

CE QUE JE CROIS, mais, que nous réserve 2004 pour la Chirurgie française ?

**par Alain RICCI Chirurgien Orthopédiste (Tarbes)
UCCSF-Alliance**

Placé par l'UCCSF-Alliance en première ligne et au front des novations en Chirurgie,
- comme : Expert inter - syndical dans le processus Tarification par Pathologie,
- comme : membre du Comité de Pilotage de la CCAM,
- comme : négociateur conventionnel et concepteur des CPP de Chirurgie et d'Anesthésie 2003,
je pense nécessaire aujourd'hui de sortir d'une certaine réserve naturelle afin d'éclairer mes collègues dans ce maelström de réformes et de modifications à venir pour nos exercices et de leur donner au moins un **lexique utile** pour les temps qui viennent.

Les sigles et les concepts nouveaux prolifèrent et prennent de plus en plus d'importance dans notre avenir proche. Intéressés que nous sommes à notre strict exercice quotidien, souvent nous occultons le principal problème de ces dernières et prochaines années : l'argent nécessaire à une bonne médecine ! Or, c'est autour de lui que s'articulent les sigles : ONDAM, OQN, PMSI, GHM, GHS, Point ISA, TAP, T2A, CCAM & GCS. Ils fleurissent actuellement et ont tous une connotation financière. Tous se rapprochent de nous, impactent notre devenir et l'attraction future pour notre magnifique métier pour les générations appelées à nous succéder... éventuellement !

Avant :

C'était après guerre, quand un médecin formé par ses maîtres à la Chirurgie (et à la déontologie médicale...) louait une grande maison, approchait une communauté religieuse, lui offrait le gîte et le couvert et aménageait quelques lits et une pièce appelée bloc opératoire, pour un budget modique initial. Conventionné sur place avec sa Caisse Primaire, à un tarif proche de l'Hôpital-hospice voisin. La vie était belle et le « cash flow » annuel permettant d'aménager, d'améliorer, de construire le reste d'une Clinique de plus en plus moderne et adaptée à son époque. Le tout combiné à une douce fiscalité personnelle et à une position sociale enviée, c'était l'âge d'or de la Chirurgie, qui n'est plus vivace que dans certaines familles héritières des fondateurs historiques de ces Etablissements, construits surtout pendant les trente glorieuses.

La **Réforme de 1970 (DEBRE)** a balayé ce schéma, au prorata de la montée financière en puissance du Secteur hospitalier-public, par la construction d'emblée moderne et le financement très large de structures de plus en plus techniques et coûteuses. Elles ont fini par avaler la majorité du budget des actes lourds en séjours et s'imposer comme les acteurs principaux face à de petits Etablissements à taille humaine (celle de leurs créateurs) et à leurs moyens techniques vite dépassés. Ce fut ainsi la fin programmée du mi-temps hospitalier par le pouvoir quasi-absolu accordé aux pleins-temps, qui avaient quand même réussi à accrocher dans leur bureau au CHU, si ce n'est leurs tapisseries d'Aubusson, au moins quelques trophées et/ou divers Soutines.

Les décennies suivantes ont fini par imposer les regroupements, modernisations, cessions que nous connaissons actuellement, mais dans un contexte d'accroissement de la professionnalisation des para médicaux et d'augmentation de leurs coûts, proportionnels aux avancées normatives et qui ont totalement aboli la notion de « secteur lucratif » et ce, sans espoir de retour...

La machine productiviste s'est, alors -par nécessité- mise à tourner afin de rattraper indéfiniment des retards accumulés du fait des prix bas et insuffisants imposés, par la collectivité, aux Cliniques privées et à leurs praticiens. Cela étant d'autant plus sensible que tous les prix avaient fini d'être libres dès 1977 dans tout le secteur marchand, entourant jusqu'à l'étouffer une médecine aux prix contenus et incapable de repercuter ses coûts.

