

Rapport à la demande de Monsieur Xavier Bertrand
Ministre de la Santé et des Solidarités
et remis à madame Roselyne Bachelot-Narquin
Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative

QUELS MODES DE REMUNERATION POUR LES CHIRURGIENS ?
Situation actuelle et perspectives

Rédigé par

Guy Vallancien, François Aubart et Philippe Cuq

Le 25 Mars 2008

TABLE DES MATIERES

Lettres de Missions	3-4
Résumé	5
Avertissement	7
Introduction	7
Contexte historique et social	9
L'état des lieux	12
Les particularités de la chirurgie	12
Les chiffres clés	12
Les urgences chirurgicales et la permanence des soins chirurgicaux	16
Les revenus des chirurgiens	17
Conclusions sur l'état des lieux	20
Les déterminants de la rémunération	22
Clarifier la situation	26
Les objectifs	30
Le scénario	31
Le contrat d'exercice global	33
Conclusion	34
Page libre : Fr. Aubart	35
Ph. Cuq	36
G. Vallancien	38
Bibliographie	39
Annexes :	
Liste des personnalités et organismes audités	42
Annexe 1 : fiche de paye d'un chirurgien hospitalier	44
Annexe 2 : fiche de paye d'un chirurgien psph	45



Ministère de la Santé et des Solidarités

Le Ministre

Paris, le 18 JAN. 2007

Cab/OB/CGJ/ Me A D 06 16821

Monsieur le Professeur,

Dans la continuité des travaux qu'a d'ores et déjà entrepris le conseil national de la chirurgie, je souhaite que vos travaux dans le cadre du conseil s'attachent à poursuivre la réflexion sur la promotion de nouveaux modes de rémunération qui prendraient mieux en compte que les dispositifs actuels, la diversité du métier de chirurgien. Ces nouveaux types de rémunération intégreraient l'activité clinique programmée, la permanence de soins et le temps passé à l'évaluation de la qualité de la pratique, la formation continue, l'enseignement de la chirurgie, la recherche.

Le schéma envisagé pourrait inclure une part contractuelle liée à l'activité et à sa qualité et une part fixe liée aux autres missions suscitées. Le schéma devra favoriser la convergence entre les deux secteurs privé et public.

Il aura pour ambition de rendre attractif le métier de la chirurgie en proposant un plan de carrière rémunéré à la hauteur de la responsabilité et de la pénibilité du métier de chirurgien. Il préfigurerait un mode de rémunération qui pourrait s'étendre aux autres spécialités médicales. Le dispositif envisagé devra être conforme avec la part complémentaire variable dont le principe a d'ores et déjà été acté par les praticiens des établissements de santé.

Vous voudrez bien proposer au directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins un dispositif opérationnel pour le et lui rendre compte régulièrement de l'avancement de votre mission.

Je vous remercie vivement pour votre engagement personnel au service de cette mission prioritaire et vous prie d'agréer, Monsieur le Professeur, l'expression de ma considération distinguée.

Bien à vous,

Xavier BERTRAND

Monsieur Guy VALLANCIEN
Institut Montsouris
42 boulevard Jourdan
75014 PARIS

14, avenue Duquesne 75350 Paris 07 SP - Tél. : 01 40 56 60 00



Le Conseil National de la Chirurgie



Président : Jacques Domergue

Vice-Présidents : François Aubart

Philippe Cuq

François Xavier Stasse

Secrétaire général : Guy Vallancien

Rapporteur : Henri Guidicelli

Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN

Ministre de santé de la jeunesse et des sports

Ministère de la Santé

14, Ave Duquesne

75007 PARIS

Paris, le 6 Juillet 2007

Madame la Ministre,

Dans le cadre de la mission ministérielle sur la rémunération des chirurgiens qui m'a été confiée par Monsieur Xavier Bertrand en date du 18 Janvier 2007, je vous propose d'associer à cette mission, le Docteur Philippe Cuq, Président de l'Union des Chirurgiens de France et le Docteur François Aubart, Président de la CMH de façon à ce que nous puissions en trio représenter les différents types d'exercice public, privé et PSPH.

Nous prévoyons de vous apporter des propositions innovantes concernant le mode de rémunération des chirurgiens qui pourraient s'étendre aux anesthésistes et aux autres catégories médicales.

Veuillez croire, Madame la Ministre, en mon entier dévouement

Professeur Guy VALLANCIEN

Résumé

La rémunération des chirurgiens : situation actuelle et perspective

L'organisation de la chirurgie et les modes de rémunération actuels des chirurgiens, tant dans la pratique publique que dans la pratique libérale, ne correspondent plus aux impératifs d'une pratique chirurgicale de qualité accessible à tous sur le territoire.

Afin de sortir de cette situation doublement insatisfaisante, les rapporteurs proposent la création d'un :

Contrat d'exercice global de la chirurgie

Ce contrat serait établi entre le chirurgien, la future Agence Régionale de Santé et le ou les établissements dans lesquels il exercera.

Le contrat stipulera les engagements des parties

Pour le chirurgien il s'agirait :

- D'exercer en équipe de chirurgiens de la même spécialité dans le même territoire.
- De participer à la permanence de soins dans un cadre mutualisé.
- D'évaluer sa pratique à partir des critères proposés par les Associations Savantes et Collèges de Spécialités et de certaines données du PMSI. validés par la Haute Autorité de Santé.

Les opérations des malades sous CMU et AME ainsi que les urgences chirurgicales seront systématiquement financées au tarif opposable.

Tous les tarifs seront affichés.

En contre partie **les organismes payeurs s'engageraient à financer l'acte opératoire à ce qu'il vaut et à rémunérer le chirurgien selon :**

- une part majoritaire à l'activité, répartie entre les caisses d'assurance maladie et les organismes complémentaires.
- une part forfaitaire qui financera :
 - 1° La permanence des soins pour un chirurgien donné dans un territoire donné, à laquelle s'ajoutera le paiement à l'acte des interventions urgentes.
 - 2° L'investissement passé à l'évaluation des pratiques, à la formation initiale des jeunes chirurgiens, à la formation continue, aux tâches administratives, à l'enseignement et à la recherche éventuelle, par les divers organismes intéressés.

C'est une **véritable évolutivité de la carrière qu'il faut proposer au chirurgien** avec des temps d'activité clinique et de tâches administratives en fonction notamment de son âge, de ses dispositions, de son volontariat et des besoins. Cette carrière s'intégrera dans le cadre d'une promotion des métiers du bloc opératoire.

Un tel contrat, grâce à sa simplicité, sa souplesse et son adaptabilité, devrait permettre une véritable **réorganisation de l'offre chirurgicale** sur le territoire national en optimisant les ressources en hommes et en matériel dans le cadre d'une région donnée. Il s'agit pour nous, du meilleur équilibre possible entre un accès à des soins chirurgicaux de qualité pour tous et une reconnaissance pleine et entière de l'engagement et de la responsabilité des chirurgiens. Ce contrat ne remet pas en cause les exercices en secteur I et II, ni le statut des hospitaliers qui voudraient le garder.

*Une rémunération est un compromis sincère
entre une contribution et une rétribution*

Avertissement

Les auteurs du rapport ont échangé librement leurs points de vue, étayés par les réflexions des personnalités et responsables d'organismes, d'institutions, d'associations et de syndicats divers. Les conclusions auxquelles ils aboutissent traduisent leur volonté commune de rénover le mode de rémunération des chirurgiens sans renier les principes qui fondent le succès d'une pratique exigeante et difficile. Leur engagement personnel ne cautionne en rien les points de vue des organisations auxquelles ils participent ou dont ils sont responsables.

Introduction

L'éclatement de la production chirurgicale française est source de dispersion des compétences humaines et de gâchis matériel et financier.

Ce rapport préliminaire à la mise en place d'un mode de rémunération attractif pour les chirurgiens a pour objectif non pas tant d'identifier le juste niveau de reconnaissance d'une activité experte confrontée à la responsabilité et l'aléa que de favoriser les effets de levier nécessaires à la réorganisation de sa pratique.

Les rédacteurs, qui exercent dans chacun des 3 secteurs de la chirurgie Française, proposent un schéma de rémunération qui sort des modes actuels régissant tant les revenus du travail des chirurgiens libéraux que ceux des praticiens hospitaliers.

Convaincus de la nécessaire concentration des moyens humains et techniques, garante de la qualité de la prise en charge des opérés, ils ont voulu intégrer leurs réflexions sur la rémunération de la pratique chirurgicale dans un cadre large et restructurant qui dépasse la simple discussion monétaire. Ils sont conscients d'agir en dérangeant, mais espèrent que les pistes ouvertes ne se refermeront pas.

Les rémunérations des chirurgiens quelles que soient leurs formes de pratiques, se font essentiellement à partir de financements socialisés. Dans un tel cadre institutionnel et financier, le salariat et le paiement à l'acte ont chacun leurs avantages et leurs défauts :

- Le salariat a l'avantage de déconnecter l'indication et la réalisation de l'acte opératoire du revenu du chirurgien. Il rémunère aussi les tâches non directement liées aux soins. En revanche, la rémunération publique exclusive à l'ancienneté rémunère plutôt une activité moyenne pour un chirurgien moyen travaillant dans une institution moyenne.

- Le paiement à l'acte a l'avantage de lier le chirurgien à son malade dans le rendu d'un service. Il récompense une activité quantifiée mais expose à la multiplication des actes voire à des pratiques de contournements.

Ces deux modes de rémunération montrent aujourd'hui leurs limites. Leur persistance, en parallèle, est coûteuse en terme de projections démographiques dans la mesure où dans une ville donnée, la dualité d'activité et de rémunération justifie toujours plus de spécialistes. Un tel état de fait entretient aussi largement la fracture chirurgicale : L'exercice public est de plus en plus limité à la chirurgie d'urgence et la chirurgie privée tournée vers l'activité programmée. Or la qualité globale du système ne peut se satisfaire de cette répartition.

Telles sont les raisons majeures qui amènent les rapporteurs à proposer un autre schéma de reconnaissance financière pour les chirurgiens dans la double optique d'assurer la promotion de la spécialité et de participer à son indispensable réorganisation territoriale notamment en terme de permanence de soins.

Le champ d'investigation du rapport et les propositions qui en découlent s'intéresseront exclusivement au métier de chirurgien. Il ne prendra pas en compte aujourd'hui le métier d'obstétricien, ni celui des spécialistes qui pratiquent la chirurgie esthétique. Il n'intégrera pas non plus l'action des médecins qui pratiquent des actes thérapeutiques dits « interventionnels » non effractifs (radiologues, endoscopistes ect...). Toutefois, les conclusions du rapport pourront servir de base à l'extension de modes de rémunération innovants pour les autres spécialités médicales.

