

dialogue santé 3

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

FHP-MCO – Syndicat national des 600 établissements privés exerçant une activité en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO).

DÉCEMBRE 2011

Innovation : les opérations à cœur battant, au cœur du vivant !
Une technique virtuose pour le mieux être des patients atteints de pathologies coronariennes.



Président de CME : les bilingues de la santé.
Débuter aujourd'hui, est-ce plus difficile qu'il y a dix ans ?



Le PLFSS 2012 : l'heure du réalisme.

Le PLFSS est le rendez-vous annuel du pays avec la santé qui détermine l'avenir de notre secteur.



PLFSS 2012

Inventer ensemble le concept « médico-économique »



éditorial
Lamine
Gharbi

Nous sommes des acteurs sans texte. Il est difficile de regarder, impuissants, notre avenir se dessiner tout d'abord au fil des séances du PLFSS, puis des arbitrages de la DGOS, et enfin, bien qu'innocents, de subir la sentence des tarifs au 1^{er} mars. L'édition 2012 s'annonçait dans une certaine continuité des années précédentes : un ONDAM déclaré à l'avance, une stabilisation de la V11... C'était sans compter la crise qui rebat les cartes jusqu'au plus haut de l'État. Comment construire un budget, comment prendre des engagements avec vous, comment prévoir des investissements et améliorer nos outils de travail sans aucune visibilité ni marge de manœuvre ? Notre mission est d'accorder un orchestre – nos personnels de soins – et les professionnels que vous êtes, avec comme objectif de répondre aux attentes de l'auditoire. Un challenge enthousiasmant... quand on choisit la partition, une quadrature du cercle pour le quotidien du directeur de votre établissement ! Après six années de stagnation voire de diminution de tarifs, nous

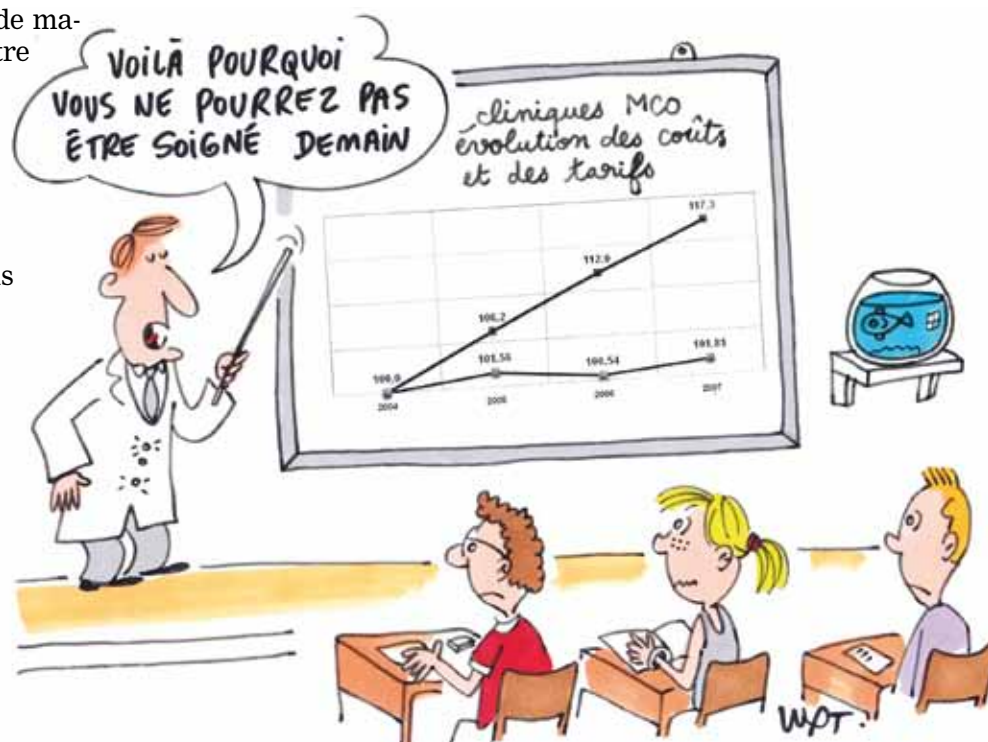
Les établissements MCO ont besoin d'un corps médical informé et impliqué dans l'économie de la santé