Au décours de l'échec de plusieurs plans de sauvetage de la Sécurité Sociale, il est apparu nécessaire de savoir ce que l'on payait vraiment dans ces séjours hospitaliers et le Programme de Médicalisation

des Systèmes d'Information (PMSI) est né à l'orée de la décennie 1980, en même temps que le budget global des Hôpitaux et pour s'y substituer à terme, en tant que recherche de justification..

Le PMSI :

Il a mis 20 ans à naître et croître, initialement avec les médecins, puis rapidement hors de leur vue, jusqu'à s'imposer comme l'outil de connaissance avant de devenir maintenant l'outil de paiement. Combinant un diagnostic au minimum et éventuellement des actes, il détermine des **classes de patients** qui coûtent à la collectivité de manière identique, les **Groupes Homogènes de Malades ou GHM**. Toute la Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO) aiguë est déclinée dans ces centaines de « boîtes économiques », repérées par un numéro, de plein séjour ou d'actes ambulatoires. Chacune des séquences de soins n'amenant à être injectée que dans un seul GHM et un seul, selon le principe de la bijectivité, avec chacun un tarif spécifique.

Au fil du temps et chaque année, les sommes attribuées à chaque GHM ont été ré-ajustées sur justificatifs d'études de coûts sur échantillons, en comptabilité analytique, transformées en des échelles de mesures exprimées en points Indices Synthétiques d'Activité ou **point ISA**. Le total des points ISA représente la mesure du total de l'activité de l'Etablissement, le montant de chaque point varie selon la structure des coûts de celui ci, il est déterminé ainsi une moyenne, régionale puis nationale, de la valeur moyenne ou cible du point ISA.

Sont alors, par rapport à cette valeur, mises en évidence des sur ou sous dotations d'un budget de structure. Il est donc facile de comprendre que la valeur unitaire du point ISA « France » est définie par la division de la valeur totale du budget de toutes les structures par le nombre de points ISA produits. Ceci pour une année donnée. L'année suivante, si le nombre de points ISA augmente plus que le numérateur qui est le budget N-1 amélioré de l'Objectif Quantifié National, le point ISA baisse, tout naturellement.

C'est donc, par construction, une **lettre-clé flottante hospitalière**.

Mais à côté de l'échelle de coûts publique avec sa grille de points ISA dits publics, existe l'échelle différente de coûts privés, appuyée sur un point ISA dit ISA-F privé de valeur différente du point ISA public.

Donc, deux monnaies différentes payant des GHM d'ailleurs à valeur tous différents entre les deux Secteurs public et privé.

Rien d'étonnant à ce que ce concept de médicalisation avec contrainte terminale financière, que l'on retrouvera sous peu dans un futur concept d'ONDAM « **intelligent** » c'est à dire médicalisé à but ultime comptable, n'ait fini par intéresser nos tutelles, au fur et à mesure que les finances disponibles de la nation diminuaient relativement et que la consommation des structures augmentait inéluctablement.

C'est alors que la déclinaison pratique du PMSI a été programmée par la Loi CMU de 1999 et qu'a été initiée la Mission d'Expérimentation de la Tarification à la Pathologie (ou METAP), débutée en 2000 et confiée à Mrs R. DHUICQUE, puis B. MARROT (IGAS). Y ont participé les Syndicats médicaux libéraux, l'objectif avoué (et louable) était initialement de créer un mode de rémunération identique public - privé..

La METAP :

A son début les médecins n'y avaient qu'un rôle consultatif, limité en termes de présence en Commission et donc marginal. Mais nous sommes vite aperçus (avec Alain COULOMB) qu'en fait le principal débat tournerait autour de l'**intégration (ou non...)** des **honoraires médicaux libéraux** dans l'épure tarifaire.

