

## 14h15-16h00 LE SYSTÈME DE SANTÉ : OÙ ALLONS-NOUS ?

Modérateur : M. HANSSSEN (Haguenau)

- Le point de vue du public M. ROCHER (Saint-Dié)
- Le point de vue du privé J.L. BARON (Montpellier)

Un **système de santé** décrit les moyens organisationnels et stratégiques mis en place par pays, par zones géographiques ou entités communautaires, afin d'assurer une continuité et une qualité des prestations de santé.

Des **ARS toutes puissantes** voulu par la loi HPST, avec cependant le Conseil National de Pilotage des ARS comme chapeau national très prégnant.

Une volonté d'embrasser **l'ensemble du parcours du patient**, et d'élargir au-delà du soin.

L'affichage d'une **volonté de décloisonnement public privé**

Une préoccupation centrale : la sécurité des soins

Un principe affiché : **la démocratie sanitaire !!!**

### 1. Le constat après un an de fonctionnement

Une définition territoriale en régression, on en revient à peu près partout aux vieux départements français qui ont fait la preuve dans d'autres domaines de leur limites, et qui souvent ne répondent plus à une logique populationnelle, mais n'est ce pas le **premier signe d'une forte étatisation de la santé**

**Des instances consultatives de plus de 100 personnes parfois**, d'origines très différentes, dont le savoir n'est pas ubiquitaire. Des sous commissions dont la COSOS chargée de donner un avis sur les autorisations, qui ne sont plus en mesure d'entendre les promoteurs dans certaines régions, supprimant de facto le débat contradictoire.

En somme un directeur d'ARS qui in fine décide seul, c'est le parfait exemple de la démocratie institué par la loi HPST. Il est licite de penser sans aucune polémique, que le poids politique du secteur public pèsera lourd dans des décisions qui nécessiteront de l'arbitraire.

### 1. Quel impact pour les médecins libéraux et la collectivité médicale exerçant en établissement

Ce qui est aujourd'hui le mieux défini, c'est la gestion des risques. A travers les textes, le collectif médical qu'est la **CME accède dans les établissements de santé privé à la gouvernance**, qui jusqu'alors leur avait été refusé, tant sur la gestion des risques associés au soin que sur la politique du médicament. C'est une **éclaircie dans un système où le contrat reconnaît les établissements, mais laisse dans l'ombre les médecins qui y exercent**. Si l'on peut mettre en exergue un des **outils qui est amené à se développer c'est l'accréditation des médecins et bientôt des équipes**. Cette procédure à terme est amenée à mettre en cohérence gestion des risques à priori (déclaration d'EPR

mais aussi d'EI avec fin heureuse), gestion des risques à priori par le biais des check list mais également des actions d'EPP

La permanence des soins a vocation à être révisée et régulée, mais dans quelles conditions ? On se dirige directement vers, **non pas une régulation stricte des autorisations, mais par une régulation territoriale des lignes de garde médicale, dans une enveloppe contrainte et fongible**, cette année diminuée de 7% au global, tout en reconnaissant que la dotation prévue pour le privé est identique à l'enveloppe consacrée l'année dernière par les URCAM à la rémunération des gardes et astreintes prévues dans le cadre de l'ancienne convention. Là encore la différence des **modes de rémunérations quelque peu complexe en secteur public, avec un flou entre les notions de permanence et continuité des soins**, ont montré ces derniers temps la difficulté qu'à la DGOS a piloter ce système, laissant pour une fois chaque ARS, statuer individuellement sur cet épineux problème. A mon sens on se dirige tout droit vers un système d'autorisations à la médecine d'urgence à géométrie variable, mais une forte régulation de la rémunération des lignes de garde médicale. **En d'autres termes dans des établissements autorisés, certains jours les médecins seront indemnisés, les autres non**. Il y a donc lieu pour les médecins libéraux de proposer une organisation par territoire, en **priviliégiant dans un premier temps une organisation intrasectorielle**, avant d'envisager une organisation intersectorielle.