avons maintes fois fait le tour de toutes les rationalisations et économies possibles de notre entreprise. Nous n'inventerons pas seuls le concept du « médico-économique », mais avec vous. Les établissements privés en médecine, chirurgie et obstétrique ont besoin d'un corps médical informé et impliqué dans l'économie de la santé, indi-

viduellement au niveau de chaque clinique, collectivement au niveau national pour exercer ensemble un lobbying efficace. Le secteur hospitalier public s'exprime d'une seule voix – hôpital et praticiens, mettons-nous au diapason et trouvons notre « la ».

Lamine Gharbi
Président du syndicat national FHP-MCO

LE REGARD DE WAT



LA FRANCE PRIVILÉGIÉE DANS LA CRISE

JEAN-PIERRE DOOR, DÉPUTÉ UMP DU LOIRET, RAPPORTEUR DU PLFSS 2012 POUR LA BRANCHE « ASSURANCE MALADIE »

« Lorsque nous avons voté le PLFSS, au début du mois de novembre, nous avons proposé une politique de santé volontariste et ambitieuse. Nous avons proposé un ONDAM à 2,8 % à 171 milliards d'euros, soit 4,6 milliards d'euros de plus qu'en 2011. Ce calcul avait été effectué sur des prévisions de croissance à 1,7 % et une masse salariale inférieure à 4 %. L'actualité nous a rattrapés, la crise a frappé, les chiffres sont tombés : la croissance n'excèdera pas 1 % et la masse salariale sera inférieure à 3 %. 15 jours après le vote, nous avons dû revoir à la baisse toutes nos prévisions. Il a fallu récupérer le cap, comme un bateau qui navigue à vue. Nous sommes passés de 2,8 % à 2,5 %. Ce qui veut dire que nous devons dégager 500 millions d'économies. Pour



Beaucoup d'établissements vont être appelés à revoir leur gestion interne.

parvenir, nous comptons majoritairement sur les médicaments génériques. Nous espérons travailler étroitement avec le CEPS, le Comité économique des produits de santé, pour faire baisser leurs coûts de production, et avec les praticiens pour augmenter le taux de pénétration des génériques dans les ordonnances. Nous pensons également travailler sur les lignes de budget du plan Hôpital 2012. Les engagements pris seront tenus mais nous pensons pouvoir reporter certains financements sur les années suivantes. Enfin, nous tablons aussi sur la réduction des actes radiologiques. Aujourd'hui, l'ONDAM à 2,5 % est encore relativement élevé. 43 % des cliniques en déficit pourtant, ce chiffre me touche beaucoup. Je note que c'est surtout les groupes qui s'en sortent. Beaucoup d'établissements vont être amenés à revoir leur gestion interne. Il faut trouver un équilibre entre public et privé dans l'ONDAM. Cette année, le débat a été mené avec des perspectives plus réjouissantes que celles qui nous tombent dessus maintenant. Cependant, beaucoup d'entre nous étaient conscients du risque d'une révision à la baisse. En ce moment, dans d'autres pays d'Europe, on gèle les salaires, les retraites... Nous sommes encore privilégiés en France. Passer de 2,8 à 2,5 est un effort certain, mais la protection sociale est assurée. Maintenant, il faut espérer que les courbes s'inversent. »

UN ONDAM BAS = DES EFFORTS

ALAIN MILON, SÉNATEUR DU VAUCLUSE, MAIRE DE SORGUES

« Je vais vous parler en politique et non en tant que médecin : la réduction de l'ONDAM est particulièrement nécessaire à l'avenir du pays. Si l'on veut faire en sorte que notre pays retrouve sa stabilité d'ici les prochaines années, il va falloir faire preuve de rigueur dans les prescriptions, les durées d'hospitalisations, les moyens diagnostics utilisés. Le débat autour de l'ONDAM a été particulièrement dur cette année, et de nombreuses propositions de l'opposition m'ont semblé très coercitives, allant à l'encontre de la liberté d'installation. Pour les praticiens du privé, un ONDAM bas, cela veut dire : des efforts. Nous sommes à un tournant dans les manières de pratiquer l'exercice libéral de la médecine. Si rien n'est fait, l'obligation d'installation passera certainement (l'amendement du PCF dans ce sens a bel et bien failli passer). Le déficit de la sécurité sociale est élevé.



