

Dossier tarifaire 2015

**Principes proposés
pour le projet tarifaire 2016**

03UMESPE_projet_tarifaire_principes.doc - 24/10/2015

Version 2

Auteur : Georges de Korvin

PLAN

11	I. OBJECTIFS	2
12	II. L'ÉQUATION FINANCIÈRE	3
13	A. LE SCHÉMA GÉNÉRAL.....	3
14	1. <i>La liste des spécialités (annexe 1)</i>	3
15	2. <i>Les niveaux de rémunération</i>	3
16	3. <i>Les taux d'application</i>	4
17	4. <i>Le nombre d'actes de référence</i>	5
18	5. <i>Les honoraires de référence</i>	5
19	6. <i>Comparaisons entre budget projeté et honoraires SNIIRAM 2014</i>	5
20	III. LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE.....	6
21	A. INTRODUCTION AUX PROGRAMMES DE SOINS.....	6
22	B. LE PROGRAMME STANDARD.....	7
23	C. LES PROGRAMMES JUSTIFIANT PLUSIEURS CONSULTATIONS DE NIVEAU 2	7
24	D. LES PROGRAMMES JUSTIFIANT UNE CONSULTATION DE NIVEAU 3.....	8
25	1. <i>Prise en charge des déficiences multifactorielles</i>	8
26	2. <i>Maladie grave ou évolutive</i>	9
27	E. PRISES EN CHARGE GLOBALES DE DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT.....	9
28	1. <i>Objectif</i>	9
29	F. SPÉCIFICITÉS EN PÉDIATRIE	10
30	G. SPÉCIFICITÉS EN NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE.....	10
31	IV. CONCLUSION	11
32	V. LISTE DES SPÉCIALITÉS AYANT UNE ACTIVITÉ CLINIQUE >5%.....	12
33		

I. Objectifs

Notre propos se limite à la **valorisation de l'activité clinique pour les spécialités monodisciplinaires**. Il appartiendra aux Spécialistes en Médecine Générale d'établir des propositions spécifiques eu égard à leur nombre et aux réalités de leur exercice.

Le projet tarifaire de la CSMF devra répondre un certain nombre d'exigences difficiles à accorder :

- permettre une valorisation perçue comme significative par les différentes catégories de médecins,
- permettre un rattrapage des spécialités qui, jusqu'ici étaient à la traîne en termes de rémunération,
- rester dans les limites de l'enveloppe budgétaire disponible,
- adopter un schéma simple, lisible et facile à appliquer et contrôler,
- revaloriser le Secteur 1 et encourager l'adhésion des Secteur 2 au CAS.

Pendant de nombreuses années, le blocage des honoraires a poussé à multiplier des actes de plus en plus courts ou à orienter l'activité vers le secteur technique. Actuellement, les limites sont atteintes.

Il faut donc encourager une restructuration de l'activité clinique qui :

- encouragera à voir plus de nouveaux patients et limiter les revoyures,
- valorisera les prises en charge "tout en un temps" plutôt que les consultations segmentées,
- mais aura plus de souplesse que le système C2 + Cs de synthèse actuel, en définissant des programmes de soins spécialisés où plusieurs temps clés seront définis et valorisés
- tout en conservant au médecin généraliste son rôle de pivot du système de santé et, sauf cas particuliers, son rôle d'initiateur du recours au spécialiste.

La construction du projet tarifaire comporte deux niveaux de réflexion :

- la construction d'une **équation budgétaire** qui réponde aux différentes exigences définies ci-dessus,
- une stratégie de **maîtrise médicalisée** en relation avec la pertinence des soins. Ceci passe par une réflexion autour des programmes de soins.