L'accueil des internes, qui est une **demande de la DGOS et des établissements avant tout**, a été favorablement accueilli par certaines équipes médicales exerçant en secteur privé, mais une analyse plus fine du système fait ressortir des **interrogations en terme de responsabilité, mais également en terme de financement**, puisque la dotation issue des MERRI n'est que partielle (50% pour un interne de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>nd</sup> année ; 30% pour un interne de 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> année) et que le complément de rémunération doit émerger de l'activité propre de l'interne. Ces conditions sont un véritable frein (en dehors d'établissements avec des médecins salariés comme le secteur SSR), surtout quand on ajoute la différence d'échelle de cout en matière de T2A, entre public et privé. Actuellement beaucoup d'équipes qui s'étaient déclarées se rétractent devant les contraintes. De plus il existe une **différence d'approche entre accueil des internes en médecine générale et accueil des internes en établissements** qui n'est pas des moindres, puisque l'une prévoit l'indemnisation du maître de stage, et l'autre non .

La régulation des activités, et la pertinence des actes, des séjours et des modes de prise en charge, est sûrement une des thématiques à surtout ne pas négliger, et notamment pour les médecins libéraux. Non pas que je veuille prêter foi, à la polémique initiée par la FHF, mais surtout parce que les **outils économiques mis en place par la CNAM, et dont le dernier exemple est la mise sous entente préalable individuelle des prescriptions et réalisations**, rendu possible par un décret paru au JO du 20 mai dernier. Nous ne pouvons accepter la **notion de délit statistique** comme référentiels des moyennes statistiques, dont personne n'est capable d'analyser les variations. Il est urgent de reprendre toutes les recommandations de pratique clinique déjà faites avec les professionnels et en construire d'autres rapidement, sinon nous serons durablement installés dans une régulation économique pure et dure qui **contribuera à terme à tuer l'exercice libéral en établissement au bénéfice de l'installation du salariat**.

## Accessibilité financière aux soins, et rémunération des libéraux.

Cela devient une Lapalissade, que globalement les **actes sont sous payés en France** au regard des niveaux de rémunération dans les autres pays, ce qui éclaire le **constat d'une augmentation de la part des dépassement, alors que les revenus des médecins stagnent**. C'est également une réalité que le médecin libéral s'inscrit dans un schéma de travailler plus pour gagner plus, avec **des revenus qui ramené à un taux de rémunération horaire, ne sont pas excessifs**, c'est le moins que l'on puisse dire. **Les jeunes à qui l'on promet de réguler les revenus et l'activité, préfèrent** et on peut les comprendre **s'orienter vers un salariat**, quelque soit le secteur de leur choix. Il est urgent qu'une solution conventionnelle aboutisse, sinon la sanction sans appel de la réduction drastique réglementaire viendra très sûrement lors du vote PFLSS, ou tout autre texte sur la santé examiné au parlement, après 2012. **Le paiement à la performance pour tous les libéraux doit être envisagé** au plus vite car nous ne pouvons accepter qu'un seul système de régulation accompagné de mesures uniquement répressives.

### **2. Et l'avenir, que peut on envisager pour les médecins libéraux ?**

La **situation est grave mais pas désespérée**, on l'a bien vu dans le domaine de la RCP, il est possible d'entraîner le politique.

On a vu dans le constat que **rien n'engage les jeunes à rejoindre le système libéral**, sauf peut être une pression administrative en secteur public mal vécue par certains. Il nous faut donc **faire preuve d'inventivité et sortir des schémas classiques** qui arrivent au bout de leur logique.

Les **relations médecins établissements** ne peuvent plus tenir de la relation de type prestataire de service, et l'organisation collective via les CME doivent évoluer vers un mode de **contractualisation** soit directement, mais la CME n'a actuellement pas de personnalité morale, soit pourquoi pas par le biais des **URPS qui elles ont acquis un rôle contractuel avec l'ARS**. Un schéma de ce type obligera alors à établir une convention entre la représentation régionale des CME et l'URPS.

Sûrement l'avenir réside dans la **constitution d'entreprises médicales sur un territoire donné** capable de répondre aux critères d'accessibilité aux soins, aux critères qualité et gestion des risques, de proposer à des jeunes un environnement confortable avec une gestion de carrière. **Ces entreprises de service pourront bien entendu contractualiser avec l'ARS**.

L'exercice du médecin libéral seul, a sûrement vécu, cet **exercice** devra à terme **être plus entrepreneurial**, à une seule condition c'est de **trouver des médecins libéraux entrepreneurs**.