Pour moi, la seule avancée possible est une meilleure implication des praticiens dans l'économie de la santé.

Pour moi, la seule avancée possible est une meilleure implication des praticiens dans l'économie de la santé. Je rappelle tout de même que cet ONDAM représente une augmentation de 4 milliards 300 millions d'euros des dépenses de santé : cela réserve tout de même un certain nombre de possibilités d'amélioration ! »

ONDAM
DE L'ENSEMBLE DES RÉGIMES
OBLIGATOIRES
+2,5%
(171 M€)

DÉPENSES DE SOINS DE VILLE

78,9 M€

DÉPENSES RELATIVES

AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ TARIFÉS À L'ACTIVITÉ

55,3 M€

AUTRES DÉPENSES RELATIVES

AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

19,3 M€

CONTRIBUTION DE L'ASSURANCE MALADIE

AUX DÉPENSES EN ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES
POUR PERSONNES ÂGÉES

8,0 M€

CONTRIBUTION DE L'ASSURANCE MALADIE

AUX DÉPENSES EN ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES
POUR PERSONNES HANDICAPÉES

8,4 M€

DÉPENSES RELATIVES

AUX AUTRES MODES DE PRISE EN CHARGE

1,2 M€

LE PLFSS 2012... L'HEURE DU RÉALISME

Le PLFSS a été voté cette année à la fois sur toile de fond de crise et de campagne présidentielle... Un moment doublement délicat, peut être trop pour mener une politique de réforme courageuse. Dans l'exercice périlleux de la comparaison européenne, la France tire encore son épingle du jeu : la faillite de l'État grec, les difficultés de survie du système social en Espagne et en Italie, tout incite à la rigueur. Mais un ONDAM à 2,5 % ? Reste-t-il au secteur privé assez de marge de manœuvre pour mener une nécessaire politique de rigueur, sans risquer de fragiliser encore davantage des architectures budgétaires précarisées ?

NOUS COMPRENONS LA RIGUEUR MAIS PAS L'INJUSTICE

GÉRARD VINCENT, DÉLÉGUÉ GÉNÉRAL DE LA FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE, FHF

«**L**a réduction de l'ONDAM introduit une contrainte supplémentaire par rapport à des tarifs déjà bas. Le différentiel entre le taux de croissance de nos charges et nos recettes va augmenter. Le contexte demande à tous des efforts supplémentaires, mais je crains que nous allions au devant de compressions d'effectifs. On sait maintenant que la réduction de l'ONDAM à 2,5 % va porter non seulement sur les médicaments et la médecine de ville, mais également sur l'hôpital. Nous sommes en train de réfléchir à des solutions pour que la contraction de nos moyens ne s'accompagne pas d'une baisse de la qualité des soins. Lors du débat autour du PLFSS, l'affrontement gauche-droite a été tendu. Nous comprenons la rigueur, mais pas l'injustice, et la convergence tarifaire entre hôpitaux et cliniques commerciales est une mesure qui est injuste et



L'Etat crée délibérément le déficit.

injustifiée. Nous sommes inquiets, car les dépenses continuent de croître. Dans le secteur public, les salaires, non seulement des praticiens mais aussi du personnel, sont indexés sur une grille salariale qui augmente plus vite que nos recettes. Nous sommes dans une situation absurde : l'Etat crée délibérément le déficit. Les salaires ont beau être gelés depuis deux ans, les mesures catégorielles engendrent des dépenses supplémentaires non financées par les tarifs. Rappelons que 60 % des hôpitaux publics sont en déficit ! ».