II. L'équation financière

A. LE SCHÉMA GÉNÉRAL

L'équation financière peut se bâtir selon le schéma suivant :

Liste des spécialités	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Nbre d'actes de référence	Honoraires recalculés	Honoraires de référence	Différence	% majoration budgétaire
Spé 1	tarif x taux d'application	tarif x taux d'application	tarif x taux d'application	Actes1_2014	(N1+N2+N3)Actes	H1_2014	Hréf-Hrecalc	Diff/H1_2014
Spé 2	tarif x taux d'application	tarif x taux d'application	tarif x taux d'application	Actes2_2014				
Spé 3	tarif x taux d'application	tarif x taux d'application	tarif x taux d'application	...				
Spé 4	tarif x taux d'application	tarif x taux d'application	tarif x taux d'application					
Spé 5	tarif x taux d'application	tarif x taux d'application	tarif x taux d'application					
Spé 6	tarif x taux d'application	tarif x taux d'application	tarif x taux d'application					
				TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	MOYENNE

Nous avons mis en rouge les points-clés de ce schéma :

1. La liste des spécialités (annexe 1)

Dans un précédent travail (projet tarifaire du 11/10/2015), nous avons classé les spécialités selon le rapport entre nombre de consultations et nombre total de codages consultation + Ccam. Les spécialités ayant un taux de codage inférieur à 5% ont été sorties de la liste.

En résumé, on a 5 groupes (liste complète en annexe):

- Médecine générale et MEP. Les données sur les MEP sont marginales.
- Spécialités cliniques (plus de 85% de consultations)
- Spécialités médico-techniques
- Spécialités médico-chirurgicales
- Spécialités chirurgicales

2. Les niveaux de rémunération

On a parlé d'une **Ccam à 3 niveaux**, peut-être quatre. Les niveaux cibles de rémunération doivent être clairement identifiables et bien étagés pour montrer une vraie volonté de revalorisation de l'activité médicale. Cela doit trancher avec la politique des micro-majorations de 2 à 5 euros.

Ces niveaux tarifaires peuvent néanmoins être atteints de différentes manières :

- par une nouvelle valeur affectée aux lettres-clés de consultation (C, CS, CNP, CSC, CDE...)
- par un coefficient multiplicateur (comme les C2 ou C2,5)
- par des majorations associées (MCS, MPC, MCJ, etc.)

La pertinence de conserver des liens multiplicateurs entre les trois niveaux est discutable : certes, il est séduisant de paraître négocier 2 € d'augmentation sur la CS et de gagner au final 4 € sur une C2, 6 € sur une C3... Mais cela n'échappe certainement pas à l'Assurance

maladie et peut freiner aussi bien l'augmentation tarifaire de la C de base que des augmentations plus ciblées sur les niveaux supérieurs. Une décorrélation des différents niveaux de tarifaires est à discuter.

Les majorations ont surtout l'intérêt de permettre une valorisation ciblée sur le Secteur1 (et CAS) et sur les parcours de soins. Mais le dispositif doit être simplifié.

Les niveaux de rémunération devront aussi prendre en compte les majorations plus avantageuses déjà en vigueur pour certaines spécialités qu'il est hors de question de pénaliser.