Sous le terme « rémunération » nous ne tiendrons compte que des revenus du travail médical des chirurgiens, sans évoquer les revenus d'éventuelles parts dans un établissement de soins ou d'autres revenus annexes, comme la revente d'une clientèle. Nous ne tiendrons pas compte des émoluments perçus dans le cadre de contrats de partenariat avec l'industrie, ou de brevets. Enfin, nous ne discuterons pas des rémunérations mixtes privées et publiques dans la mesure où nos propositions intégreront la possibilité d'un exercice chirurgical dans plusieurs établissements de statuts différents grâce à un **contrat d'exercice global**.

Contexte historique et social de la crise de la chirurgie

La médecine est en France une profession réglementée. Le caractère unique et national du diplôme de docteur d'état en médecine et l'inscription obligatoire à l'ordre des médecins pour exercer ont modelé la profession qu'elle soit exercée dans les établissements de soins publics et privés ou en ville.

C'est en 1803 que la loi du 18 ventôse an XII définit juridiquement le libre exercice de la pratique médicale, cadre institutionnel dans lesquels, seuls les titulaires du diplôme habilité peuvent exercer la médecine. Il y a donc monopole. Pour un exercice limité de la médecine, la loi reconnaissait le droit à des "officiers de santé" d'assurer une partie de la médicalisation des zones reculées. La progression du nombre de médecins attitrés augmenta alors rapidement. En 1876, il y avait 10.743 docteurs en médecine et 3.633 officiers de santé.

Ce corps des officiers de santé fut supprimé près d'un siècle plus tard (loi du 30 novembre 1892) notamment à cause de la multiplication des faux médecins. En 1881 sont créées des sociétés médicales qui définirent des tarifs médicaux facultatifs représentant des émoluments minima. En 1893 est créée l'Assistance Médicale Gratuite. Les tarifs à l'acte furent institués ultérieurement et leur usage resta longtemps confidentiel. La tradition voulait avant la première guerre mondiale, notamment en milieu rural que le paiement médical se fit une fois par an sous forme de "notes d'honoraires" dont le montant variait en fonction du destinataire. Certains payaient en nature où ne payaient pas, véritable organisation des soins gratuits, liés au fait que les médecins connaissaient bien le niveau social de ceux qu'ils avaient en charge.

Jusqu'en 1940 la pratique médicale restera un exercice individuel ; le médecin travaille où il veut, choisit ses horaires et est complètement maître du type d'exercice qu'il réalise. A l'hôpital la rémunération du chirurgien est symbolique. Il y exerce peu. Sa rémunération provient pour l'essentiel de son exercice en clinique. Le développement des assurances est, quant à lui, encouragé par le législateur. Organisations de droit privé comme les mutuelles, les assurances s'en distinguent par leur but lucratif d'indemnisation des salariés accidentés. Par les lois du 5 avril 1928 et 30 avril 1930 les assurés bénéficient d'une assurance maladie maternité invalidité et vieillesse. On parle même de la rendre obligatoire et d'en donner à l'état le monopole.

Les médecins pour protéger le caractère libéral de la profession défendirent l'entente directe du paiement des honoraires par le malade. En 1928 pour asseoir leurs revendications, les syndicats

médicaux se réunirent en une confédération des syndicats médicaux français, la CSMF. En 1936 les médecins seront 2 fois plus nombreux (25 930) et les officiers de santé auront presque totalement disparu (112). A l'époque du front populaire, le taux de médecins pour 100 000 habitants était de 62,7. Il est aujourd'hui de 333.

La seconde guerre mondiale a fait prendre conscience de l'importance d'une solidarité nationale. Pendant la guerre, le conseil national de la résistance intègre à son programme un plan de sécurité sociale mis en œuvre par les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945.

Rapidement après, la Constitution de la IV^e République, adoptée par référendum, crée dans son préambule une obligation constitutionnelle d'assistance financière de la collectivité envers les personnes exposées aux risques sociaux les plus importants (femmes, enfants, vieux travailleurs).

La réforme de 1958, dite "Debré" modifie la pratique médicale et notamment chirurgicale en attirant à l'hôpital les médecins spécialistes dont les chirurgiens dans un cadre leur permettant un exercice plein temps avec le cas échéant une partie d'activité dite libérale ou secteur privé. Dans les années 70, la multiplication des CHU et le développement des hôpitaux dits généraux, équipés de plateaux techniques modernes, attirent de plus en plus de médecins et de chirurgiens vers une pratique salariée temps plein ou temps partiel. Pour les hospitaliers le choix est possible entre un exercice purement salarié ou mixte public salarié et privé sous réserve d'un quota de 20% d'activité libérale dans l'établissement.

La régulation quantitative du nombre des médecins est assurée depuis 1971 par le *numerus clausus* instauré à la fin de la première année des études médicales.

Pour l'exercice libéral, le principe de conventionnement entre syndicats médicaux et caisses d'assurances maladies, qui repose sur la notion de tarifs dits opposables sera mis en place en 1960 et est toujours en vigueur. La convention de 1980 crée le secteur 2, qui permet à certains praticiens de dépasser le tarif conventionnel. En contrepartie, leurs cotisations sociales ne sont plus prises en charge par les caisses. C'est grâce à l'ouverture de ce secteur que la chirurgie française libérale a pu maintenir un excellent niveau de prestations allié à la rapidité d'accès aux soins. Toutefois la non réévaluation du tarif des actes depuis 15 ans et la mise en place en 2005 d'une Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) rémunérant mal les actes chirurgicaux ont aggravé la crise.

L'exposé des motifs des accords du 24 août et du 2 septembre en fait état :

« Dans l'esprit des travaux du Conseil National de la Chirurgie, les partenaires sont convenus qu'il y avait, aujourd'hui, urgence à adresser à l'ensemble des chirurgiens des signes forts de soutien pour que notre pays conserve le haut niveau de compétence de sa chirurgie pour le plus grand bénéfice des patients.

Chacun s'accorde sur les raisons de la crise que traverse cette spécialité depuis plusieurs années :

- Une désaffection des étudiants en médecine pour cette spécialité considérée, encore hier, comme la plus noble. La diminution par 2 du nombre des internes en chirurgie a créé une rupture.*
- Un haut niveau de responsabilité, d'exigence et de pénibilité, insuffisamment pris en compte au cours des 15 dernières années.*
- Une judiciarisation croissante qui s'est traduite par une progression soutenue des primes d'assurance. »*

Et d'ajouter le 2 septembre dans l'accord avec les chirurgiens publics :

« On constate depuis plusieurs années un glissement progressif de l'activité de chirurgie programmée du secteur public vers le secteur privé. L'accroissement de la fracture entre la chirurgie d'urgence et la chirurgie programmée serait incompatible avec le maintien d'un haut niveau de qualité à l'hôpital public et contraire aux objectifs de santé publique.

C'est pourquoi le Gouvernement souhaite rétablir un équilibre plus harmonieux entre les deux secteurs, publics et privés, dans le cadre du volet hospitalier du plan chirurgie»

Trois ans plus tard, ces accords n'ayant pas, pour l'essentiel, été respectés, la crise chirurgicale s'amplifie. A la veille d'une rupture démographique et dans un contexte de déséquilibre des comptes sociaux il faut maintenant utiliser de nouveaux leviers pour réunir la chirurgie française et ses chirurgiens dans une perspective d'exercice partagé qui seule garantira un accès aux soins sans discrimination de lieu ou de moyens aux malades et blessés qui se confient à eux

L'état des lieux

La chirurgie française garde un très bon niveau de prestations, reconnu à l'étranger grâce à son efficacité et à sa sécurité,

1° Les particularités de la chirurgie

- l'acte opératoire est

- **unique, non répétitif** (on ne retire pas deux fois la vésicule biliaire ou la prostate).
- **à haute responsabilité**, qui implique un esprit de décision quelle que soit l'heure du jour ou de la nuit et un savoir faire reconnu.
- **facilement descriptible**, c'est-à-dire évaluable, tant dans sa durée et sa difficulté que dans son environnement matériel et dans les ressources humaines qu'il implique pour être réalisé dans de bonnes conditions.
- **Evaluable dans ses résultats** immédiats et à moyen et long terme.

- les chirurgiens

- **ont une formation longue** (*7ans de formation commune, 5 ans d'internat, 2 à 4 ans de clinicat et d'assistanat*), théorique et pratique au cours d'un apprentissage difficile.
- **sont particulièrement exposés aux poursuites judiciaires.**
- **ont une carrière courte d'une trentaine d'années.**
-

2° Les chiffres clés

- **Le nombre de chirurgiens en France**

Hormis les obstétriciens dont l'acte princeps, l'accouchement n'est pas prioritairement chirurgical (entre 10 et 20% de césariennes) les chirurgiens plasticiens dont la majorité des actes ne sont pas pris en charge par les caisses d'assurance maladie, on compte aujourd'hui environ 14000 chirurgiens en France, répartis à peu près à égalité entre le secteur public et privé. 7000 exercent dans les établissements privés et 7000 dans les hôpitaux.

Données CNOM

	effectif	% de femmes	% libéral	% hospitalier	% libéral hospitalier
CHIRURGIE					
générale	3719	8	31,6	58,2	7,3
infantile	211	33	10,9	84,1	3,5
maxilo faciale	47	27	54	36,5	9,5
orthopédique et traumatologique	2412	3	46,2	42,1	9,7
plastique et reconstructive	558	19	61,8	14,6	20,7
thoracique et vasculaire	243	4	28,2	62,7	8,3
urologique	791	3	52,8	33,2	12,2
vasculaire	423	5	50,2	38	10
viscérale et digestive	571	11	38,4	52,5	7,6
stomatologie	1017	16	59,9	9,8	21,1
orl	2864	17	49,4	21,4	19,9
oph	5383	42	61,3	12	26
neuro chir	384	10	20	73,8	
TOTAL CHIRURGIE	18623				

Ces données doivent être corrigées :

1° certains ophtalmologistes et orl ne pratiquent pas d'actes opératoires classants.

2° il existe environ 15% de doubles qualifications en chirurgie.

3° certaines spécialités sont mélangées

Au total, on peut estimer le nombre de chirurgiens à environ 14.000 en France.

- **La typologie des chirurgiens**

Le chirurgien est en 2007 un homme (87%) de moyenne d'âge 51 ans. Son cursus de formation est le plus sélectif : 90% d'ancien chef de clinique des hôpitaux et le plus long (14ans). L'entrée sur le marché du travail se faisait en 2006 à 34 ans. Il cesse son activité en moyenne à 65,5 ans et vit en moyenne 17 ans en retraite (Carmf).