Bien sûr, des avancées notables ont été faites sur la description des Missions dites de « service public » pour garder intacte et généralisable sans distorsion la notion de budget des « soins au décours des séjours » décrits par le PMSI. Des « curseurs » ont été décrits, enseignement, recherche, innovations technologiques, urgences, permanence des soins, recours... Le différentiel des salaires entre les deux secteurs a été étudié, la capacité de construire un système juste et convergent paraissait proche, car le sujet était toujours la recherche du coût réel. .

Des méthodes descriptives plus fines que le groupage en simples GHM ont été proposées (l'Effeillage Progressif ou E.f.p) mais le summum de ces discussions a été l'aboutissement et la publication (certes confidentielle et difficilement accouchée) en juin 2001 d'une échelle de valeur UNIQUE publique - privée.

Là, plus de valeur différente du point ISA, plus de nombre de points différents, il existait enfin la « **monnaie unique** » pour tous (en 2000 il s'agissait encore de francs car l'étude du PMSI est et sera toujours rétrospective) apparaissait après environ 5 ans de soi disant impossibilité et de discussions byzantines.

Dans sa brutalité, le résultat notait officiellement **37%** de moins de coût du privé par rapport au public, honoraires réintégrés et cumulés aux budgets des Cliniques au même titre que les salaires médicaux dans l'Hôpital. Ceci dans le champ du PMSI, Médecine, Chirurgie et Obstétrique. Ce chiffre circulait sous le manteau, il a même été révélé par B. MARROT dans une mémorable séance (hors embargo), mais dès sa publication il a dû être démenti.

Et pourtant nos premières révélations étaient bien en deçà de la réalité !

En réalité, l'application de strictes règles d'homothétie nous a permis, depuis, d'estimer ce différentiel à **75%** !

Entre temps, nous avons réussi à faire intégrer deux représentants des libéraux au Comité de Pilotage TAP et à permettre à UN Expert libéral (votre serviteur) au nom de tous les Syndicats d'intégrer le Comité des Experts en TAP.

C'est à ce titre, que j'ai été saisi par la METAP de résoudre le problème de l'intégration éventuelle des honoraires libéraux et de quantifier l'impact d'une telle mesure sur le revenu annuel libéral des praticiens.

Ce que j'ai fait en inventant le **concept de « clés de répartition »** dans le cadre de la reconstitution financière du budget de Clinique, après distribution séparée des sommes allouées à la structure et aux médecins -en respectant l'indépendance totale de ceux ci- condition pour nous sine qua non.

Ce concept permettait, sans préjudice pour les praticiens libéraux, la comparaison vraie et le débat citoyen sur le réel budget à allouer de manière juste et équitable aux Etablissements de soins publics et privés. En effet, si l'ensemble des budgets sont connus pour tous les acteurs au centime près, la simple observation passive est insuffisante pour engager une telle distribution égalitariste.

Il est faible de dire que ce concept a « dérangé » quasiment tout le monde, mettant au pied du mur tous les acteurs de santé face à la transparence qu'il nécessitait, à la capacité de comparaison qu'il permettait...

Il a été -de fait- le fossoyeur de la METAP, qui a aussitôt cessé fin 2002. Nous avons ensuite vu arriver, à la place de cette Mission TAP à visée égalitaire : la Mission restreinte de la Tarification à l'Activité (T2A) >>> Mr GROUCHKA (?) Cab. MATTEI fecit.

La T2A :

Elle naît en fin 2002, après l'alternance politique, au sein d'une Mission restreinte de 12 membres, sans aucun représentant du privé, ni des médecins libéraux ! et est confiée à la délicieuse Martine Aoustin (DHOS). Cette féroce dé-médicalisation de la T2A a un prétexte tout trouvé : les honoraires libéraux sont exclus des projets immédiats.

Elle a aussi une conséquence bien prévue : du moment que le budget des Cliniques n'est pas reconstitué avec les honoraires libéraux, la T2A peut reprendre la double échelle de points ISA. Elle exclut de fait le principe de comparaison, évacue le débat citoyen sur la compétitivité des deux Secteurs. La T2A est donc moins inconfortable pour l'Hôpital-public que la TAP.