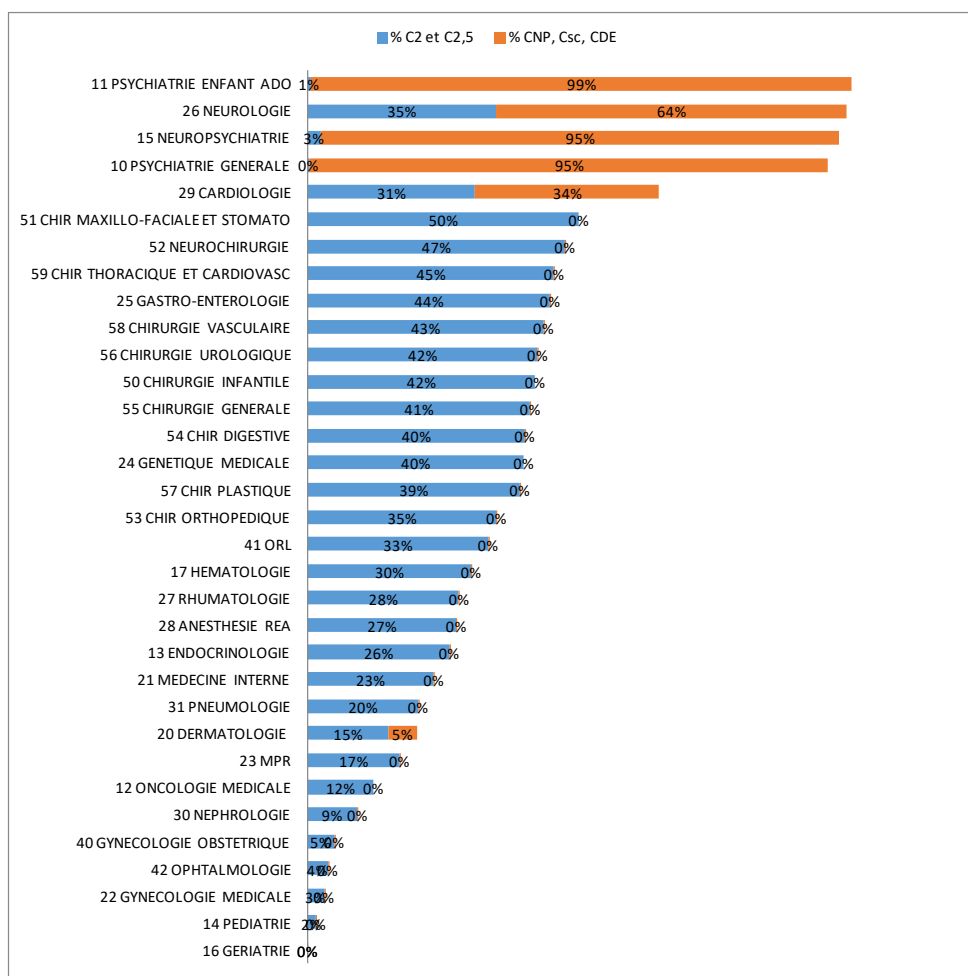
3. Les taux d'application

En première approche, nous avons proposé 50% de N1, 40% de N2 et 10% de N3 pour les spécialités monodisciplinaires.

Comment est-on arrivé à proposer ces chiffres ? Selon les données SNIIRAM, le taux maximal de codage du C2 dans les spécialités monodisciplinaires est de 50 %, observé en chirurgie maxillo-faciale. Parmi les spécialités médicales, le taux le plus élevé est observé chez les gastro-entérologues, soit 44%.

Suite à une étude menée en 2002, l'Assurance maladie a affiché un taux de 10% pour l'application d'une future Consultation Longue et Complexe (Niveau 3 ou CLC).

Répartition des codes de consultation



19
20
21
22

Ces taux d'applications devront être modulés en fonction des types d'exercices :

- CNP des psychiatres et neurologues : jusqu'à 99% de consultations majorées
- CSC des cardiologues : 34% des consultations, s'ajoutant à 31% de C2, soit 65% de consultations à tarif majoré.
- D'autre part, certaines spécialités ont des consultations très formatées de durée courte, alors que d'autres sont davantage confrontées à des situations complexes et chronophages. Seule la définition de programmes de soins permettra de résoudre cette question sans a priori caricatural.

4. Le nombre d'actes de référence

Les bases de données SNIIRAM donnent le nombre des codages pour les différentes **lettres-clés de consultation : C, CS, C2, C2,5, CNP, CSC, CDE.**

Le nombre total de consultations par an est calculé par la somme des codages de ces lettres clés. Il n'est pas affecté par les divergences observées au sein de la base SNIIRAM, ce qui en fait une **référence "solide"** pour nos estimations et projections.