- **L'activité chirurgicale en France** données PMSI 2006

représente environ **7 300 000 opérations chirurgicales par an** dont :

2 300 000 actes opératoire réalisés en chirurgie ambulatoire (32%)

5 000 000 d'actes opératoire réalisés en hospitalisation (68%)

soit une moyenne de 521 actes opératoires par chirurgien

La Chirurgie publique

Source FHF 2006

Nombre d'hôpitaux publics pratiquant la chirurgie en 2004	479
Nombre global de lits de chirurgie hôpitaux publics en 2004	44 869
Nombre de lits de chirurgie CHU (hors obstétrique)	19 611
Nombre de lits de chirurgie CH hors obstétrique)	25 258
Nombre d'actes opératoires annuels hôpitaux publics	2.000.000
Nombre d'actes chirurgie ambulatoire, hôpitaux publics	270 000

Effectifs rémunérés des praticiens hospitaliers en chirurgie, source Signed 31 décembre 2005

Chirurgie	Plein Temps			Temps Partiel		
	F	H	Total	F	H	Total
total	714	3 612	4 326	168	908	1 076
% sexe	16,5%	83,5%	100,0%	15,6%	84,4%	100,0%
Age moyen	45 ans 0 mois	49 ans 7 mois	48 ans 10 mois	48 ans 7 mois	52 ans 11 mois	52 ans 2 mois

Effectif rémunérés des praticiens hospitalo universitaires en chirurgie : 1034

Effectif rémunérés des chefs de clinique assistants des hôpitaux 1109

Effectif rémunérés des internes des hôpitaux : 2600

Effectifs rémunérés des chirurgiens à diplôme étranger hors union européenne : 1389

Départs à la retraite à 65 ans estimés des praticiens hospitaliers en chirurgie, source Sigmed 31 decembre.2005

Discipline	Effectifs fin 2005	Départs en 2006	Départs en 2007-2011	Départs en 2012-2016	Départs 2006-2016	% départs 2006-2016
Chirurgie	5 402	41	495	964	1 500	27,8%

La chirurgie libérale

Nombre d'établissements sous OQN possédant un bloc opératoire	783
Nombre d'interventions chirurgicales /an	4.600 000
Nombre de chirurgiens dans les cliniques (hors gynéco obstétrique)	7 000

La chirurgie dans les hôpitaux Privés à but non lucratif (PNL)

Sur 600 établissements PNL, un petit groupe d'environ 50 établissements pratique la chirurgie. Ils sont inégalement répartis sur le territoire. Environ 800 chirurgiens y opèrent, soit 6%. Source SAE 2005.

Ils pratiquent environ 270.000 interventions /an

Au total

Source FHF 2005

part de l'activité chirurgicale des hôpitaux publics	33%
part de l'activité chirurgicale des cliniques privées	67%

La répartition des actes opératoires selon les secteurs public et privé :

Le panel d'actes opératoires classant (case mix) dans les hôpitaux publics est plus large que celui des établissements privés. Ces derniers assurent 80 % de l'activité programmée et 85% de l'activité ambulatoire.

3° Les urgences chirurgicales et la permanence des soins chirurgicaux

Les imbroglios administratifs, le refus de certains chirurgiens de participer aux gardes et astreintes, les craintes de voir les établissements de statuts différents travailler ensemble expliquent l'absence d'une coordination salubre à la prise en charge des urgences. Il convient de distinguer les impératifs liés à la « continuité des soins » c'est à dire la gestion de l'imprévu péri opératoire et ceux liés à la permanence des soins c'est à dire l'organisation de la prise en charge des urgences.

1) La continuité des soins (suivi et reprise opératoire par le chirurgien ou son équipe) est le plus souvent assurée en interne dans un établissement à la condition qu'il y ait au minimum 2 praticiens à exercer la même spécialité, ce qui est loin d'être toujours le cas.

Dans les hôpitaux où exercent seulement deux chirurgiens dont un viscéral et un orthopédiste, la continuité des soins ne peut être sérieusement assurée. Dans les petites cliniques où exercent parfois un seul chirurgien d'une spécialité, la situation est tout aussi précaire.

2) La permanence de soins, c'est à dire les urgences chirurgicales qui se présentent à la porte des établissements, est en bien des endroits dans une situation ubuesque. Plusieurs chirurgiens sont d'astreinte dans plusieurs établissements de la ville pour recevoir au maximum 1 urgence à opérer une nuit sur trois ou quatre, voire moins !

Les tarifs d'astreinte en exercice libéral sont faibles 150 € /nuit et le dimanche.

A l'hôpital, une garde sur place est payée 250€, une astreinte 46€ et le déplacement 60 €.

Certains chirurgiens ont compris la nécessaire mutualisation des moyens publics et privés, mais les administrations sont actuellement incapables de réguler cette permanence des soins malgré la bonne volonté des praticiens. Tous les prétextes sont bons pour maintenir les obstacles souvent plus théoriques que pratiques à une telle harmonisation salubre.

4° Les revenus des chirurgiens

Les revenus des chirurgiens libéraux

Source CARMF

Bénéfices non Commerciaux 2006 en €		
	secteur 1	secteur 2
Chirurgie générale	77 681	146 948
Chirurgie infantile	(*)	47 103
Chirurgie maxillo-faciale	(*)	95 529
Chirurgie maxillo-faciale & stomatologie	109 260	130 077
Chirurgie orthopédique traumatologie	89 033	151 957
Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	106 282	147 606
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	102 798	116 450
Chirurgie urologique	105 428	143 798
Chirurgie vasculaire	82 745	118 477
Chirurgie viscérale et digestive	76 586	122 758
Neuro-chirurgie	85 961	136 211
ensemble des Chirurgiens	85 028	144 053

Le coût de la pratique et les charges professionnelles

comprend : La Prime de responsabilité civile La Redevance à l'établissement Les frais de Personnels (secrétaire, aide opératoire) Les frais de matériels et de locaux Les cotisations à la CARMF et à l'URSAFF	représente : Entre 42 et 53% du chiffre d'affaire annuel selon le secteur d'activité
--	---

Ex : pour une appendicectomie au tarif opposable en urgence sans complément d'honoraire: soit 208,69€ le chirurgien gagne au 104,31€ pour l'acte et le suivi de l'opéré pendant 15 jours (hospitalisation et consultation)

une cure de varice : 178,07€, dont 89,03€ net pour le chirurgien

une prothèse de hanche : 450 euros dont 225 pour le chirurgien

une néphrectomie élargie avec surrénalectomie pour cancer : 383 euros dont 191 nets pour le chirurgien

Les revenus annuels bruts des chirurgiens hospitaliers

Salaire d'un praticien hospitalier plein temps :

1° échelon : 45 677,69 €

7° échelon : 58 392,93€

13° échelon : 82 945,38 €

Gardes sur place sur une moyenne de 1 garde tous les 5 jours environ 23000 euros /an

Astreinte sur la même base : 8000 euros/an

Indemnité annuelle pour activités sur plusieurs établissements : 4653 euros/an

Indemnité annuelle de renoncement au secteur privé :5600 euros/an

Avec une activité en secteur privé, le praticien hospitalier augmente en moyenne ses revenus de 25%.

La fiche de paye d'un chirurgien de 54 ans, hospitalier non universitaire, sans secteur privé, à l'échelon 12 (voir annexe 1).

Les revenus annuels bruts de la fonction hospitalière des chirurgiens hospitalo universitaires

a) praticien hospitalo universitaire (PHU) :

1° échelon : 22 838,84 euros

4° échelon : 24 389,40

8° échelon : 30 126,52

b) Maître de conférence des universités (MCUPH)

Avant 3 ans : 24 813,21 euros

Après 9 ans : 33 220 .62

Après 18 ans : 41 491 ,90

c) Professeur des universités (PUPH)

Pour la partie hospitalière

avant 3 ans : 32 559 euros

après 5 ans : 40 030

après 12 ans :53 907

les revenus annuels brut de la fonction universitaire des chirurgiens hospitalo universitaires :

de 3032 euros bruts/mois au 1^o échelon de la 2^e classe

à 5849 euros bruts /mois au dernier niveau de la classe exceptionnelle

(soit moins de 5% des universitaires)

En moyenne un professeur des universités gagne 95.000 euros net / an sans secteur privé.

A ces revenus il faut ajouter les revenus du secteur privé hospitalier qui est utilisé par environ 50% des chirurgiens.

Les revenus annuels des chirurgiens PSPH

Les établissements privés participant au système public ont des modes de rémunération variables de leurs chirurgiens. Certains ont opté pour une rémunération à l'acte comme dans le secteur libéral, d'autres un mixte entre salaire et activité et d'autres sont purement salariés. Les grilles de salaires de la FEHAP qui étaient attractives il y a vingt ans n'ont pas été réévaluées et les chirurgiens qui exercent dans les établissements PSPH ont vu leur niveau de vie stagner exposant au risque d'une démobilitation forte des acteurs de terrain.

Exemple : Fiche de paye d'un chirurgien de 54 ans du secteur psph salarié. (voir annexe 2)

Les effets néfastes de la sous rémunération des chirurgiens

Le découplage des rémunérations chirurgicales avec leur niveau attendu a largement participé au développement d'effets pervers :

1) A l'hôpital

- On constate dans certaines régions jusqu'à 20% des postes de chirurgiens qui ne sont pas occupés.
- Comme l'a relevé la Cour des Comptes, certains hôpitaux, pour maintenir leurs chirurgiens en place ou attirer les autres multiplient les contournements pour augmenter les revenus : gardes et astreintes payées non réalisées, primes diverses ne correspondant pas au travail fourni, aide au logement.
- On relève parfois des abus d'utilisation du secteur privé hospitalier, notamment dans certains CHUs, activité qui, selon les règles, ne doit pas dépasser 20% du temps.
- On observe enfin une tendance à la substitution des jeunes chirurgiens, chefs de clinique assistants, par des chirurgiens à diplôme étranger qui parfois sont de très bon niveau mais qui de par leur formation parfois incertaine assument dans certains cas des responsabilités qui les dépassent

2) **En exercice libéral**

- des chirurgiens en secteur 1 réalisent parfois des dépassements d'honoraires non prévus par la convention.
- Certains chirurgiens du secteur 2 ont tendance à augmenter le niveau de leurs honoraires sans lien qualité établi.
- des demandes de dessous de table existent.
- des compléments d'honoraires sont parfois demandés à posteriori sans avoir prévenu le malade.
- les tarifs ne sont pas toujours affichés.