Bref on comparera ... les Hôpitaux entre eux et les Cliniques (étranglées) entre elles, chacun chez soi, chacun pour soi.

Cerise sur le gâteau, la Réforme ne touche au 1^{er} janvier 2004 que seulement 10% du budget de l'Hôpital, mais au 1^{er} octobre 2004 (après report de 10 petits mois), 100% du budget de la Clinique. Un verrou vient cependant d'être mis, prévoyant l'obligation pour les Hôpitaux d'atteindre 50% du budget en T2A en 2008, mais le total ne sera atteint qu'en 2012 !

La convergence attendra et il est donc difficile d'imaginer une quelconque fongibilité entre les deux secteurs qui conservent chacun leur propre rythme.

Donc, règles différentes, de timing différent, de résultat en fait sans grand intérêt ni espoir pour le secteur privé, car l'harmonisation intra et inter-régionale des Cliniques n'est pas vraiment en mesure de sauver la majorité d'entre elles, chroniquement sous dotées et donc sciemment asphyxiées.

Dans l'échelle unique, sur 538 Hôpitaux : 434 sont sur-dotés, 104 sont sous-dotés, mais 17 seulement à plus de 10% d'insuffisance de budget.

Sur 843 Cliniques : 88 sont sur-dotées, 755 sont sous-dotées, dont 664 de plus de 10% !

Le déséquilibre est patent, il est à rapprocher du résultat financier global des Cliniques, en Chirurgie, de -1,5% en 2001. Chronique d'une mort programmée ?

Mais cette notion est toute théorique, car nous connaissons déjà les écarts futurs en T2A, via la méthode du redressement par le PMSI entre Cliniques, dans les régions, en Chirurgie :

457 Cliniques sont sous dotées, 19 sont correctement dotées par rapport à la moyenne nationale et 366 sont sur-dotées, mais entre 1 et 10%. Leur rattrapage sera étalé sur 5 ans, ce qui pour les 457 sera une éternité...et pour les 366, une lente pénalisation. Les recherches effrénées de ressources (ou marges) pour ces Cliniques, sur les facturations aux praticiens (il faut bien sûr sortir des comptes mandataires) ou sur les ressources des équipements lourds, ont de beaux jours devant elles...

C'est cela que nous avons voulu éviter en coordonnant l'action du privé autour de la **Conférence quadri-partite** associant les gestionnaires et nous face aux payeurs, notamment dans l'Accord conventionnel du 10 janvier 2003.

Malgré cette absence de justice, d'égalité des chances et de progrès, il faut savoir que la précision du PMSI socle de la facturation en T2A ne s'accommode pas de laxisme, ni de retard dans la tenue des dossiers, ni d'imprécisions des nécessaires codifications médicales d'items précis et contrôlables.

En effet :

- les paiements ne pourront se faire qu'après émission de la facture médicalisée, imposant une mobilisation et une rigueur sans précédent aux praticiens,
- les contrôles seront automatisés sur les GHS (c'est le nouveau nom des anciens GHM), pilotant un contrôle sur site, avec récupération des indus, comme actuellement, mais aussi amendes sur le total des GHS contrôlés s'ils s'avèrent défaillants et erronés.

La qualité du dossier, des codes et du médecin de Département d'Information Médicale (DIM) feront la différence entre les Cliniques qui survivront et les autres...

Donc, rien que pour la seule survie des Cliniques, les praticiens seront obligatoirement amenés à digérer les indispensables thesauri de CIM 10 et CCAM... Mieux vaut s'y préparer tout de suite, mais après avoir obtenu les nécessaires garanties de rémunérations de la CCAM tarifante.

Cette **défaite programmée** par non-comparaison et non-harmonisation public – privée (comparaison et harmonisation qui auraient été salvatrices pour le privé) est actuellement peu ressentie par les médecins libéraux, attachés qu'ils sont à leur (très fragile...) sacro-saint paiement à l'acte individuel, individuellement facturé par chacun pour chaque patient.