Les C et CS se retrouvent chez les médecins généralistes comme chez les médecins spécialistes. Comme ils ont la même valeur, ces deux codes peuvent être regroupés.

5. Les honoraires de référence

Nous avons découvert des **anomalies de ventilation des honoraires** sous les différents codes Ngap :

- **En Secteur 1** : on trouve sous les codes de consultation des valeurs dont la distribution indique un défaut de ventilation des majorations et des actes associés. Ceci semble aussi affecter le dénombrement des majorations. Néanmoins, la somme totale des honoraires n'est pas impactée par le défaut de ventilation des honoraires. Elle ne peut l'être que par l'inclusion éventuelle des actes Ccam, ce qui n'est possible que dans quelques spécialités : dermatologie, gynécologie, rhumatologie, MPR. La marge d'erreur devrait être faible.
- **En Secteur 2** : si des compléments d'honoraires sont intégrés aux honoraires de consultation, les données deviennent difficiles à interpréter.

Pour les spécialistes, 55% des consultations sont codées en Secteur 1. Compte tenu des anomalies de ventilation observées en Secteur 2, **les projections seront effectuées sur la base des nombres de codages en Secteur 1** et comparées aux honoraires enregistrés en Secteur 1.

	Honoraires csst + maj	Nombre consultations	Praticiens codeurs consult
Spécialistes			
Secteur 0	0,3%	0,2%	0,2%
Secteur 1	45,9%	55,2%	50,9%
Secteur 2	53,8%	44,6%	48,8%

6. Comparaisons entre budget projeté et honoraires SNIIRAM 2014

La différence entre les honoraires estimés selon le nouveau modèle et les honoraires Ngap (consultations et majorations) enregistrés dans la base SNIIRAM reflète le **budget nécessaire à la réalisation du projet.**

Le ratio entre honoraires calculés et honoraires enregistrés indique la **plus-value moyenne** qui sera enregistrée dans chaque spécialité en Secteur 1. Ceci sera transposable pour les Secteur 2 CAS.

L'extension de ces données au Secteur 2 sera possible, en fonction de ce qui sera décidé dans la négociation.

III. La maîtrise médicalisée

A. INTRODUCTION AUX PROGRAMMES DE SOINS

La maîtrise comptable se contente d'appliquer des taux arbitraires pour maintenir l'équation nombre d'actes x tarif = budget incompressible. Celle-ci entraîne le médecin à faire de plus en plus d'actes tout en sachant qu'ils seront de plus en plus mal rémunérés. La pertinence des soins n'a pas de place dans cette approche. Le système s'enfoncé dans une spirale infernale qui aboutit à la frustration de tous les acteurs : médecins, patients, économistes.

La maîtrise médicalisée n'échappe pas à la contrainte d'une enveloppe budgétaire fermée, mais elle fait le pari qu'en valorisant des soins pertinents, en tenant compte des efforts du médecin pour répondre de la manière la plus efficace possible aux besoins du patient, il est possible de répondre à plusieurs exigences :

- Soigner plus efficacement en limitant les dépenses non utiles,
- Soigner plus de patients différents, donc améliorer les délais d'accès aux soins,
- Améliorer les conditions d'exercice des médecins en leur laissant le temps de bien soigner, plutôt que de multiplier les actes pour maintenir leur niveau de revenu.

Le concept de "programme de soins" est le meilleur moyen de concrétiser cette approche. Il repose sur les éléments suivants :

- des fondements épidémiologies et scientifiques.
- une population cible : elle peut être très large ou très spécifique.
- des objectifs : par exemple, stabiliser un diabète
- un contenu : pose d'un diagnostic, évaluation multifactorielle, définition d'une stratégie thérapeutique, écoute et éducation du patient et de son entourage... Ce contenu doit être *structuré dans le temps* : séquence de prise en charge.
- des moyens : 1) humains : compétence médicale, secrétaire, assistant infirmier ou autre. Temps de consultation nécessaire ; 2) matériels : locaux, équipement informatique, outils de diagnostic, d'évaluation ou de traitement intégrés à la consultation. L'articulation avec les actes Ccam mérite d'être débattue.
- des indicateurs de suivi : nombre de nouveaux cas, nombre de consultations par programme, résultats observés.