Ces dérives tant dans le système public que dans le système libéral traduisent d'abord l'inadéquation entre la charge et la responsabilité de l'exercice chirurgical et le niveau des revenus. Tout système contraignant, inadapté et injuste conduit à ce type d'attitudes déviantes. Dans un tel contexte de crise grave et persistante, le fait incontestable reste que, si les chirurgiens font leur travail avec une conscience professionnelle qui les honore :

Les actes chirurgicaux sont actuellement mal rémunérés

Conclusion sur l'état des lieux

Sans la notion d'équipe chirurgicale soudée autour de la table opératoire, rien ne pourra modifier l'inexorable perte de qualité d'une des spécialités les plus difficiles à pratiquer.

La tarification à l'activité devrait améliorer la productivité, à la condition principale que les personnels des blocs opératoires soient impliqués et récompensés à la hauteur de leur engagement au travail.

Dans les hôpitaux, même si les chirurgiens ont leur part de responsabilité dans les dysfonctionnements des blocs opératoires, il faut souvent beaucoup d'énergie pour trouver une place au bloc opératoire alors que l'on refuse souvent le dernier malade vers 16h. Les changements des opérés sont lents et la productivité souvent faible.

Dans les cliniques, l'activité est soutenue, rendant parfois difficile la réalisation d'actes longs qui rapportent globalement moins que de nombreux petits actes rapides.

La révision de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ne reconnaît pas la chirurgie dont les actes sont sous financés. L'exigence de qualité est remise en cause par la médiocrité des ressources financières allouées à la bonne réalisation des actes opératoires.

La fragilité, les manques dans la constitution des équipes opératoires et le recours à l'intérim nuisent à la qualité des actes.

Afin de revenir à l'exercice d'une chirurgie sereine, garant d'une optimisation des résultats pour les opérés, c'est toute la chaîne des personnels de bloc opératoire qu'il faut revoir en acceptant de financer à la hauteur de leurs diverses responsabilités et engagement les acteurs qui interviennent directement dans la production de soins chirurgicaux en salle d'opération.

10 déterminants de la rémunération chirurgicale

1) La démographie des chirurgiens

Les revenus de chaque génération de médecins ont varié inversement en fonction du *numerus clausus* qui les a concerné c'est-à-dire en fonction du nombre de médecins en exercice. Les inégalités intergénérationnelles sont importantes. En cas de pléthore, les médecins compensent par une augmentation du volume de soins, la limitation de leur clientèle. La diminution du *numerus clausus* a amélioré la situation financière des cohortes de médecins installés à partir du milieu des années 1990. Les croisements des travaux publiés confirment cette auto régulation du revenu en rapport avec la densité chirurgicale. Des disparités importantes dans l'indication opératoire sont relevées de région à région dont les explications ne sont pas univoques, mais là où l'offre chirurgicale est forte, le nombre d'actes opératoires pour une population donnée augmente (entre 1 à 4 pour les indications de pontages coronaires),

2) La solvabilité du patient

99% de la population est couverte par la sécurité sociale. 85% de cette même population adhèrent à une mutuelle ou une assurance complémentaire et le reste dépend de la Couverture Médicale Universelle (CMU) et de l'Aide Médicale d'Etat (AME). Au total (source UNOCAM) l'assurance maladie intervient pour 75% des volumes de prises en charges, la mutualité pour 6%, les assurances pour 3%, les prévoyances pour 2,5% et les ménages pour le solde soit 13,5% toutes prestations confondues. Pour le remboursement des honoraires, la nature de ces prises en charges est différente. L'assurance maladie assure un remboursement solidaire et universel pour la proportion de prise en charge au premier euro. Les complémentaires interviennent par des contrats collectifs ou individuels et prennent en charge de façon très variable les compléments d'honoraires. La part de ces compléments dans les honoraires totaux a tendance à augmenter et, pour les chirurgiens, elle est passée de 20,8% en 2000 à 29% en 2004 (DREES N°457 janvier 2006).

3) les honoraires

Les chirurgiens libéraux et les hospitaliers avec un secteur privé demandent des honoraires qui sont remboursés partiellement par les caisses d' Assurance Maladie au tarif dit « opposable » du régime obligatoire (R.O.). Ce tarif est d'autant plus bas qu'il n'a fait l'objet que de minimes augmentations. Certaines mutuelles et assurances remboursent donc une autre part des honoraires, le complément, à un niveau variable. Les opérés payent eux-mêmes une partie des honoraires, quand les complémentaires ne prennent pas en charge le reste à charge (R.A.C). Cette situation manque de transparence tant dans les contrats de organismes complémentaires que dans les tarifs des chirurgiens. Elle ne doit plus durer, car aléatoire.

En 2006, Les honoraires demandés par les chirurgiens étaient en moyenne de 114% supérieurs aux tarifs opposable. Ces tarifs étaient appliqués à une partie seulement des malades car un pourcentage de 13 à 97%) d' actes réalisés par les chirurgiens en secteur 2, ou en secteur 1 avec DP furent effectués en tarif opposable.

4) la codification des actes

L'introduction en 2005 de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) a été motivée par le souhait de disposer d'une évaluation des actes tenant comptes notamment du coût de la pratique, du temps de réalisation, de l'effort intellectuel. En se substituant à des lettres clefs dont la hiérarchisation était simpliste, l'irruption de la CCAM aurait pu influencer positivement le revenu des chirurgiens libéraux. Cependant les tarifs qui ont été alloués pour chacun de ces actes ont été affectés par la volonté d'absence de perdant empêchant de valoriser certaines disciplines dont la chirurgie.

5) la spécialisation chirurgicale

La chirurgie dite générale n'existe plus. La formation universitaire, le volume constamment en augmentation des connaissances et savoirs faire, la pression jurisprudentielle sont autant de facteurs qui font de la spécialisation chirurgicale une exigence. Cette haute technicité influence bien sur le revenu, qui est directement lié à la nature des actes réalisés. Cette spécialisation d'une part et la fracture entre chirurgie programmée et chirurgie d'urgence d'autre part, constituent des variables potentielles d'ajustement des revenus.

6) La durée de carrière

A l'hôpital comme en ville la carrière chirurgicale débute très tardivement, en moyenne à 34 ans et se termine 30 ans plus tard. Avant les revenus du chirurgien en formation sont ceux de tous les internes (21 000€ brut/an) ou chefs de clinique (37 000€ brut/an).

Pour les hospitaliers (PH) la retraite est constituée outre la part du régime général de la sécurité sociale, d'une part liée aux cotisations au régime de l'IRCANTEC. Pour les chirurgiens, praticiens hospitaliers, exerçant de façon exclusive en exercice public et pour une carrière cotisant à 24 ans jusqu'à 65 ans celle-ci se monte à 45900€ brut /an pour 78299 points acquis. La retraite des PU PH était jusqu'à cette année limitée à la part de cotisation liée à l'activité universitaire sans que la part hospitalière ne soit incluse.

Pour les chirurgiens libéraux la CARMF offre des revenus de retraite peu attractifs (environ 2000 euros/mois) comparés aux montants très élevés des cotisations. C'est pourquoi un certain nombre de chirurgiens investissent dans d'autres formes de financement de leur retraite pendant les brèves années de leur carrière.

7) le mode d'exercice

La courbe des revenus varie fortement selon le mode d'exercice. L'exercice salarié s'effectue selon une croissance linéaire qui en une vingtaine d'année environ double la rémunération 47600^e au 1^{er} échelon et 86500 au 13^{ème} échelon).

La courbe des revenus en exercice chirurgical libéral est différente : A croissance initiale très rapide elle atteint un plafond après seulement 3 années d'exercice. Ce plafond est maintenu une quinzaine d'année avant une décroissance progressive.

8) La participation à la permanence chirurgicale

La participation à la permanence chirurgicale ne détermine significativement les revenus des chirurgiens que dans leur exercice public. Chez le chirurgien public en début de carrière la part du revenu issue de la participation à la permanence peut atteindre et dépasser 30%.

9) Les situations statutaires

Les Praticiens Hospitaliers, praticiens universitaires perçoivent une rémunération qui évolue de 35 500€ à 71 500€ pour la part universitaire et 32 500€ à 54 000€ pour la part hospitalière. A cela s'ajoute l'exercice éventuel d'un secteur privé à l'hôpital ou encore diverses primes et indemnités (prime d'exercice exclusif, prime de responsabilité) dont le montant, n'excède pas 30% de la rémunération globale. Enfin la Part complémentaire variable du revenu commence à se mettre en place alors qu'est rédigé ce rapport. Cette PCV pourrait à terme atteindre 15 % du revenu.

Les chirurgiens libéraux ont parfois un complément de revenus lorsqu'ils sont vacataires à l'hôpital sur la base d'une rémunération très peu attractive.

10) la féminisation

Si nous ne disposons pas d'étude spécifique sur les revenus des femmes chirurgiens, les femmes médecins ont, toutes choses étant égales par ailleurs, des honoraires inférieurs de 34% à ceux de leur homologues masculins. Les tarifs étant fixés, seuls les différences en terme de volume peuvent expliquer ces différences. Une étude de Fivaz et Le Laidier sur les généralistes français, montre que la durée hebdomadaire de travail et le nombre d'actes sont moindres pour les médecins femmes. Ils concluent à un écart de revenu de 22% entre hommes et femmes résultant surtout d'un choix personnel influencé par « le revenu de référence » fixé par chaque catégorie. En chirurgie, le taux de féminisation progresse de 3% entre 2001 et 2006, mais il reste encore marginal (5%).

Clarifier la situation

Avant d'envisager un scénario de mode de rémunération innovant, plusieurs questions clés appellent une réponse franche :

1) Sur quelles bases doit être évalué le chirurgien pour recevoir le juste prix de son travail ?

Le système actuel d'évaluation est complexe (Formation Médicale Continue, Evaluation des Pratiques Professionnelles, Accréditation et certification) cloisonné et en bien des points déconnecté de la réalité. Il faut le simplifier et en faire un intérêt à agir.

Le préalable à toute valorisation financière de l'activité opératoire sera l'obligation de présenter des résultats qualitatifs et de répondre à des seuils d'activité pour les équipes.

Ces résultats devraient être basés sur les données colligées par les collèges de spécialité à partir d'actes traceurs et par la saisie dans le PMSI : Le caractère urgent ou programmé de l'acte, le taux de décès, le taux de reprise opératoire pour complication et le taux de transfert pour complication. Des visites sur site permettraient de mieux cerner les raisons de elles ou telles variations ou écarts. Ces visites devraient être assurées par des chirurgiens experts dans leur spécialité, issus de la pratique publique et libérale, qui désignés par leurs associations savantes seront mandatés conjointement par le Conseil National de la Chirurgie et la Haute Autorité de Santé dans le cadre d'une mission d'évaluation.

2) Faut-il que les chirurgiens modifient leurs tarifs en fonction du niveau de remboursement des organismes complémentaires ou du patient?