L'OBSERVATOIRE ÉCONOMIQUE «CTC CONSEIL/ FHP-MCO» NE LAISSE AUCUN DOUTE

CLAUDE CHEZAUD, ÉCONOMISTE, DIRECTEUR DE L'AGENCE CTC CONSEIL

«**P**our moi, la réduction de l'ONDAM est une question d'ordre politique plutôt qu'économique. Le choix des priorités correspond à un agenda politique plus que directement économique. C'est ce qui rend les choses si difficiles à commenter. Les cliniques privées ne se retrouvent pas dans une situation de déficit parce qu'elles ont une mauvaise gestion, mais par la simple évolution mécanique des charges dues par exemple aux hausses de salaires, au vieillissement de la population, à la complexification des prises en charge... Le déficit vient du manque d'évolution du chiffre d'affaires des cliniques. L'Étude Nationale des Coûts que CTC Conseil a supervisée le met clairement en évidence. L'étude a permis d'identifier les spécialités qui étaient excédentaires, qu'on a ensuite contingencées, sans forcément réévaluer les spécialités en difficulté. En clair, on a raboté l'ophtalmologie sans réévaluation de l'obstétrique. On dit souvent que le secteur privé est le bon élève de la classe. La véritable question qui se pose aujourd'hui est de savoir si nous arrivons en bout de course en ce qui concerne la réduction des charges : tout ce qui pouvait être fait en termes d'optimisation logistique, de réorganisation, de planification avec des prestataires extérieurs... Qu'est-ce qui reste ensuite comme leviers ? Les derniers postes sont le personnel et les investissements, des postes auxquels on ne touche pas parce qu'ils sont intrinsèquement liés à la qualité et à la sécurité des soins. En conclusion ? La croissance des tarifs est bien loin de compenser la croissance des coûts. »



La croissance des tarifs est bien loin de compenser la croissance des coûts.

ETABLISSEMENT PUBLIC ET PRIVÉ : UN MÊME MÉTIER, UNE MÊME MISSION, 2 TARIFS DIFFÉRENTS !

Deux grilles tarifaires différentes s'appliquent aux 2300 GHS pratiqués dans les établissements hospitaliers français. En moyenne, un établissement privé à GHS identique est rémunéré par la sécurité sociale 21,6 % moins qu'un établissement public, selon le rapport remis au parlement en 2011.

UNE CONVERGENCE EN ROUTE...

... mais à pas de tortue car sera effective selon nos calculs en 2092 ! 2011 a vu 193 GHS converger, pour une économie... de 150 millions euros. Et 2012 prévoit de faire encore mieux, avec une économie de 100 millions d'euros. Bien loin des 7 milliards d'économies possibles selon la Cour des comptes !

DES MISSIONS D'INTÉRÊT GÉNÉRAL ET D'AIDE À LA CONTRACTUALISATION TRÈS CHÈRES !

Une enveloppe de 8 milliards d'euros permet de financer tout ce qui ne relève pas du soin dans un établissement hospitalier. Une somme dévolue annuellement à 99% au secteur public. 8 milliards, c'est également le financement de l'activité de soin de l'ensemble du secteur privé MCO et qui permet de soigner environ 8 millions de patients. Un parallèle qui interpelle !

LA SANTÉ DES CLINIQUES PRIVÉES EST UNE QUESTION DE SANTÉ PUBLIQUE

CHRISTIAN LE DORZE, PRÉSIDENT DU GROUPE VITALIA, CANCÉROLOGUE

«**Q**uand la première évolution de l'ONDAM est tombée, on ne pouvait pas s'attendre à beaucoup mieux compte tenu de la crise, mais psychologiquement et politiquement, la rectification du taux à la baisse est dure à accepter. Nous avons un peu l'impression d'un budget de l'État à la petite semaine, avec des hypothèses de croissance volatiles. Au niveau de Vitalia, nous devons construire un budget 2012 sans être au courant du taux national d'évolution des tarifs, que nous connaissons seulement fin février 2012 ! C'est déjà compliqué pour un établissement, imaginez quand vous en gérez 49 ! En ce moment, tout se tend.



