

La pratique chirurgicale en secteur privé

Surgical practice in the French private sector

Philippe Breil

Académie nationale de Chirurgie

Mots clés

- ◆ Système de santé
- ◆ Secteur privé
- ◆ Secteur hospitalier public
- ◆ Pratique chirurgicale

Keywords

- ◆ Health system
- ◆ Private sector
- ◆ Public hospital sector
- ◆ Surgical practice

Mise au point

La particularité du système santé de notre pays est la juxtaposition d'un secteur privé souple et actif avec un secteur hospitalier public, pléthorique, comprenant des équipes d'excellence et de recours dans les grandes villes et des hôpitaux régionaux ailleurs.

Il existe une émulation entre ces deux systèmes, facteur de qualité.

Dans le secteur privé, dit à but lucratif, les chirurgiens exercent en profession libérale et les considérations qui vont suivre ne concernent que ceux-là.

Le secteur privé est incontournable comprenant 570 cliniques appartenant en général à des chaînes mais ce secteur dit privé à but lucratif, n'en a que le nom puisque 46 % des établissements sont en déficit, pourtant, il emploie 45 000 médecins dont un tiers de chirurgiens, toutes spécialités confondues, il assure 58 % des séjours chirurgicaux, 52 % de la chirurgie du cancer et 70 % des séjours ambulatoires.

Quelles motivations permettent de pousser un chirurgien à abandonner le cocon de l'exercice public en équipe pour, à près de 40 ans, repartir à l'aventure, changer d'établissement, et se remettre en question en créant une clientèle ?

Il n'y a qu'une seule explication, c'est l'esprit d'entreprise mais c'est là que le bât blesse, cet esprit n'est plus la caractéristique de nos jeunes collègues.

L'exercice en établissement privé s'il permet de s'affranchir de la hiérarchie hospitalière, est beaucoup plus solitaire.

Les débuts sont difficiles et même s'il avait une certaine réputation en milieu hospitalier, le chirurgien libéral repart à zéro. Il doit créer ses conditions d'exercice, choisir ses aides opératoires et si la confiance lui est acquise pour la chirurgie dite courante, il en est tout autrement s'il a l'ambition d'exercer une chirurgie plus lourde et/ou plus spécialisée.

Pour cet exercice, il doit souvent demander à l'établissement d'acquiescer du matériel et parfois de modifier son organisation ; il doit s'assurer d'une forte complémentarité avec l'équipe d'anesthésie-réanimation en place, il doit assurer la continuité des soins seul s'il veut créer sa clientèle et doit s'intégrer dans la permanence des soins avec d'autres praticiens parfois de générations différentes qui peuvent ne pas avoir les mêmes compétences et les mêmes objectifs.

L'ensemble de ces contraintes est peu compatible avec les conditions de vie actuelle.

En matière de responsabilité, le chirurgien libéral change totalement de paradigme. Il a été formé en milieu hospitalier dans un contexte de responsabilité administrative où seul l'hôpital est responsable, la responsabilité juridique personnelle étant très limitée. En revanche, en exercice libéral, le chirurgien exerce dans le cadre de la responsabilité civile professionnelle et est donc personnellement responsable de tous ses actes.

Cette responsabilité impacte toutes ses décisions professionnelles et lui impose d'accorder une plus grande attention aux formalismes administratifs et aux référentiels et recommandations publiés par les agences de l'état et les Sociétés Savantes.

Enfin, et surtout le chirurgien libéral est un chef d'entreprise, il prend vite conscience du fait qu'il n'a pas été préparé à ce rôle lors de sa formation. Les charges qui lui incombent sont multiples ; il est employeur, en effet, comment se passer d'un secrétariat pour remplir les différentes obligations administratives ; il est employeur d'un personnage essentiel qu'est son aide opératoire, véritable talon d'Achille du chirurgien sans lequel rien n'est possible.

Dans ce domaine des charges, celles qui sont indispensables au fonctionnement de son cabinet sont multiples (loyer, matériel, informatique, etc....).

Enfin, il doit effectuer des versements à son établissement, régler son assurance professionnelle, sa prévoyance, sa re-

Correspondance :

Dr Philippe Breil

Clinique de Turin, 48, rue de Rome, 75008 Paris

E-mail : drphbreil@orange.fr

traite, sa retraite complémentaire, ses transports et élément incontournable, sa comptabilité pour laquelle l'aide d'un professionnel est incontournable.

S'ajoutent à cette liste le monstre tentaculaire, des charges sociales désormais dé plafonnées (URSSAF, CSG, CRDS...).

En regard de ses charges, le chirurgien libéral est payé à l'acte dans un système de cotation (CCAM) très critiquable malgré une réforme en 2002 dont la valeur des actes est quasiment restée inchangée depuis plus de 30 ans (+6,5 %). Dans ce système de recettes figées et de charges en perpétuelle augmentation, si l'on veut que l'exercice apporte un bénéfice, il n'y a que deux variables d'ajustement, les suppléments d'honoraires et l'augmentation de l'activité.