Nous répondons non. La rémunération des chirurgiens ne peut se fonder sur la solvabilité des opérés car Il n'y a fondamentalement aucune raison tant médicale qu'économique pour faire payer différemment les malades en fonction de leur couverture complémentaire. L'acte opératoire a donc un prix qui est directement lié à sa difficulté et aux investissements en personnels et matériels pour le réaliser. Ce prix est indépendant de la solvabilité des patients. La vraie question est celle du « tarif opposable » dont la non réévaluation aboutit à un remboursement partiel des actes opératoires qui ne correspond plus au coût réel de l'opération.

3) Faut-il que les chirurgiens payent les matériels et les personnels qu'ils utilisent ?

Dans un système de convergence tarifaire l'employeur devrait probablement financer les personnels auxiliaires et les matériels.

Le chirurgien, responsable de ses actes doit :

1° participer directement à la constitution de l'équipe opératoire avec laquelle il travaille en se basant sur la compétence des personnels dans le cadre des règles du bloc opératoire.

2° disposer des matériels et dispositifs dont il a besoin pour réaliser les actes en conformité avec les recommandations de l' HAS.

La Haute Autorité de Santé en collaboration avec le Conseil National de la Chirurgie devra définir les bases et les modes d'intervention de l'équipe opératoire en fonction de la typologie des actes.

.

4) Faut il que le chirurgien s'assure lui même en responsabilité civile professionnelle ?

Dans le cadre d'une organisation territoriale nouvelle et globale, l'assurance en responsabilité civile professionnelle serait prise en charge au prorata de l'activité dans les différentes institutions dans lesquelles il travaille. L'agence régionale de santé pourrait éventuellement intervenir en mutualisant les primes des chirurgiens d'une région ou d'un territoire

5) Le chirurgien peut il opérer seul dans sa spécialité?

Nous répondons non :

Il ne peut plus assurer la totalité des actes opératoires dans sa spécialité compte tenu de la multiplication des techniques chirurgicales.

1° Il lui faudra réaliser les actes simples de la spécialité tout en s'orientant vers une ou deux sur spécialisations l'obligeant de facto à exercer en groupe de spécialité.

2° la discussion collégiale en « staff » doit permettre de confirmer la bonne indication dans les cas difficiles

3° Il pourra faire appel sans délai à un collègue en cas de difficulté majeure et imprévue.

4° Il respectera le repos à la suite d'une garde sur place ou d'une astreinte pendant lesquelles il aura opéré la nuit.

6) Le chirurgien pourra t il s'installer où il le veut ?

L'acte chirurgical doit pouvoir faire l'objet de coopérations professionnelles et interprofessionnelles. L'installation isolée d'un chirurgien dans un petit établissement de soins public ou privé n'est plus acceptable en terme de qualité des soins.

7) Le chirurgien devra t il opérer toute sa vie active ?

Le chirurgien doit pouvoir volontairement évoluer dans sa carrière professionnelle.

Utiliser la compétence du chirurgien à certains moments de sa vie active pour participer à la formation initiale et continue, à l'évaluation des pratiques, aux responsabilités administratives, à l'innovation et à la recherche correspond à la fois à un besoin de la société pour maintenir la qualité des résultats et aux souhaits de nombreux chirurgiens. Cette évolutivité de la carrière chirurgicale ferait l'objet d'un contrat renouvelable déclinant les activités diverses à réaliser par le chirurgien dans la période donnée. Dans ce cadre d'action le chirurgien devra disposer de plages de temps de formation continue suffisantes afin d'intégrer les innovations dans sa pratique.

Les **Ecoles de Chirurgie** permettront de créer le lieu de rencontre entre les jeunes chirurgiens en formation et leurs aînés qui viendront à la fois se reformer tout en apportant leur propre savoir faire.

8) Combien faudra t il de chirurgiens en France ?

La diminution modérée, calculée et intelligente du nombre des chirurgiens est probablement gage d'amélioration de la qualité, et de bon équilibre gestionnaire bien compris. Il s'agit d'un puissant vecteur de coopération inter établissement et d'un bon moyen de traitement des pratiques et comportements. La mutualisation des équipes autorisée par un nouveau mode de rémunération, dans le respect des bonnes pratiques définies par les collèges et associations savantes des spécialités, devrait permettre de définir le nombre adéquat de postes de chirurgie à l'examen national classant. Leur nombre doit correspondre à la demande régionale future en chirurgiens des dix spécialités nouvellement définies dans le cadre d'un cursus de formation adaptée.

9) L'innovation chirurgicale doit elle être encouragée ?

Le fait que nous soyons amenés à évoquer cette question en dit long sur la fragilité de l'innovation chirurgicale en France.

Plusieurs pistes d'action doivent être étudiées, de la coopération renforcée avec les industriels à la reconnaissance financière supplémentaire pour les chirurgiens découvreurs et innovants, le temps que la technique se diffuse.

Le partenariat avec les industriels et chercheurs est stratégique et d'autant plus important à développer que la chirurgie s'oriente vers la télémanipulation et la robotique chirurgicale. Dans ce domaine le retard français et européen est énorme alors que nous avons les industries aéronautiques, militaires et nucléaires parmi les meilleures au monde. Il suffirait de transférer ces technologies de pointe à la chirurgie pour relancer une industrie des matériels chirurgicaux aujourd'hui moribonde.

Les objectifs

Les rapporteurs proposent de fixer la rémunération des chirurgiens sur la base des objectifs suivants :

La rémunération sera :

1) commune pour les chirurgiens volontaires qui exercent actuellement dans trois secteurs différents et qui demain travailleront sur un projet commun dans un territoire commun et le cas échéant sur des plateaux techniques différents.

2) promotionnelle, et équilibrée entre contribution et rétribution.

3) proportionnelle à l'activité pour la pratique clinique et **au forfait** évalué notamment pour la permanence de soins et les tâches et responsabilité diverses directement ou indirectement liées aux soins.

4) basée sur la culture de l'évaluation annuelle de la pratique

5) contractuelle. Les agences régionales de santé devraient être les tutelles naturelles de cette démarche contractuelle.

La rémunération devra :

- **assurer la reconnaissance de la qualité et de la performance**
- **ne pas être dépendante de la solvabilité des opérés**

Cette rémunération s'inscrit dans le cadre d'un déséquilibre durable des comptes de l'assurance maladie. Ce n'est pas un bon à tirer supplémentaire, mais une meilleure organisation de la prise en charge des malades et blessés sur le territoire qui permettra à la chirurgie française de poursuivre sa mission de soins dans un cadre rénové et attractif.

Le scénario

est basé sur le principe du « **contrat d'exercice global de la chirurgie** »

Des trois modes de rémunération des médecins, la capitation, le payement à l'acte ou le salaire, nous pensons que le **payement à l'acte** correspond le mieux à la reconnaissance du travail accompli pour un chirurgien dans la mesure où ses interventions sont **uniques** non répétitives.

Le **forfait** financera essentiellement la permanence de soins et les tâches de non soins.

Le contrat stipulera très clairement les missions d'intérêt général qui incomberont au chirurgien dans la mesure où ce dernier sera financé par les diverses cotisations des assurés sociaux. Parmi ces tâches nous retiendrons : l'évaluation des pratiques, la formation des chirurgiens, les responsabilités dans les établissements (Conseil exécutif, chefferie de pôle, présidence de CME, etc...), l'enseignement, la recherche en chirurgie.

La mise en œuvre de ce contrat d'exercice global doit correspondre à un engagement volontaire. Des expérimentations régionales pilotées et évaluées seront nécessaires en utilisant, par exemple l'amendement L 6133-5 du code de la santé publique.

Quel que soit le scénario retenu, ce nouveau contrat d'exercice global ne devra pas remettre en cause les conditions conventionnelles actuelles. Si l'on veut que les chirurgiens y adhèrent, le **contrat d'exercice global doit être plus attractif** que les modes de rémunération actuels pour la majorité d'entre eux.

Les impératifs :

Pour mener à bien une telle politique il faudra :

1) calibrer le flux annuel d'internes en chirurgie en lien avec les recommandations du CNC sur la formation des chirurgiens.

2) créer un « fond pour la chirurgie » avec notamment la participation active des mutuelles et assurances complémentaires pour couvrir le risque chirurgical. Il s'agit d'une initiative de transparence indispensable permettant aux organismes complémentaires l'accès à une information sur les prestations qu'ils financent.

Grâce à un tel « fond pour la chirurgie », les malades auront accès à la prise en charge de leurs soins chirurgicaux quelle que soit leur solvabilité.

3) établir une rémunération chirurgicale à la hauteur du travail accompli sur la base de la garantie d'une bonne qualité de soins tant dans les indications que dans la réalisation des actes opératoires.

La réalisation :