Il n'est pas nécessaire de construire une infinité de programmes de soins. Il est plus raisonnable d'envisager un **profil standard** répondant à la pratique courante, déjà prise en considération dans le système actuelle, puis de réfléchir à des **programmes spécifiques**, répondant aux réalités des différentes spécialités.

B. LE PROGRAMME STANDARD

La population cible : tous les patients présentant un problème identifiable lors d'un premier examen, éventuellement assorti d'un bilan complémentaire, et dont la prise en charge est univoque et bien codifiée.

L'objectif : établir le diagnostic, définir le traitement, qui pourra être un geste technique effectué par le spécialiste ou un protocole mis en œuvre par le médecin traitant.

Contenu :

- 1ère consultation approfondie avec rédaction d'une lettre au médecin traitant.
- Consultation de synthèse si un complément de bilan **ou un test thérapeutique** a été mis en œuvre.
- Contrôle à distance (4 mois), en concertation avec le médecin traitant.

Moyens :

- Humains : compétence spécialisée ; une secrétaire médicale est souhaitable.
- Matériels : locaux accessibles, outil informatique

Indicateurs :

- Nombre et proportion de nouveaux patients par an
- Nombre de consultations par patient par an.

Commentaires : ce programme répond bien à l'esprit du dispositif actuel :

- C2 suivi d'une CS de synthèse, le tout pouvant se répéter au bout de 4 mois ;
- ou bien C2 suivi d'une intervention chirurgicale, contrôle à 4 mois côté C2.

Il faut toutefois adapter les règles qui limitent l'application du dispositif ou donnent lieu à des litiges :

- Outre la CS de synthèse, le patient doit pouvoir être revu avant 4 mois, soit en urgence à la demande du patient, soit en urgence différée à la demande du médecin traitant, en cas d'évolution défavorable ou de complication intercurrente.
- Le C2 doit pouvoir être coté dans le cadre de consultations de contrôle inscrites dans le protocole de soins ALD.
- Des actes à visée thérapeutique, autres que chirurgicaux, doivent pouvoir être réalisés après une consultation cotée C2. Actuellement, seuls les actes à visée diagnostique sont autorisés.

C. LES PROGRAMMES JUSTIFIANT PLUSIEURS CONSULTATIONS DE NIVEAU 2

Ces programmes s'adressent à des patients dont l'évolution ne se résume pas à un schéma linéaire : diagnostic, traitement, guérison. **L'évolution peut suivre des chemins différents selon l'intervention de plusieurs facteurs somatiques et bio-psycho-sociaux.**

Les lombalgies subaiguës sont un bon exemple.

Population cible : les patients lombalgiques, avec ou sans sciatgie, rebelles au traitement de première intention mis en route par le médecin généraliste. Généralement adressés au bout de 3 à 4 semaines d'évolution.

Objectif : traiter la douleur et permettre le retour dans l'emploi initial. Le temps joue un rôle important. Après trois mois d'évolution, on parle de lombalgie chronique et le pronostic de retour à l'emploi est altéré.

Contenu :

- 1 • diagnostic lésionnel et dépistage des "red flags" indiquant un risque de passage à
- 2 la chronicité.
- 3 • traitement médical renforcé : corset, infiltrations, traitement médicamenteux
- 4 • réentraînement à l'effort, conseils ergonomiques, conseils pour la reprise du travail
- 5 en relation avec le médecin conseil et le médecin du travail.

6 **Séquençage** : tout ne peut pas se traiter en une seule consultation, même prolongée. Il faut,
7 en général :

- 8 • une première consultation de prise en charge : diagnostic initial et mise en route d'un
- 9 traitement coordonné,
- 10 • une consultation de réévaluation approfondie à 1 mois,
- 11 • si nécessaire, 1 à 3 consultations de suivi, en général plus rapides.