Les espoirs portés par la nouvelle Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) sont venus à point nommé pour créer un véritable rideau de fumée. Il est seulement temporaire, car il est prévu plus tard une fongibilité des enveloppes et une convergence ultérieure.

Cela obligera à intégrer, alors, brutalement et autoritairement les honoraires libéraux... Gageons que dès que le poids de la T2A sera ressenti par les Hôpitaux, le problème sera posé...

La CCAM :

Elle se divise en CCAM « technique », élaborée et en cours de discussion, active au 1^{er} juillet 2004 et la CCAM « clinique » encore au début de sa maturation.

La CCAM technique est indispensable pour coder et coter valablement le PMSI donnant lieu à facturation T2A.

Il y a 7100 codes pouvant atteindre couramment 16 items, c'est un peu le monstre du Loch Ness, élaborée par le Pôle Nomenclature de la CNAM-TS avec les Sociétés Savantes « classiques », ceci depuis plus de 5 ans. Elle vise à rendre ultra-précise et évolutive une Nomenclature qui en tant que NGAP est actuellement décriée par tous. A côté de son séduisant caractère moderne et descriptif, elle manipule le **concept de coût réel reconstitué**. En effet, le prix de l'acte dépend de l'addition de points travail -valorisé par un facteur monétaire dit « facteur de conversion »- avec le « coût de la pratique » (différent pour chaque Discipline).

Ce coût de la pratique est lu dans les Déclarations 2035, redressé des exercices en Sociétés et surtout redressé pour ne comprendre que des charges de Secteur I, car il s'agit de déterminer la valeur des actes opposables. Son principe est de ne payer qu'une fois un coût : à la Clinique si l'acte comporte un financement adapté (type FSO) ou au praticien, via les "redevances".

Ce schéma s'appuie, en fait, sur la notion d'exercice moyen réel, non normé à priori, mais porteur de normalisation de fait et à posteriori. Il peut avantager les Secteur I, s'il est réel que la pratique des Secteur II s'accompagne de plus de moyens dédiés à la qualité (et donc déduits sur les D. 2035).

Restent à définir des mécanismes d'ajustement quand les postes de dépenses des médecins varient d'une année sur l'autre (augmentation des frais re-facturés par les cliniques, RCP...), car ici la base est issue de l'année N-2, vu les délais de déclarations fiscales et de retraitements des bases.

Il y aura donc mécaniquement harmonisation des pratiques : au sein de chaque Discipline, voire au sein de chaque Clinique par convergence financière.

Un autre problème est celui de la nouvelle hiérarchisation des Disciplines médicales induites par la CCAM. Estimée en impact financier entre -12 et +12% selon les Disciplines, elle ne sera viable qu'après abondement « ad hoc », sous peine de voir souffrir ou dépérir de manière inacceptable des Spécialités qui deviendraient sinistrées en ville ou en Cliniques privées (notamment le Digestif et la Radiologie).

Notons enfin, que l'équation :

$$\text{prix de l'acte} = \text{nombre de points travail} \times \text{facteur de conversion} + \text{coût de la pratique}$$

s'écrit aussi :

$$\text{facteur de conversion (revenu médical libéral net unitaire)} = (\text{prix de l'acte} - \text{coût actuel de la pratique}) : \text{nombre de points travail.}$$

FC devient donc potentiellement une lettre clé, aussi flottante que le point ISA ci dessus. Bien sûr, ce n'est pas prévu comme cela, bien sûr... Or, il représente l'unité de compte du revenu médical libéral net dans le périmètre opposable C'est est le principal et vrai combat de la CCAM.

Il vaut pour la CCAM-« technique », donc pour les Chirurgiens, mais aussi pour la CCAM – « clinique », qui sera déclinée avec les mêmes points travail.