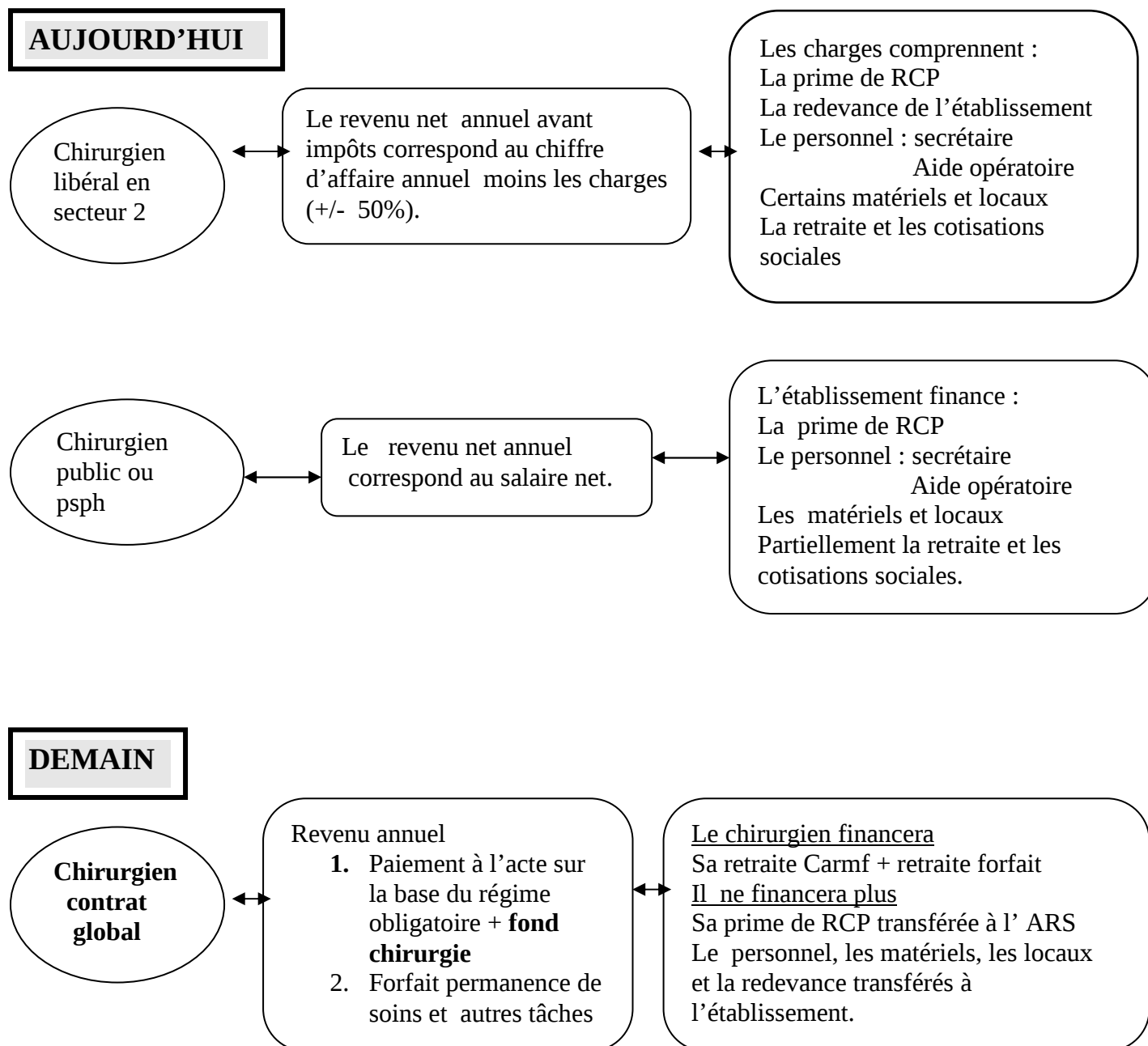
Le contrat sera renouvelable tous les trois ans :

- il proposera que le chirurgien s'engage à une l'activité opératoire annuelle soutenue d'un minimum 300 actes opératoires par an.
- il indiquera que le chirurgien s'engage à l'évaluation annuelle de sa pratique.
Il stipulera que le chirurgien s'engage à la permanence de soins mutualisée dans un territoire donné.
- Il précisera que les tarifs des actes opératoires feront l'objet d'une conférence nationale des revenus afin d'éviter leur déconnexion d'avec les coûts.

Il sera signé entre le chirurgien le ou les établissements concernés et l'autorité que représentera l'Agence Régionale de Santé. Des variations dans le niveau de rémunération des actes et des missions d'évaluation, de formation d'enseignement et de recherche seront possibles d'une région à l'autre, la base minimale nationale restant la même.

Le contrat d'exercice global

Schéma de répartition des charges



Conclusion

Afin d'établir une pratique chirurgicale sereine nécessaire à la portée de la bonne indication et à la réalisation adéquate des actes opératoires le « **contrat d'exercice global de la chirurgie** » apparaît une voie d'avenir qui entraînera les acteurs et les payeurs à réviser leurs schémas de pratique et de financement de la chirurgie, aujourd'hui inadaptés.

Le contra **rémunérera le chirurgien à la fois à l'activité**, selon son volume d'actes clinique et **au forfait pour les taches d'astreinte et de non soin**.

le contrat éclate les différents postes budgétaires actuels en les répartissant sur les acteurs les mieux à même de les gérer, le chirurgien étant payé avant tout pour son **travail intellectuel et manuel**.

Nous faisons le pari de la réussite d'une formule attractive qui libère le chirurgien d'une charge financière qu'il n'a pas à supporter.

En proposant une véritable **carrière chirurgicale** avec sa modularité entre l'activité et le contrôle de la qualité réalisé par les pairs, nous pensons offrir en particulier aux jeunes générations de chirurgiens un espace d'exercice combinant la liberté d'action et le support institutionnel adéquat à une pratique optimale d'un métier particulièrement difficile.

Nous proposons de **mettre en place au plus vite** un tel modèle de rémunération volontaire.

Le contrat devra rester **simple, souple et adaptable** en limitant au strict nécessaire les directives administratives.

Des simulations par rapport à l'activité 2007 pourraient déjà aider à la finalisation concrète du modèle.

Nous demandons qu'à partir de ce schéma de rémunération, soient engagées rapidement avec le Conseil National de la Chirurgie les discussions visant à résoudre les difficultés inhérentes à tout projet innovant, avant d'envisager la **rédaction claire et brève de l'encadrement législatif** qui pourrait porter le projet.

Nous proposons en outre que ce contrat s'adapte rapidement aux anesthésistes qui le désireraient et qu'il serve de pilote à la rémunération future des médecins spécialistes interventionnels.

Page libre

François Aubart

Le financement des hôpitaux, des cliniques, des honoraires et des salaires chirurgicaux est en France socialisé.

La typologie des établissements (hôpital public, établissement privé à but lucratif ou établissements PSPH) où s'exerce la chirurgie est unique en Europe. Cette particularité est en lien avec l'existence d'un ensemble de cliniques privées dont la proportion ne se retrouve nul part ailleurs. L'irruption des offreurs de soins et des fonds de pensions qui en possèdent maintenant les 2/3 accentue les contradictions du système.

Le travail entrepris dans ce rapport, en continuité avec celui du CNC, a vocation à fonder une nouvelle unité de la chirurgie. Pour autant il ne constitue qu'une étape vers une large et urgente rénovation.

Le nouveau mode de rémunération que nous proposons doit retenir les aspects positifs de la rémunération à l'activité associée à celle du salariat, en écartant leurs aspects négatifs. De même le nouveau mode d'organisation de la chirurgie et, au delà, le nouveau mode d'organisation des soins, ne sera fondé ni sur la concurrence puisqu'il n'y a pas de marché ni sur une planification obsolète.

Dans chaque territoire, dans chaque région les Agences Régionales de Santé (ARS) lieux nouveaux de gouvernance, devront servir de boîte à outil et disposer de financements mutualisés au service d'une refondation profonde seule capable de répondre à l'objectif de qualité pour tous.

Page libre

Philippe Cuq

Le débat a été riche, souvent consensuel, parfois contradictoire, mais toujours avec la volonté de proposer des solutions pour sortir de la crise. Confronter des exercices différents, des spécialités différentes et des générations différentes représentait une véritable gageure.

Des pistes ont été soulevées. Il reste beaucoup de réflexions, de travail et d'énergie et surtout de volonté et de courage pour surmonter les tabous et aboutir à des solutions concrètes, efficaces et réalistes. L'UCDF est plus que jamais désireuse de s'impliquer pour y parvenir.

Quelques précisions afin d'éclairer le débat futur :

1- La chirurgie a des contraintes spécifiques qui l'individualisent au sein des disciplines médicales et justifient en public comme en privé, un contrat d'exercice spécifique.

2- La pratique chirurgicale est centrée sur l'acte opératoire : unique, non répétitif. Le paiement à l'acte doit donc rester la règle. Même si certaines missions peuvent faire l'objet de rémunérations forfaitaires.

3- Aujourd'hui la prise en charge de remboursement du tarif des actes chirurgicaux est largement sous évaluée. Elle représente la cause principale des restes à charge qui risquent de peser de plus en plus lourd sur les Français et s'explique par :

1° La forte dévaluation des tarifs des actes chirurgicaux depuis 15 ans et une CCAM technique dénaturée.

2° La prise en compte insuffisante, hétérogène et parfois opaque des indispensables honoraires complémentaires pour les assurés.

4- Il apparaît donc indispensable, sans tabou et en toute transparence, de définir avec l'Etat, l'assurance maladie et les complémentaires santé :

- Un tarif minimum chirurgical (TMC) opposable des actes. L'utilisation de la CCAM V0 justement valorisée par un point travail et un coût de la pratique réalistes, semble la bonne solution.
- Le champ des indispensables compléments d'honoraires et de leurs nécessaires remboursements.

5- En contre partie les chirurgiens s'engagent à :

- A la garantie de l'accès aux soins en TMC opposable des plus démunis.
- A l'implication dans une démarche réglementée d'évaluation des pratiques professionnelles, de gestion et de prévention des risques.
- Au respect d'une information transparente et complète sur le prix des actes.

6- les charges professionnelles des chirurgiens libéraux représentent en moyenne 50% de leurs revenus bruts. Si leur transfert (personnel, matériel, assurance, redevance...) à l'établissement est une piste envisageable, il ne doit en aucun cas dégrader l'indépendance professionnelle et altérer le dynamisme et la performance des équipes.

7- la permanence des soins doit être partagée, sans subordination en traitant les situations région par région, ville par ville. Le traitement de l'urgence chirurgicale est souvent grave et difficile et s'il doit être fait en tarif opposable, celui-ci doit être fortement valorisé en associant un « forfait permanence » et un paiement à l'acte majoré d'un coefficient U réaliste et spécifique.

8- simplifier les relations des équipes opératoires avec les établissements et les tutelles en les regroupant harmonieusement est une garantie de qualité et d'efficacité des soins chirurgicaux, mais sur-administrer l'exercice chirurgical ne peut aboutir qu'à la perte de dynamisme et d'efficience.

9- la féminisation des professions médicales aura en chirurgie un retentissement important par rapport à d'autres spécialités, cet élément est à prendre en compte dans les futures évaluations démographiques.

10- Un nouveau contrat d'exercice chirurgical permettrait :

- de valoriser l'acte chirurgical
- de réduire les « restes à charge » par la protection sociale obligatoire et complémentaire.
- d'améliorer les conditions de l'exercice et par la même la sérénité du chirurgien

Il serait le garant à la fois d'une attractivité pour les jeunes et d'une offre de soins chirurgicaux de qualité, équitablement répartis sur tout le territoire, pour tous les Français.

L'Union des Chirurgiens De France a la volonté de participer à ce nouveau contrat.

« Assurer un accès de tous à une chirurgie de qualité, sans discrimination de lieu, d'information et de moyens financiers »

Le **Contrat Chirurgical** aurait comme caractéristique de base :

1) D'être spécifique:

- négociée avec la représentation chirurgicale

2) D'être accessible à tout chirurgien, public ou privé, dès lors qu'il justifie :

- d'une formation initiale validée
- d'un engagement dans une démarche qualité
- d'une participation à la permanence des soins
- du respect de la transparence et du devoir d'information vis-à-vis de ses honoraires.

3) De permettre l'égalité d'accès aux soins à tous et en tous lieux, par une prise en charge du remboursement global (obligatoire et complémentaire), visant à réduire le reste à charge pour les opérés.

