de +10% en janvier 2008 de l'écart entre tarif cible et tarif de référence de certaines spécialités (échographie...) baisse de tarif de certains actes supplément de numérisation, actes de cardiologie interventionnelle et de médecine nucléaire
Baisses tarifaires liées au comité d'alerte de 2007		-65M€	
Avenant 24	JO du 10 septembre 2007	-65M€	baisse de forfaits techniques et suppléments numérisation
TOTAL impact CCAM à juin 2008		+214M€	

Source : DSS d'après données CNAM