



SORTIR DES DÉFICITS, PRÉPARER L'AVENIR ...

- Pour un financement responsable et équitable du système de santé

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

Cliniques & hôpitaux privés - médecine, chirurgie, obstétrique

La FHP-MCO

Qui sommes-nous ?

- La FHP-MCO est un syndicat patronal qui regroupe quelque 600 cliniques et hôpitaux privés de France, spécialisés en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

Créée en 2008, elle est la principale composante de la FHP (Fédération de l'hospitalisation privée), dont elle représente environ 60% des membres, aux côtés de deux autres syndicats d'établissements privés spécialisés dans les soins de suite et réadaptation (CSSR-FHP) et dans les soins psychiatriques (UNCPSY).

Avec 40% des hospitalisations, près de 60% de la chirurgie et pratiquement une naissance sur trois en France chaque année, l'hospitalisation privée est un acteur incontournable du système de santé.

Un acteur incontournable du paysage sanitaire français

8,5 millions de séjours

40% des hospitalisations

134 services d'urgence privés sur le territoire

2,2 millions de passages/an dans les services d'urgences privés

45.000 praticiens libéraux et salariés

156.000 infirmières, sages-femmes, aides soignants
administratifs, hôteliers

67.000 lits et places

58% des séjours chirurgicaux

52% de la chirurgie carcinologique

52% des séances de radiothérapie

32% des séances de chimiothérapie

1,9 million de séances d'hémodialyse

28% des naissances en France

8 milliards d'euros, chiffre d'affaires du secteur privé MCO

- 05 | Dépenser mieux pour ... mieux soigner
- 06 | Dix propositions pour préparer l'avenir
- 10 | Les Français inquiets pour l'avenir du système de santé
- 11 | Un système de santé «drogué» à la dette
- 13 | Pour un financement juste et équitable
- 14 | Cinq exemples de discrimination tarifaire
- 16 | Un même métier, une même mission, un même tarif
- 17 | Une distorsion de concurrence qui coûte 7 milliards d'euros par an
- 18 | Accélérer la convergence tarifaire, un impératif majeur
- 19 | Cliniques et hôpitaux privés : des acteurs de santé de qualité
- 20 | Pourquoi l'hôpital public doit devenir plus efficient
- 23 | Hôpital : état d'urgence... ? Ce qu'en disent les médias
- 34 | Public/privé : pour en finir avec les idées fausses...

Dépenser mieux pour... mieux soigner



Lamine Gharbi
Président,
FHP-MCO

“Une gestion responsable peut aller de pair avec des soins de qualité”.

Le financement de notre système de santé est gravement menacé par l'état des finances publiques. Une accumulation irresponsable de déficits colossaux de l'assurance-maladie depuis maintenant bientôt 25 ans et un endettement devenu insupportable hypothèquent désormais l'avenir de notre protection sociale. Depuis trop longtemps, les pouvoirs publics ont fermé les yeux sur les causes de ce désastre. Les choses ne peuvent continuer ainsi.

La Loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2012 était pourtant l'occasion de prendre des décisions courageuses, occasion manquée. Or on ne pourra les repousser éternellement.

L'évidence devra bien s'imposer : dans un contexte fortement contraint par les déficits, si l'on veut sauver notre système de soins, l'avenir en matière de santé est au « dépenser mieux ».

Or pour continuer à bien soigner demain, il va falloir commencer par « mieux gérer » les ressources. Cela veut dire mettre fin au « puits sans fond » qu'est aujourd'hui l'hôpital public avec le surcoût qu'il impose à la nation et aux cotisants sociaux. Un exemple : qu'est-ce qui justifie encore que, pour une prestation de soin identique, l'hôpital public soit remboursé 28% de plus en moyenne par la Sécurité sociale qu'une clinique ?

L'hôpital doit reconnaître qu'il coûte cher à la collectivité. Il ne s'agit pas de "casser" l'hôpital public ni de remettre en cause la qualité des professionnels hospitaliers qui se dévouent pour la santé de nos concitoyens. Il s'agit d'être responsable en conditionnant son financement à ses activités réelles de soins. Le secteur hospitalier public doit se réorganiser pour devenir plus efficient. Cela signifie se restructurer, adapter son offre aux besoins réels, rompre avec la culture des déficits, se désendetter et cesser de retarder les réformes nécessaires.

Ce n'est pas mission impossible. Depuis 20 ans, les cliniques et hôpitaux privés MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) ont montré la voie sans jamais faire le moindre compromis sur la qualité des soins. Nos établissements ont opéré au cours de ces dernières années une importante mutation économique et technologique, se restructurant tout en continuant à investir dans des plateaux techniques de pointe, à offrir des soins de qualité, à garantir la liberté de choix des patients et à assurer l'accueil de tous.

Cet effort des cliniques (qui, elles, ne peuvent compter sur la bienveillance de l'Etat pour renflouer leurs déficits) n'a pas été sans conséquence: en 20 ans, le nombre d'établissements MCO en France a diminué de moitié, passant de 1.014 établissements à 587.