On peut craindre pour notre secteur une évolution tarifaire nulle, voire négative. Dans notre profession, on est à la fois régulé sur les tarifs et sur les volumes. Avec une évolution tarifaire à zéro, toute clinique subit chaque année l'augmentation de ses frais fixes : le loyer immobilier, les salaires, et les achats, auprès de fournisseurs qui, croyez-moi, ne sont pas régulés en volume ni en prix ! Avec une évolution tarifaire nulle, voire négative, l'effet ciseau est inévitable. A mon avis, il faut absolument que les praticiens de statut libéral, ayant un lien contractuel avec leur établissement privé, comprennent ces enjeux. Nous avons à la fois des intérêts communs et des problématiques communes. Plus les établissements vont être contraints, plus il y aura de conséquences pour les praticiens. La conséquence la plus drastique est bien sûr la perte de leur outil de travail. La fermeture d'une clinique quand la couverture hospitalière est importante n'est pas dramatique. Mais sur certains territoires, les cliniques prennent en charge 70% de l'offre de soin : la santé de nombreuses cliniques privées pose donc un vrai problème de santé publique. Plus fréquemment, une tension dans les tarifs amène un gel des investissements. Une clinique doit pouvoir investir entre 4 et 6 % de son CA pour renouveler et moderniser ses plateaux techniques et son hébergement. Avec les évolutions tarifaires actuelles, beaucoup de cliniques ne sont plus en capacité de le faire. L'outil se dégrade et peut devenir rapidement obsolète... Une année sans investissement se rattrape, mais pas plusieurs. Certaines cliniques ont des problèmes de trésorerie pouvant aller jusqu'à la liquidation judiciaire. L'avenir de la clinique doit intéresser les praticiens libéraux qui y exercent. Il est nécessaire d'avoir une vision et des ambitions communes ! »

ANTI JARGON

CEPS Comité Économique des Produits de Santé

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

FHF Fédération Hospitalière de France

FHP Fédération de l'Hospitalisation Privée

GHS Groupe Homogène de Séjours

HAS Haute Autorité de Santé

MCO Médecine, Chirurgie, Obstétrique

ONDAM Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

PCF Parti Communiste Français

PLFSS Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale

V11 Classification des séjours des établissements de santé



Cliniques et hôpitaux privés

On peut diriger un établissement de santé et avoir besoin d'un **diagnostic personnalisé** pour sa structure et ses employés.

La MACSF propose toute une gamme de services adaptés pour votre établissement et ses employés :

couverture du patrimoine immobilier et installations techniques, des pertes financières, Responsabilité Civile Professionnelle, responsabilité personnelle des dirigeants, assurances collectives santé et prévoyance, épargne salariale...

macsf.fr ☎ 01.71.23.73.50
etablissement-sante@macsf.fr



Notre vocation, c'est vous

Mutuelle Assurance Coopération Santé Financière

LE SECTEUR PRIVÉ :

UN FINANCEMENT QUI STAGNE

1,2%

C'est le % d'augmentation cumulée du financement de l'activité de soin privée MCO depuis 2005, soit 0,2 % par an.

UN TARIF UNIQUE

7 milliards

C'est le montant de l'économie attendue grâce à la convergence tarifaire entre les secteurs public et privé selon la Cour des comptes... en 2092

UN MÊME MÉTIER, UNE MÊME MISSION ET 2 TARIFS

22%

C'est le différentiel tarifaire constaté entre les secteurs public et privé

dialogue
santé

Dialogue santé est édité par la FHP-MCO, syndicat national des établissements privés exerçant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique au sein de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP). Il vous est remis gratuitement tous les deux mois. Décembre 2011. Directeur de publication : Lamine Gharbi, président de la FHP-MCO. Rédaction, conception : BVM/AC. Photos : © Fotolia et DR.

TECHNIQUE



Les opérations sont réalisées avec une perturbation minimale de la fonction cardiaque.

OPÉRATIONS À CŒUR OUVERT : AU CŒUR DU VIVANT !

La technique existe depuis dix ans et elle reste sans conteste une amélioration du traitement des pathologies coronariennes.

« **J**e pratique les opérations sur cœur battant de façon routinière depuis 2001 », explique le docteur Georges Pinelli, chirurgien cardiaque à la Clinique Claude Bernard, à Metz. « Pour la chirurgie de revascularisation coronarienne, la démarche classique est d'opérer sur un cœur arrêté : on utilise alors une machine, un circuit extracorporel qui prend le relais du cœur et des poumons. Chez nous, rien de tel. Nous pratiquons la chirurgie et les pontages sur un cœur qui bat, qui se contracte, sans aucune intervention extérieure ». Grâce à une technique permettant d'immobiliser de petites zones de l'organe, les opérations sont réalisées avec une perturbation minimale de la fonction cardiaque. « L'utilisation d'un circuit extracorporel n'est pas anodine : des complications peuvent survenir, avec des répercussions organiques sur le tube digestif, les reins, ou même les poumons. Sans machine, le patient supporte mieux l'opération ». Pourtant, jusqu'ici, une minorité d'établissements seulement opère sur cœur battant. Dans l'Est de la France, seuls