12 **Moyens** :

- 13 • Compétences : spécialiste MPR ou rhumatologue ; une secrétaire. Collaboration
- 14 avec radiologues, chirurgiens, appareilleurs, kinésithérapeutes, médecin traitant,
- 15 médecin conseil, médecin du travail, services sociaux.
- 16 • Matériels : salle de consultation, équipement informatique. Eventuellement, salle
- 17 pour tests physiques, pour infiltrations, pour adaptation d'appareillages (corset)...

18 **Indicateurs de suivi** :

- 19 • Nombre de nouveaux patients, nombre de consultations par patient
- 20 • Nombre de journées d'arrêt de travail et taux de retour dans l'entreprise
- 21 • Consommation médicamenteuse.

22 **Commentaire** : deux consultations de niveau 2 sont nécessaires à intervalle rapproché. Il
23 serait préjudiciable au patient d'attendre les 4 mois de délai prévus par la législation actuelle.
24 Par contre, une consultation approfondie après 4 mois de prise en charge est rarement
25 nécessaire, ce qui fait qu'au total, un tel programme ne coûtera pas forcément plus cher que
26 le schéma imposé par la réglementation en vigueur.

27 Ce type de programme peut s'appliquer à d'autres situations pathologiques instables
28 nécessitant un suivi spécialisé rapproché au début de la prise en charge.

29 D. LES PROGRAMMES JUSTIFIANT UNE CONSULTATION DE NIVEAU 3

30 Deux types de programmes peuvent être envisagés :

- 31 • Prise en charge des déficiences multifactorielles
- 32 • Prise en charge d'une pathologie grave ou évolutive, nécessitant trois temps
- 33 importants : diagnostic, annonce, suivi de la prise en charge thérapeutique

34 1. *Prise en charge des déficiences multifactorielles*

35 **Population cible** : déficiences multifactorielles : post-AVC, troubles de l'équilibre
36 multifactoriels, diabète résistant à une insulinothérapie de 1ère intention, etc.

37 **Objectifs** : analyse approfondie des différents facteurs et mise en route d'une stratégie de
38 prise en charge à plusieurs composants, impliquant le patient et son entourage

39 **Contenu** :

- 40 • une consultation longue initiale permettant une écoute attentive du patient et de
- 41 l'entourage, une analyse clinique approfondie, une synthèse des données
- 42 complémentaires disponibles, l'établissement d'une stratégie en concertation avec
- 43 le patient.

- une ou plusieurs consultations spécifiques d'évaluation des problèmes identifiés avec pratique de tests cliniques ou paracliniques,
- une consultation de synthèse de niveau 2, une fois que le tour de la question a été fait et les premières mesures engagées. Cette consultation peut prendre place à 1, 2 ou 3 mois de distance.

2. **Maladie grave ou évolutive**

Population cible : ou pathologie grave et évolutive, affectant le pronostic vital ou fonctionnel : cancer, maladies inflammatoires ou dégénératives progressives.

Objectifs :

- Diagnostic de la maladie
- Annonce de la maladie au patient et; si nécessaire à son entourage. Consolidation de la relation de confiance médecin-malade permettant de répondre aux questions et angoisses immédiates et à venir, tout en permettant une adhésion à des traitements qui pourront être pénibles.
- Coordination d'une prise en charge pluridisciplinaire.

Contenu et séquence :

- Consultation initiale orientée vers le diagnostic, de niveau 2
- Consultation longue et complexe de synthèse et d'annonce. Mise en route de la démarche thérapeutique
- Consultations de suivi : évaluation des résultats thérapeutiques, dépistage et traitement des complications : en général plus courtes, sauf si complication grave constituant un fait nouveau.