Page libre

Guy Vallancien

La médecine a considérablement évolué dans ses techniques et ses avancées scientifiques et les chirurgiens ont pris une large part au développement de ces progrès. Nous avons créé, adapté ou transféré les innovations scientifiques qui permettent aujourd'hui d'exercer une chirurgie plus efficace et plus sûre.

Cette évolution a deux conséquences directes encore mal perçues par les praticiens :

1° l'obligation de résultats : de l'obligation de moyens d'une médecine incertaine et incantatoire, nous évoluons vers une obligation de résultats d'une médecine efficace que nous devons aux malades.

2° l'organisation des soins : si les médecins ont participé aux changements de leur savoir et de leur savoir faire, ils n'ont guère modifié leurs comportements personnels dans l'organisation de leur travail. Le médecin est resté un artisan dans un monde de la santé qui s'industrialise.

Cette fracture entre la pratique individuelle traditionnelle et la socialisation du système de soins génère nombre de dysfonctionnements malgré la bonne volonté des praticiens. Elle explique aussi leur crainte vis-à-vis des changements de la pratique concernant le financement des personnels, de la prime de responsabilité civile ou de la liberté d'installation. La concentration des plateaux techniques répondra à ces interrogations puisque les chirurgiens qui signeront le « contrat d'exercice global » ne pourront plus pratiquer seuls.

Dans les hôpitaux la désorganisation est liée avant tout à l'absence de financement des hommes en fonction de leur production. Personnels mal répartis, lenteur d'action au bloc opératoire, exercice de plus en plus posté des médecins n'invitent pas à l'optimisation de la production de soins.

En modifiant les modes de rémunération des chirurgiens dans une vision globale, puisque tous font le même métier en clinique comme à l'hôpital, nous savons que nous touchons au cœur de la production de soins. Nous savons aussi que la jeune génération de chirurgiens est prête à exercer autrement dans un mode plus partagé, en équipe, sur des plateaux techniques renforcés.

C'est pourquoi, il importe de travailler les pistes que nous ouvrons sans à priori ni parti pris. Grâce à ces innovations dans le mode de financement des chirurgiens nous activerons les leviers du changement, pour offrir un accès à des soins de qualité à tous et en contrepartie recevoir une rémunération à la hauteur de la responsabilité engagée et du travail accompli.

La notion d'obligation de résultats implique une évaluation régulière pour chacun de sa pratique sur la base de critères simples, objectifs, facilement colligeables et analysables.

Aucun chirurgien qui fait son métier avec passion et sérieux n'aura à craindre d'une telle évaluation, véritable moteur d'amélioration des soins.

Tels sont les enjeux lourds pour l'avenir de la chirurgie française que sous-tendent les propositions de ce rapport.

Bibliographie

1. Alain N., Kremer H., Marchand M.: Incentive contract and the compensation of health care provider. Idep n° 9 mars 2001 p.37
2. Attal Toubert , K. et Legendre N. : Comparaison des revenus des médecins libéraux à ceux des autres professions libérales et des cadres., DREES N° 578 juin 2007-11-05
3. Aubart F : « Etat des lieux de la rémunération médicale à l'hôpital » , Officiel Santé n°34 juin 2006
4. Aubert P. et Crépon B. (2003). « La productivité des salariés âgés : une tentative d'estimation », *Économie et Statistiques*, n°368, avril.
5. Bercot R. : Rapport Final, Le bloc chirurgical : Diversité des pratiques et des articulations avec les autres services. DREES Septembre 2007.
6. Berland, Y : Rapport de la commission sur la démographie médicale hospitalière Ministère de la Santé, Avril 2005
7. Berlot, R. : Rapport sur le bloc opératoire. DREES septembre 2007
8. Bessière S., Breuil-Genier P. et Darriné S. (2004) « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national », *Études et Résultats* n°352, DREES
9. Bouet P. (rapporteur), Bernard-Cabinat M., Delga M.E., Monier B., Pouillard J..
Rapport de la Commission Nationale Permanente adopté lors des assises du Conseil National de l'Ordre des Médecins du 14/06/2003
Liberté d'installation, liberté d'exercice : Quelle médecine pour quels médecins ?
10. Bourgueil Y. *et al.* (2006). « Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : les enseignements de la littérature », *Questions d'Économie de la Santé*, IRDES, n°116.
11. Chadelat J.F. (Groupe présidé par) Avril 2003
Groupe de travail de la commission des comptes de la sécurité sociale
La répartition des interventions entre les assurances maladie obligatoires et complémentaires en matière de dépenses de santé
12. Cour des comptes : Rapport public thématique « Les personnels des établissements publics de santé ». Mai 2006
13. Rapport de la Cour des Comptes : Urgences médicales, constats et évolutions 2006
14. Cour des comptes - Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale - 12 septembre 2007 ; Les médecins libéraux : démographie, revenus et parcours de soins
15. Cours des Comptes (2007). « Sécurité Sociale 2007 », <http://www.ccomptes.fr/CC/documents/RELFSS/07-securite-sociale.pdf>
16. d'Autume Ch. et Guidicelli H.
Rapport sur l'application du protocole d'accord du 24 août 2004 sur la chirurgie française. IGAS septembre 2006
17. Delattre E. et Dormont B. (2003). « Fixed Fees and Physician-Induced Demand: a Panel Data Study on French Physicians ». *Health Economics*, vol. 12, pp. 741-754
18. Domergue J. , Guidicelli Henri : La Chirurgie Française en 2003 : les raisons de la crise et les propositions. (Rapport Ministère de la Santé 2003).

19. Dormont B. et Samson A.-L. (2007). « Les carrières des médecins généralistes : impact de la régulation de la démographie médicale ; stratégie pour l'identification d'un modèle de carrière avec des effets fixes », Document de travail DREES, à paraître.
20. Dormont B., Sauru A.L. : Régulation de la démographie médicale et carrières des médecins généralistes : les inégalités entre générations. Communication personnelle
21. DREES « comparaison des revenus libéraux à ceux des autres professions libérales et des cadres », n°578 juin 2007
22. Fillaut T. : Le système de santé français 1880 – 1995 - Edition ENSP 1997
23. Franc C. : Mécanisme de rémunération et incitation des médecins - Idep n° 9 mars 2001 p.13
24. Guidicelli H. : La chirurgie en France : constat et propositions :Rapport Ministère de la Santé 02 1996
25. Guillemin, O. et Roux , V. : Comment se détermine le niveau de vie d'une personne INSEE première N° 798, juillet 2001
26. HCAM - Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (2007). « Avis sur les conditions d'exercice et de revenu des médecins libéraux », 24 mai 2007,
27. Koubi M. (2003b). « Les carrières salariales par cohorte de 1967 à 2000 », *Économie et Statistiques*, n°369-370, juillet.
28. Lefranc A., Pistolesi N. et Trannoy A. (2004). « Le revenu selon l'origine sociale », *Économie et Statistiques*, n°371, décembre.
29. Legendre N. (2007) « Les revenus libéraux des médecins en 2004 et 2005 », *Études et Résultats* n°562, DREES.
30. Lepeu S : « La rémunération des chirurgiens, l'exemple de la chirurgie orthopédique » , Officiel Santé n°34 juin 2006
31. Pistolesi N. (2006). « L'égalité des chances en France et aux États-Unis : le rôle de l'effort, des circonstances et de la responsabilité », Thèse pour le doctorat en science économique, Université de Cergy Pontoise.
32. Schweyer F.X. : Les médecins aujourd'hui en France. Histoire et démographie médicales. Adsp n° 32 septembre 2000
33. URML Ile de France (2007) « L'épuisement professionnel des médecins libéraux : témoignages, analyses et perspectives », dossier de presse, 27 juin 2007.
34. Vallancien G. L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France. (Rapport Ministre de la Santé, 3 avril 2006)
35. Vanderschelden, M. (2007). « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2006 », *Études et Résultats* n°571, DREES.

ANNEXES

Liste des personnalités et organismes audités

Annexe 1 : fiche de paye d'un chirurgien hospitalier

Annexe 2 : fiche de paye d'un chirurgien psph

Les auditions

88% des personnalités auditées ont répondu de façon positive à:

- L'utilité d'un paiement à l'acte pour la pratique clinique
- La nécessité de baser la rémunération sur la qualité des actes.
- La pertinence d'une rémunération forfaitaire de la permanence de soins et des tâches de non soins
- L'importance d'une évaluation rigoureuse des pratiques
- La création d'un contrat d'exercice global public privé
- Un haut niveau de rémunération si ces objectifs sont remplis

Liste des personnalités et organismes audités

Mr. Jérôme	Antonini	Directeur Secteur Sanitaire de la F.E.H.A.P.
Mr. Henri	Balraud	Consultant en ressources humaines
Dr. Richard	Bataille	Membre du comité exécutif de la Fédération de l'Hospitalisation Privée
Mr. Didier	Bazzochi	Directeur Général de la Mutuelle Générale
Dr. Martine	Binon	Conseillère médicale de la Fédération de l'Hospitalisation Privée
Dr. Rachel	Bocher	Présidente de l'Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers
Me. Agnès	Bocognano	Secrétaire Générale du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
Dr. Gilles	Bontemps	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
Dr. Philippe	Boutin	Président de la Conférence Nationale des Présidents d'URML
Mme Hélène	Boyer	Responsable pôle ressources humaines de la FHF
Dr. J. Gabriel	Brun	Chirurgien, membre du Conseil National de la Chirurgie
Mr. Paul	Castel	Directeur Général des Hospices Civils de Lyon, Président Conférence Directeurs CHU
Dr. Jacques	Caton	Président du Syndicat National des Chirugiens Orthopédistes
Dr. Michel	Charton	Directeur Technique Santé Individuelle AXA
Dr. Michel	Chassang	Président de la Confédération des Syndicats Médicaux Français
Pr. Pierre	Coriat	Président de la CME de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris
Mr. Dominique	Coudreau	Conseiller de la Générale de Santé
Dr. Alain	Courtade	Membre de la Confédération des Praticiens des Hôpitaux CHP
Mr. Edouard	Couty	Conseiller et Maître à la Cour des Comptes ? ex directeur de la DHOS
Mr. J. Pierre	Davant	Président de la Mutualité Française
Mr. Jean	de Kervasdoue	Professeur au Conservatoire National des Arts et Métiers
Mr. Gérard	de La Martinière	Président de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances

Pr. Jacques	Domergue	Député de l'Hérault, Président du Conseil National de la Chirurgie
Pr. Alain	Destee	Président de la Conférence des Présidents de C.M.E. de C.H.U.
Mme Brigitte	Dormont	Economiste, Professeur à l'Université Paris Dauphine
Mr. J.Loup	Durousset	Président de la Fédération de l'Hospitalisation Privée
Dr. Christian	Espagno	Vice Président de la Confédération des Syndicats Médicaux Français
Dr. Pierre	Faraggi	Président de la Confédération des Praticiens des Hôpitaux CHP
Dr. Benoit	Feger	Vice Président de la Fédération des Médecins de France, Président URML Bretagne
Dr. Francis	Fellinger	Président de la Conférence des Présidents de C.M.E. de C.H
Mr. André	Flajolet	Député du Pas de Calais, Chargé de mission sur l'accès aux soins
Mr. Bertrand	Fragonard	Président du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
Dr. J. Pierre	Genet	Président de la Conférence des Présidents de C.M.E. PSPH
Pr. Henri	Guidicelli	Rapporteur du Conseil National de la Chirurgie à la DHOS
Dr. Jean	Haligon	Président de la Conférence des Présidents de C.M.E. d'Ets privés
Dr. Alain	Jacob	Secrétaire général de l'Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers
Pr. Daniel	Jaeck	Président de la section chirurgie générale du Conseil National des Universités
Dr. Stanislas	Johanet	Anesthésiste réanimateur à l'hôpital Trousseau, Paris APHP
Mr Francisco	Jornet	Avocat du Conseil National de l'Ordre des Médecins
Mr Gérard	Larcher	Sénateur
Mr. Jean Michel	Laxalt	Président de l'UNOCAM
Mr. Ch.Henri	Le Chevallier	Consultant chez Towers Perrin
Mr. Benoit	Leclerc	Directeur Général de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris
Dr. Michel	Legmann	Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins
Dr. Claude	Leicher	Vice-Président de MG France
Dr Jean Marie	Leleu	Chirurgien orthopédiste, FNAP CPH
Mr. Claude	Le Pen	Economiste, Professeur à l'Université Paris Dauphine
Mr. J. Hervé	Lorenzi	Président du Cercle des Economistes
Dr. Pierre	Loulergue	Président de l'Intersyndicat national des chefs de clinique assistants
Dr. Bruno	Masso	Vice Président de la Fédération des Médecins de France
Dr. Jacques	Meurette	Membre du SML
Mr. Angel	Piquemal	Président de la Conférence des directeurs de centre hospitalier
Me. Claude	Rambaud	Présidente de l'Association Le L.I.E.N.
Mr. Michel	Regereau	Président de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
Dr. J. Claude	Regi	Président de la Fédération des Médecins de France
Dr. Alain	Ricci	Membre de l'UCCSF - Alliance
Mr. Frédéric	Rostand	Président Directeur Général de la Générale de Santé
Dr. François	Rousselot	Conseiller National du Conseil National de l'Ordre des Médecins
Mr. Didier	Tabuteau	Maître des requêtes au Conseil d'Etat, Directeur de la Chaire Santé à Sciences Po
Me Rose Marie	Van Lerberghe	Présidente du Groupe Korian

Bulletin de salaire d'un chirurgien hospitalier de 54 ans sans secteur privé à l'échelon 12 (max 13)

BULLETIN de SALAIRE

MOIS DE OCTOB 2007 MATRICULE 333333

GRADE PRATICIEN HOSPITALIE M214

Point de paiement 07 Régime S.S. 300/200

SERVICI 53 07 4311
 NOM
 (Née)
 ADRESS J

N° S.S. agent:		STATUT: 66		PRATICIEN HOSPITALIER		56	
MATRICULE MUTUELLE	BASE des COTISATIONS		PLAFONN	Maladie déplaf	Maladie	Vieillesse	Nbre Heures
	Déplafonnée	Plafonnée					
	856732	268200	268200	6425	0:00	18692	151
Groupe Indiciaire	ECH	INDICE	M	Demi	M-1	TEMPS PARTIEL	ENFANTS
			Plein	Demi	Plein	Demi	5-10 10-15 +15 TOTAL
	12	30	00	00	00	00	00100/100
						F M	
CODE	NATURE		NB. OU BASE	TAUX	R	A PAYER	A DEDUIRE
005	TRAIT BASE MED: MONTANT		695025		*	695025	
160	IND SERVICE PUBLIC		47737	100	*	47737	
424	1/2 ASTREINTE OPERAT.		2063	500M-1	*	10315	
472	IND SUJETION MEDECINS		25913	100M-1	*	25913	
473	1/2 IND SUJETION MEDECINS		12957	600M-1	*	77742	
603	TOTAL BRUT		856732				
700	S.S MALADIE B. DEPLAF		856732	075	*		6425
701	S.S VIEILLESSE B. DEPLAF		856732	010	*		857
702	S.S VIEILLESSE		268200	665	*		17835
736	REMBT DETTE SOCIALE		831030	050	*		4155
737	C.S.G DEDUCTIBLE		831030	510	*		42383
738	C.S.G NON DEDUCTIBLE		831030	240	*		19945
745	IRCANTEC TRANCHE A		268200	225	*		6035
746	IRCANTEC TRANCHE B		530480	595	*		31564
755	PREFON		259200	900	*		21600
759	CONTRIBUTION SOLIDARITE		680046	100	*		6800
759	CONTRIBUTION SOLIDARITE		113970	100M-1	*		1140
799	TOTAL COTISATIONS OUV.		158739				
872	RETENUE NOURRITURE						4473
903	TOTAL RETENUE		163212				
***	POUR INFORMATION ***						
720	S.S MALADIE B. DEPLAF		856732				1280
722	S.S VIEILLESSE		268200				830
723	CSE NAT SOLIDAR. AUTONOMIE		856732				030
725	S.S FONDS LOGEMENT		268200				010
726	FNAL SUR TOTALITE		856732				020
727	S.S ALLOC FAM. B. DEPLAF		856732				540
731	TRANSPORT B. DEPLAF		856732				140
732	VIEILLESSE B. DEPLAF		856732				160
733	ACCIDENT TRAVAIL B. DEPL		856732				148
770	IRCANTEC TRANCHE A		268200				338
771	IRCANTEC TRANCHE B		530480				1155
781	TAXE SUR LES SALAIRES		856732				425
782	MAJORATION 1 TAXE SALAIRE		59492				425
783	MAJORATION 2 TAXE SALAIRE		737607				935
902	TOTAL ANNUEL HEURES SALAR		151670				
IMPOSABLE			Cumul retraite Complémentaire		C. PATR.		NET A PAYER
MENSUEL	CUMUL ANNUEL	Cumul avantages en nature			399360		***693520
743693	8240907		216000				€uros
NOM		MATRICULE		MOIS		OCTOB 2007	

* influent sur les cumuls imposables

DANS VOTRE INTERET ET POUR VOUS AIDER A FAIRE VALOIR VOS DROITS, CONSERVEZ CE BULLETIN DE SALAIRE SANS LIMITATION DE DUREE

C.R.I.H.-CENTRE Ref: CRIH.SEG

Bulletin de salaire d'un chirurgien de 54 ans, psph salarié

EXEMPLE : BULLETIN DE SALAIRE D'UN CHIRURGIEN DE 54 ANS							
HORAIRE OU TAUX : 1,00				VALEUR DU POINT : 4,3120			
MEDECIN SPEC.				STATUT : CADRE			
COEFFICIENT : 937,0				NBRE MOIS ANCTE : 314			
ELEMENTS DE LA PAIE					CHARGES EMPLOYEUR		
CODE	LIBELLE	NOMBRE OU BASE	TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT	
BAPBA	APPOINTEMENTS DE BASE			4040,34			
PTFON	POINTS FONCTION MED	35,00		150,92			
PTSPE	POINTS DE SPECIALITE	100,00		431,20			
PTINT	POINTS ACCA AI	170,00		733,04			
PTRCL	POINTS RECLASSEMENT MED	40,00		172,48			
PRANC	PRIME ANCIENNETE	5527,98	26,000	1437,27			
PRTEC	MAJORATION SPECIFIQUE CA	5527,98	20,000	1105,60			
COMNI	INDEMNITE COMPENSATION			59,46			
INRCL	INDEM. RECLASSEMENT IMM			228,97			
PDEC	PRIME DECENTRALISEE	8673,32	5,000	433,67			
GAMED	GARDES MEDICALES	1,00	314,040	314,04			
FORFA	ASTREINTES MEDICALES			699,99			
BRUT	SALAIRE BRUT	9806,98					
SSRGT	SS MALADIE VEU.GEN.S/B100	9806,98	0,850	-83,36	21,390	2097,71	
SSRGP	SS VIEILLESSE GEN. S/P100	2574,72	6,650	-171,22	8,400	216,28	
SSALX	FNAL SUR BRUT 236	9806,98			0,400	39,23	
CHOMA	ASS.CHOMAGE ASSEDIC S/TA	2574,72	2,400	-61,79	4,150	106,85	
CHOMB	ASS.CHOMAGE ASSEDIC S/TB	7232,26	2,400	-173,57	4,150	300,14	
PCIPA	PREVOYANCE CPMA CADRE	2574,72	0,410	-10,56	1,590	40,94	
RCPMA	RETRAITE COMPL. CPM S/TA	2574,72	4,130	-106,34	7,870	202,63	
PCIPB	PREVOYANCE CIPC S/TB	7232,26	1,360	-98,36	3,160	228,54	
RCIPB	RETRAITE COMPL.CIPC S/TB	7232,26	8,624	-623,71	13,936	1007,89	
RICET	CONTRIB. EXCEPTION. RCIPC	9806,98	0,130	-12,75	0,220	21,58	
MUTIN	PREVOYANCE U.M.C INDIVID.	5364,00		-62,76		20,92	
S2CSG	CONT.SOC.GEN. DEDUCT. FIS	9794,46	5,100	-499,52			
TOTAX	TAXES ET CHARGES DIVERSES					1990,90	
SSCSG	CONT.SOC.GEN.+RDS N D 260	9794,46	2,900	-284,04			
REPA	REPAS DU 010807 AU 3108			-38,11			
TRANS	REMBOURS. TRANSPORT RP.	24,52		24,52			
VALEURS		BRUT FISCAL	NET FISCAL	PLAFOND S.S.	HEURES DROITS SOCIAUX	NET A PAYER	COUT TOTAL DE LA PAIE
DU MOIS CUMULEES		9806,98	7903,04	2574,72	151,66	7605,41	16105,11
		88744,63	71512,49	23172,48	1364,94	REFERENCE REGLEMENT	VIR 30066 10521 0001039400174

SALAIRE EN FRANCS*BRUT:64329,87 *NET FISCAL:51840,78 *NET A PAYER:49888,45

NOUS VOUS RECOMMANDONS DE CONSERVER VOTRE BULLETIN DE PAIE SANS LIMITATION DE DUREE