deux établissements, la clinique Claude Bernard à Metz et le centre hospitalier de Mulhouse, pratiquent couramment ce type d'opération. « Cette technique demande de l'entraînement. C'est une chirurgie de l'humilité, il faut y aller très progressivement. Et, il faut être jeune... du moins d'esprit ! ». De quoi provoquer le goût du défi des jeunes chirurgiens. Mais est-ce facile à pratiquer ? « La technique reste très accessible. On finit toujours par y arriver ». Et les robots Da Vinci ? « Ils sont utiles uniquement pour les opérations sur l'artère interventriculaire antérieure. Le volume des patients atteints est très faible, alors mieux vaut maîtriser la technique à la main ! » complète le docteur Georges Pinelli. À la clinique Claude Bernard, 90 % des opérations concernant des pathologies coronariennes sont effectuées à cœur battant, soit entre 220 et 230 par an. Ainsi l'intervention est moins lourde, le risque opératoire est diminué et la reprise d'activité plus rapide ». Dans une région où la prévalence des maladies coronariennes reste extrêmement élevée, c'est un réel progrès.

DU NOUVEAU DANS LE TRAITEMENT DES VARICES

La technique chirurgicale endovasculaire dite « closure » est très certainement une petite révolution dans le domaine de la chirurgie vasculaire : en introduisant dans une veine une sonde à usage unique, traversée par des courants à haute fréquence, elle permet de détruire des veines de façon beaucoup moins traumatisante pour le patient. Développée par un laboratoire américain et approuvée par la HAS, elle est en passe d'être financée par l'Assurance Maladie. « Les sondes à usage unique ont un coût », explique Philippe Cuq, Président de l'Union des chirurgiens de France, « mais cette technique permet de réduire sensiblement les douleurs post-opératoires et de réduire le temps d'arrêt de travail après une opération. Elle est moins invasive et mérite de rentrer dans l'arsenal thérapeutique pour le traitement des varices ».

L'entrée de l'Hôpital Privé Nord Parisien



Président de CME : les bilingues de la santé

LE DOCTEUR ROLAND JAEGER, GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN À L'HÔPITAL PRIVÉ NORD PARISIEN, À SARCELLES SUR SON TRAVAIL DE PRÉSIDENT DE CME.

Comment êtes-vous devenu président de CME ?

Je suis praticien dans cette clinique depuis près de 30 ans, et président de CME depuis 9 ans. C'est une fonction extrêmement prenante. Et l'évolution de la masse d'information à gérer est exponentielle ! À mon avis, débiter aujourd'hui est plus difficile qu'il y a dix ans, avec les accréditations tous les trois ans et les critères à respecter qui vont en croissant. Il faut bien connaître les rouages, et ce n'est pas si facile de trouver des praticiens libéraux qui acceptent de prendre plusieurs heures sur leurs semaines de travail pour une fonction bénévole ! Mais ce qu'il y a de bien, c'est qu'au fil des réunions, on apprend finalement beaucoup de choses.

Comment se passe la CME de votre établissement ?

J'ai la chance de travailler dans un établissement où l'entente entre les praticiens et la direction est exceptionnelle. Dans certains hôpitaux, c'est le combat permanent ! Ici, même si j'ai parfois la sensation d'être un peu pris en tenaille, l'entente reste excellente. Je trouve important que les médecins soient mieux formés au domaine juridique. Un minimum de formation extramédicale est essentiel.

Quelle est votre actualité ?

Nous sommes aux abois : notre accréditation est dans dix jours. J'ai d'ailleurs une réunion ce soir. Nous allons essayer de faire passer la motivation à tout le personnel. À mon avis, le plus gros challenge est la transmission d'information entre tous. Savoir exactement ce que l'on fait est la base et pourtant, ce n'est pas toujours bien partagé. Nous avons encore du travail !