Il sera capital que le facteur de conversion soit re-évalué au même titre qu'auraient du être re-évalués les K, Kc, Kcc, Z ces dernières années.

Un autre effet indirect est encore actuellement en pointillé : il s'agit de la **quantification en temps de travail** liée à chaque acte. Les temps actuels décrits se révèlent « plutôt généreux » et ont même amené certaines Disciplines (« transversales » dirons nous...) à se faire sur-évaluer leurs valeurs d'actes. Or, tout cela sera inéluctablement réécrit (par l'administration = DRASS) sur la durée au fil des contrôles de traçabilité des durées dans les Blocs, comparés aux durées théoriques. Cela permettra, par tris automatisés, de retracer la journée d'un opérateur, de corrélér cela avec les durées de séjour, les % de complications, de décès et d'imaginer alors les comportements d'une équipe hors normes et plutôt déviante... Verrons nous un jour des « quotas qualité » sur ces mêmes critères informatisés ?

Mais, à côté de ces incertitudes sur l'exercice sur P.T.L, d'autres nuages pèsent sur la Chirurgie dite libérale : la généralisation des Groupements de Coopération Sanitaires ou GCS.

Les G.C.S :

Ils existaient déjà dans la Réforme de 1996, habillant la coopération entre Hôpitaux et entre Hôpitaux et Cliniques mais ils étaient peu usités. Depuis septembre 2003, ils sont opérationnels par Arrêté.

Ils permettent à des collectivités de médecins de contracter au même titre que les structures dans le GCS. L'Arrêté du 6 septembre 2003 donne, il faut le rappeler, tous les pouvoirs aux Directeurs des Agences Régionales d'Hospitalisation.

Actuellement, il semble que la concentration des Chirurgiens en panne démographique doive se réaliser inéluctablement autour des P.T.L considérés comme « aux normes », donc hospitaliers publics avec importation massive des activités (qui constituent la véritable mesure actuelle, reléguant bien en arrière la notion de lit) du privé vers le public.

On voit aussi l'activité d'urgence devenir le pivot, le socle de la discussion sur le besoin de maintien des activités chirurgicales sur P.T.L et l'activité programmée co-exister, mais être comprise en qualité de simple complément.

Après les villes à la campagne, voilà les Cliniques dans l'Hôpital avec : les distorsions de productivité que l'on connaît et les distorsions des salaires du personnel. Bref, cette lente digestion éclairée d'un jour cru les motifs profonds du principe de non-comparaison inhérent à la T2A.

Si on ajoute : la disparition automatique des Cliniques à moins de 2000 entrées prévue dans le SROSS 2004 et l'intérêt pour les Cliniques en difficulté de sauter le pas, gageons que plus de 300 Cliniques disparaîtront dans ces 2 prochaines années. En effet, la carotte majeure est généralement une garantie d'utilisation des murs déconditionnés du court séjour et transformés ad aeternam en long séjour. Transformer une Clinique commerciale qui perd de l'argent pour récupérer un loyer de foncier a de quoi allécher ces structures aux pourcentage d'actionnariats différents en SCI, en Société commerciale et différents en général des proratas d'activité des praticiens. Conflits internes assurés ! Or, il n'en reste déjà que 800 sur les 1.200 présentes avant les premières re-structurations.

Le surcoût (du même soin) serait alors de 3 Milliards d'€ Il serait porté à 10 Milliards d'€ si toutes les Cliniques privées disparaissaient, soit un doublement du déficit de la Sécurité Sociale en 2003, sans aucune justification par une meilleure valeur ajoutée au dit soin...

Deux parades méritent d'être organisées :

-d'une part, la constitution de Groupements coopératifs entre pôles privés, quitte à rééquilibrer les activités spontanément,

-d'autre part, la constitution d'Equipes médicales et chirurgicales coordonnées et axées sur la permanence des soins.