E. PRISES EN CHARGE GLOBALES DE DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

1. Objectif

Certaines prises en charge nécessitent à la fois un bilan clinique détaillé et des gestes techniques associés de diagnostic et/ou de traitement. La réglementation actuelle pénalise ceux qui assurent la prise en charge

- en un temps, en réalisant les gestes techniques dans le temps de la consultation,
- ou le même jour, en s'articulant bien avec un service d'imagerie, par exemple.

La réglementation actuelle incite les médecins à segmenter la prise en charge, ce qui ralentit celle-ci et conduit à multiplier les déplacements

Néanmoins, des exceptions existent déjà :

CARDIOLOGUE	
Avis Consultant avec ECG	C2 + DEQP003
Consultation avec ECG	Cs+MPC+MCS+DEQP003
Consultation avec ECG sur patient hospitalisé	Cs*0,8+MPC+MCS+DEQP003
Consultation coordonnée de sortie hosp I cardiaque dans les 60 jours MIC	CS + DEQP003 + MIC (23€)
GYNECOLOGUE	
Consultation avec prélvt cervico vaginal	Cs + MPC + MCS +JKHD001/2
Avis Consultant avec prélvt cervico vaginal	C2+ JKHD001/2
Consultation suivi grossesse avec échographie T1 également JQQM015	Cs+MPC+MCS+JQQM010

Consultation suivi grossesse avec échographie T2 également JQQM019	Cs+MPC+MCS+JQQM018
Consultation suivi grossesse avec échographie T3 également JQQM017	Cs+MPC+MCS+JQQM016
DERMATOLOGUE	
Consultation avec biopsie QZHA001 ou QZHA005 /2	Cs+MPC+MCS+QZHA001/2
Avis Consultant avec biopsie	C2 + QZHA001/2
PNEUMOLOGUE	
Consultation avec radio thorax (Y = 15,8%)	Cs+MPC+MCS+ZBQK002 Y
Consultation avec radio thorax enfant < 5 ans (+ E 49%)	Cs+MPJ+ZBQK002 Y E
Avis Consultant avec radio thorax	C2+ZBQK002 Y
Avis Consultant avec radio thorax enfant < à 5ans	C2+ZBQK002 Y E
RHUMATOLOGUE et READAPTATEURS	
Consultation avec osteodensitometrie	Cs+MPC+MCS+PAQK007
Avis Consultant avec osteodensitometrie	C2+PAQK007
Med. Physique et readaptation	
Consultation sur certains actes (MTA 20€)	Cs+MPC+MCS+MTA

1

2

Pour améliorer l'efficacité des soins tout en assurant une juste rémunération du médecin, il est souhaitable de codifier un programme de soins encourageant la prise en charge "tout en un temps" des problèmes le justifiant.

3

4

5

Par exemple, en MPR et rhumatologie :

6

- traumatisme ostéoarticulaire ou musculo-tendineux ne nécessitant pas de chirurgie
- douleur ostéoarticulaire ou tendineuse aiguë

7

8

9

La rémunération doit reconnaître la dimension clinique et la dimension technique de l'acte, soit par des associations autorisées, soit par différents niveaux de rémunération. Cette question assez complexe fera l'objet d'un rapport séparé.

10

11

12

13 F. SPÉCIFICITÉS EN PÉDIATRIE

14

A discuter avec les pédiatres.

15 G. SPÉCIFICITÉS EN NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE

16

A discuter avec les neurologues et psychiatres.

17

IV. Conclusion

Le projet tarifaire repose sur la résolution d'une **équation tarifaire** permettant de **valoriser les efforts accomplis pour améliorer la pertinence et l'efficacité des soins dans un espace budgétaire contraint**.

Il faut reconnaître que le dispositif actuel n'encourage pas ces efforts. Au contraire, il encourage à augmenter l'activité pour compenser les blocages tarifaires.