Les premiers ont été encouragés dans les années 80 lorsque les pouvoirs publics ont décidé de ne pas augmenter la valeur des actes, en revanche, ce n'est plus le cas aujourd'hui, où on leur reproche de limiter l'accès aux soins.

L'autre variable expose à la multiplication des actes, danger permanent de cette logique et contre laquelle le chirurgien libéral doit lutter sans cesse alors que tout le pousse dans cette direction : faible valeur des actes, existence de quotas d'interventions fixés par les pouvoirs publics pour continuer à pratiquer certains actes, (autorisations de cancérologie par exemple), obtention de créneaux opératoires et enfin image du chirurgien. Il faut espérer que les recommandations en matière de pertinence des actes qui sont en préparation, tiendront compte de tous ces éléments.

L'exercice de la chirurgie libérale en établissement privé est donc un parcours semé d'embûches, certes, le caractère solitaire de cet exercice à tendance à s'estomper au profit d'un regroupement en équipe mais les conditions financières de l'entreprise chirurgicale notamment avec l'explosion des charges sociales est susceptible de faire disparaître ce mode d'exercice au profit d'autres modes de rémunération en l'occurrence un salariat par les établissements privés déjà prévu par la loi HPST.

Key points

The hall mark of the French health system is the juxtaposition of a flexible and active private sector with a public hospital sector that is plethoric, comprising top reference teams in major cities and regional hospitals throughout the country.

Emulation between these two sectors is a quality factor.

In the so called profit making private sector, surgeons work as licensed professional and the following considerations only apply to those.

The private sector is essential, comprising 570 clinics, mostly chain owned, but this supposedly for profit sector barely makes any profit as 46% of the units are in deficit while employing 45000 physicians - one third of them surgeons of all specialties - and ensuring 58% of surgical hospitalizations, 52% of surgical oncology and 70% of outpatient treatments.

What reasons can bring a 40 year old surgeon to venture out of the comfort of team work in a public hospital, to change medical institution and take the challenge of building a new patients' base?

There is only one, it is the spirit of entrepreneurship, but here lays the snag, such spirit no longer is a feature of our young colleagues.

Practicing in a private structure alleviates from hospital hierarchy but it is a much more solitary practice.

The beginnings are hard work and the liberal professional starts from scratch even though he held a certain reputation in public hospitals. He must build his practice conditions, choose his assistants and though he may be trusted for so called common surgery, things are much more difficult when he sets on major and/or more specialized surgery

For such intent he generally needs to ask the institution to acquire equipment and sometimes modify its organization; he

must achieve working hand in hand with the existing anesthesia-intensive care team, he must bear alone the continuity of care if he wants to build his own patients' base, and he must join in continuing care with other practitioners who might be of different generations and may share neither his skills nor his objectives.

All these constraints are rarely compatible with everyday living conditions.

Concerning liability, the surgeon's move to a private professional practice brings about a complete paradigm shift. He has been trained in public hospitals in an administrative environment where the hospital bears sole liability while the personal legal responsibility is very limited. As an independent professional, however, the surgeon works in an environment ruled by civil liability and is therefore personally liable for all his actions.

Such liability impacts every professional decision and imposes utmost attention to administrative formalities as well as professional reference systems and recommendations defined by state health authorities and medical societies.

And finally, but foremost, the liberal surgeon is an entrepreneur and he quickly realizes that he has never been trained for that role during his training. He bears multiple tasks, he is an employer, indeed, you can't do without secretarial staff to abide by all the administrative rules, and he employs a pivotal figure but an Achilles heel, his assistant, without whom nothing is possible.

There are multiple vital tasks to run his practice (rent, equipment, IT, etc.).

And finally, he must proceed to retransfer to his institution, to settle his professional insurance policy, health care and pension plans, transportation and last but not least his accounting, for which he will need the help of a professional.

To this list must be added dealing with the multi headed social security monster (URSSAF, CSG, CRDS...).

In the face this outstanding burden, liberal surgeons are paid by fee for service within a rating system that leaves much to be desired, in spite of a reform in 2002, as the service fees have remained nearly unchanged over the last 30 years (+6,5%). For a practice to yield some benefit in this system of frozen fees and never ending social costs increase, there remain only two adjustment variables: fee increase by non-reimbursable increment and activity increase.

The first was encouraged in the 80's, when the state decided not to increase the official reimbursement value, but is now blamed for hindering access to care.

The second variable leads to multiplying surgical procedures, a permanent danger pertaining to this logic and which the surgeon needs to fight back in spite of an environment pushing in that very direction: weak fees for each procedure, surgical procedure quotas required by the health authorities to allow continued practice (e.g. oncology authorizations), securing time allocation for surgical procedures, and, furthermore, the common state of the surgeon's image. We can only hope the recommendations on procedure relevancy that are presently being drafted will take all these elements into account.

Practicing surgery in a private environment is indeed a path full of pitfalls, the lonesome aspect of the practice is giving way to joining up in teams but the financial constraints of surgical enterprise, with skyrocketing social security costs could lead such professional practice to extinction to the benefit of other remuneration patterns, i.e. by means of wages paid by private institutions, as already planned in the current HPST law (Hospital, Patients, Santé, Territories).