C'est une mutation intellectuelle à promouvoir dans notre univers d'individualités, ceci valant autant pour les praticiens que pour les structures. Pour les survivants il restera à gérer au mieux leurs rapports avec les Caisses, dans une future Convention, telle qu'elle se dessine dans le PLFSS 2004.

La Convention médicale :

Les contacts conventionnels ont débuté en juin 2002 avec l'espoir de retrouver enfin un espace collectif à tous les Spécialistes, négocié, mettant fin à 5 ans de vide et de Règlement Conventionnel Minimum (RCM) pénalisant, avec une lettre clé Kcc, négociée par l'UCCSF, mais qui restée bloquée. Fin décembre 2002, avec 100 M € de budget complémentaire -déjà insuffisants- la négociation échoue, mais elle est vite reconduite au 10 janvier 2003 : Accord historique mais fugace, on le verra, autour d'un paquet cadeau de 840 M €..

Après avoir « obtenu » le Kcc à 2,30€ nous avons attendu, tous en confiance, le round du 16 avril, qui sera un échec retentissant par pesante interférence ministérielle, en dépit des efforts bien dérisoires de notre seule UCCSF... Maintenant, tous (Ministre et Elysée compris) déplorent le manque de sens politique des Syndicats de Spécialistes : « qui auraient dû alors prendre » !

En fait, entre les deux dates, la situation nationale a dé péri, la croissance zéro s'installe et les payeurs ne pouvaient déjà plus honorer les engagements signés le 10 janvier. C'est un puissant signe négatif vers le libéral, d'autant plus que se profile le Plan Hôpital 2007 et ses 6 milliards d'€ de budget ! La Chirurgie privée, malgré l'incontournable, mais pour l'instant inutile, Rapport DOMERGUE-GIUDICELLI, est ainsi entraînée dans la tourmente.

Dans son schéma actuellement connu, la Convention a vécu. Autant les Médecins Généralistes sont toujours couverts par une Convention, autant malgré plus d'un an de contacts intenses, les Spécialistes sont toujours soumis à un Règlement Conventionnel Minimum (RCM) à peine modifié depuis 1998. En fait, il s'inscrit dans la nouvelle gouvernance de l'Assurance Maladie, objet des discussions d'un futur proche, après le rendu de copie du Haut Conseil récemment mis en place.

La seule amélioration réelle, programmée pour 2003, aura été pour nous Chirurgiens un **Contrat de Pratiques Professionnelles (CPP)** annexé au RCM. Cette négociation post-conventionnelle a été lancée par nous seuls de l'UCCSF-Alliance, dès le mois de mai 2003. Elle sera secondairement étendue aux Anesthésistes, par la même UCCSF, rejointe par le SNARF et l'UMESPE qui apportera tout son poids de signataire du RCM-SPE.

Le principe d'un CPP récupérant intégralement -par le biais de primes- les sommes perdues lors de l'abandon de la majoration du Kcc a alors été initié.

Mais en sus, l'UCCSF-Alliance a voulu neutraliser sans attendre des avancées sur le fond, la montée insupportable des primes d'Assurances en responsabilité civile professionnelle (RCP) pour ceux qui ne peuvent pas répercuter, en l'occurrence les Chirurgiens en Secteur I.

Ces primes ont explosé sans motif autre que l'appétit de profit du secteur assurantiel marchand, sous le prétexte de deux lois nouvelles, l'asymétrie de l'information étant pénalisante pour les assujettis sans défense que nous sommes et le BCT (avec ses forts tarifs) n'est pas pour nous la solution..

Ce CPP demeure certes très insuffisant, mais il a au moins le mérite d'exister et d'être le premier « plus » concret (qui apportera entre 7 et 10.000 €/ 2003) obtenu depuis longtemps au profit des Chirurgiens. Qui peut nous en dire autant ?

Les efforts de clarté demandé et rémunérés, serviront de bon support nécessaires aux bonnes facturations de la T2A et aux exigences futures de l'accréditation et des évaluations .