Le concept de programme de soins doit permettre de négocier autour de projets clairement posés, sur des principes validés par la profession et assez faciles à estimer sur le plan financier. Nous avons proposé quelques *maquettes de programmes* que chaque spécialité pourra décliner à sa façon :

- **Le programme standard**, correspondant au schéma existant du C2 suivi d'une CS ou d'un acte technique.
- **Le programme de suivi spécialisé** faisant appel à 2 consultations de niveau 2,
- **Les programmes intégrant une Consultation Longue et Complexe**, soit au début de la prise en charge (diagnostic et évaluation); soit une fois le diagnostic posé (consultation d'annonce).
- **Les programmes "tout en un"**, visant à intégrer le bilan clinique, un ou plusieurs gestes techniques à visée diagnostique et un geste thérapeutique.

L'équation tarifaire doit aboutir à plusieurs niveaux de rémunération bien différenciés. Pour y parvenir, il est possible de simplement déterminer trois types de consultation en faisant table rase du dispositif existant, ou bien de jouer sur le système actuel de consultations de base assorties de majorations. Dans le rapport suivant, nous étudierons les budgets qui peuvent résulter de différents scénarios.

V. Liste des spécialités ayant une activité clinique >5%

N° spé	Type de spé	Nom de spé	Taux Consult 2013	Libéral	Mixte	Salarié
01	Médecine générale	Médecine générale	92%	51 677	6 427	31 610
02	MEP	Spé MG avec diplôme et Spé MG reconnu par l'Ordre				
10	Spécialité clinique (Cstl/tous codages > 85%)	Psychiatrie générale	99%	3 511	1 494	7 555
11		Psychiatre enfant ado	99%	195	82	414
12		Oncologie médicale	95%	141	44	677
13		Endocrinologie	95%	489	296	958
14		Pédiatrie	94%	1 710	823	4 539
15		Neuro-psychiatre	91%	25	5	24
16		Gériatre	88%	32	37	1 511
17		Hématologue (et onco-hématologue)	86%	27	24	511
		<i>Total spé cliniques</i>		<i>6 130</i>	<i>2 805</i>	<i>16 189</i>
20	Spécialité médico-technique	Dermatologie	75%	2 238	720	588
21		Médecine interne	74%	158	132	1 922
22		Gynécologie médicale	70%	843	261	183
23		MPR	62%	267	125	1 479
24		Génétique médicale	62%	6	3	222
25		Gastro-entérologie	55%	1 259	715	1 426
26		Neurologie	49%	449	352	1 497
27		Rhumatologie	45%	1 090	505	723
28		Anesthésie réanimation	37%	3 114	445	6 540
29		Cardiologie	36%	2 662	1 576	1 881
30		Néphrologie	28%	249	158	1 115
31		Pneumologie	26%	690	445	1 621
		<i>Total spé médico-techniques</i>		<i>13 025</i>	<i>5 437</i>	<i>19 197</i>
40	Spécialités médico-chirurgicales	Gynéco-obstétrique	60%	2 246	1 335	2 000
41		ORL	40%	1 240	813	643
42		Ophtalmo	34%	3 358	1 151	663
		<i>Total spé médico-chirurgicales</i>		<i>6 844</i>	<i>3 299</i>	<i>3 306</i>
50	Spécialités chirurgicales	Chirurgie infantile	81%	36	70	182
51		Chirurgie maxillo-faciale et stomato	77%	150	96	58
52		Neurochirurgie	74%	109	78	320
53		Chirurgie orthopédique	72%	1 547	673	781
54		Chirurgie viscérale	65%	334	179	426
55		Chirurgie générale	63%	819	488	1 950
56		Chirurgie urologique	62%	577	275	266
57		Chirurgie plastique	58%	513	195	105
58		Chirurgie vasculaire	52%	224	124	137
59		Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	44%	110	111	201
		<i>Total spécialités chirurgicales</i>		<i>4 419</i>	<i>2 289</i>	<i>4 426</i>

2

3