Cette méthode de construction d'avantages par CPP anticipe les futures avancées -par profession- pour 2004 et plus tard ces Contrats pourront être élaborés en région ou par des groupes de professionnels.

Lors de la dernière séance de contact entre Syndicats libéraux de Spécialistes et les Caisses pour cette fin de l'année 2003, il a été clairement indiqué par les Caisses que la liberté de passage du Secteur I au Secteur II ne serait JAMAIS ouverte. Ceci encourage bien sur les jeunes à ne pas se laisser enfermer et à s'inscrire directement en Secteur II, voire à y repasser d'urgence (via APOS2).

En fait, ce CPP de Chirurgie apporte le tiers du différentiel entre les deux Secteurs, en 2003. Sa prorogation pour 2004 génèrera un apport de plus de 40% de ce différentiel (l'UCCSF y travaille déjà).

Nous savions bien que ce n'est pas la solution idéale, mais une véritable « bouée de sauvetage » (notre terme et pas celui de certains concurrents) en attendant mieux.

Mieux, c'est peut être la répartition des charges du panier de soins entre Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et les Assurances Maladie Complémentaires (AMC). Nous avons d'ailleurs déjà imaginé un **nouveau CPP en Chirurgie** s'appliquant dans un cadre **-tous Secteurs confondus-** dans une optique de participation des AMC avec « proratisation » des avantages du Secteur I **pour tous**. Mais, nous sommes prudents, car nous avons déjà l'expérience des impératifs commerciaux des Assurances privées que nous côtoyons en RCP et nous avons déjà une notion précise des intérêts majeurs de sélection et de maîtrise des coûts qui font le socle de la politique des Mutuelles, leur point de convergence restant la pesée constante sur nos honoraires médicaux.

Conclusion :

La composante libérale de la Chirurgie française est en très grand danger de la part de décideurs politiques issus de ceux qui ont déjà conçu : la calamiteuse Réforme DEBRE, puis le Plan JUPPE. Or, elle satisfait toujours les patients, fascine même (secrètement...) les hospitaliers – publics et demeure donc une référence, un « must ». Mais, elle fonctionne toujours sur la base de la Chirurgie programmée, ce qui la rend fragile quand les options officielles sont la satisfaction des besoins d'urgence.

De surcroît, sa fusion dans les Hôpitaux peut la dénaturer complètement et rendre le nouveau service rendu chirurgical hors de prix pour la nation.

Il nous appartient, donc, de présenter sa survie comme un bien commun pour la meilleure continuité des soins les plus indispensables à nos concitoyens et ceci par l'addition de mesures concrètes, au premier rang desquelles sont :

- la meilleure tarification des Cliniques, seule manière de pérenniser de nombreux praticiens en libéral,
- la meilleure tarification de nos honoraires libéraux nets, seule manière de préparer l'avenir de la Chirurgie libérale et son attrait pour les jeunes.

Il reste à espérer un sursaut, de la part des Chirurgiens, tous ensemble pour défendre unis les valeurs éthiques que nous portons et cet art magique qui restera toujours absolument nécessaire à la santé des français.

Par ailleurs, nous ne voyons aucune place (et tout particulièrement, dans nos Disciplines) pour d'éventuelles « modérations » et/ou autres réductions « incantatoires » d'activités. Ces concepts plutôt « pervers », visant simplement à aiguïser l'appétit des Caisses, en vue d'hypothétiques négociations et ne pouvant, en définitive, que faire du « pur mal » comme toutes les fausses bonnes idées.

Laisser réduire la Chirurgie, la laisser se dévaloriser, démotiver la relève démographique, c'est le pire risque que nous pourrions faire courir à nos concitoyens, car alors : « par qui serions nous opérés demain ? » selon la formule « choc » des Cahiers de Chirurgie d'antan reprise dans le Rapport DOMERGUE – GIUDICELLI.

*Copyright UCCSF–Alliance
Tarbes, le 13 12 2003*