La Cour des Comptes vient encore de répéter ce que nous disons depuis des années : la réduction des écarts de coûts entre l'hôpital public et les cliniques doit avant tout passer par l'amélioration de l'efficacité, plutôt que par la création de nouvelles dotations forfaitaires. Les magistrats financiers évaluent à 7 milliards d'euros par an les gisements d'économies à l'hôpital public pour les seules activités de court séjour.

Nous réclamons un financement juste et équitable à travers une allocation transparente et équitable des ressources. Pour que les économies ainsi réalisées puissent être réaffectées au financement des vrais besoins de santé des Français. Et pour montrer ainsi à nos concitoyens qu'une gestion responsable peut aller de pair avec des soins de qualité.

Dix propositions pour préparer l'avenir

PROPOSITION

N°1

Piloter notre système de santé avec justesse et impartialité

Pour cela, on peut agir dès l'année 2012...

Les directeurs généraux des Agences régionales de santé (ARS) ont un double rôle de régulateur régional et de responsabilité de la bonne gestion des établissements de santé publics. Par nature, ils ne peuvent pas être justes et impartiaux dans leurs choix.

Il est urgent de mettre fin à cette dualité de fonction. Il est nécessaire de disposer d'agences régionales régulatrices indépendantes.

Mieux encore, le pilotage national doit être assuré par une Agence nationale de la santé (ANS).

PROPOSITION

N°2

Financer notre système de santé de manière juste et lisible

Pour cela, on peut agir dès le PLFSS 2013...

Ces dernières décennies, la politique de financement du système de santé n'a été rien d'autre que celle du « ni ni » ou, dit autrement, une absence totale de politique claire, on est passé d'une logique de mutualisation, gérée de manière paritaire, à une logique d'universalisation des prestations et de fiscalisation, contrôlée par le Parlement et l'Etat...

Il est temps aujourd'hui de faire le choix d'une véritable politique de financement de l'assurance maladie. Cela passe par la nécessité de changer notre système de financement en arrêtant une modalité moins sensible aux aléas de la vie économique, notamment de l'emploi. L'ONDAM est aujourd'hui respecté. Et, cependant, le déficit est encore bien présent. Partant du principe que le besoin de la dépense publique de l'assurance maladie est globalement bien évalué, il convient maintenant de s'attaquer à la stabilité de son système de financement. La fiscalisation est-elle la solution ? Il convient également de déterminer le véritable rôle des organismes complémentaires.

PROPOSITION

N°3

Avoir des politiques de santé publique cohérentes et financées

Pour cela, on peut agir dès l'année 2012...

Si les politiques de santé publique ont le mérite de donner un sens aux actions conduites par les professionnels de santé, il n'en demeure pas moins que celles-ci doivent être coordonnées en veillant notamment à :

- faire tomber les frontières ville/hôpital
- les prioriser
- les évaluer sur le plan médico-économique
- les accompagner par des incitations, notamment financières, indispensables pour garantir le nécessaire lancement de ces opérations.

Plan Cancer, Plan Alzheimer, Plan Soins Palliatifs, Plan ICRT, Plan Obésité,... Autant de plans qui nécessitent une cohérence, une évaluation avec des indicateurs adaptés, c'est-à-dire des indicateurs de processus et, mieux encore, de résultats.

Garantir l'accès aux soins pour tous

Pour cela, on peut agir dès l'année 2012...

Être en mesure de garantir à chacun de ses concitoyens un égal accès aux soins pour tous doit être la priorité de tout Etat démocratique. Cet objectif doit aujourd'hui prendre en compte deux problématiques majeures : l'accès aux professionnels médicaux dans chaque territoire de santé en garantissant proximité et accessibilité financière ; et l'accès à des plateaux techniques de proximité.

La première pose la question des conditions d'installation des praticiens. Faut-il transposer les modalités applicables aux infirmiers libéraux qui ne sont pas conventionnés en territoires qualifiés de « sur-dense » ? La présence de praticiens médicaux est d'autant plus importante que leur absence sur un territoire conduit très souvent à une absence de professionnels paramédicaux. L'accès aux professionnels médicaux renvoie aussi aux débats sur le partage des tâches médicales (cf. infra). Cela pose aussi la question de la régulation du secteur 2 (permettant les compléments d'honoraires). Le dispositif actuel prévu par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012 qui prévoit la création d'un secteur optionnel (où les compléments d'honoraires seraient limités et socialisés) ne répondra pas aux attentes des praticiens libéraux.



La deuxième met en avant la question (en plus de celle portant sur les difficultés de recrutement de professionnels médicaux) de la politique tarifaire des établissements de santé. A titre d'exemple, le niveau tarifaire des accouchements est fixé de telle manière que le point d'équilibre économique est situé à, environ, 1.100 accouchements par an. Comment maintenir les « petites » maternités dans ces conditions ? Quelles sont les alternatives

à une politique tarifaire nationale pour les établissements de santé de proximité ? Y-a-t-il une modalité de financement complémentaire possible ? Si oui, laquelle ? Une enveloppe MIGAC ? Un accompagnement spécifique et individualisé est, à notre sens, la seule réponse pragmatique à apporter.

Développer l'efficacité collective et individuelle

Pour cela, on peut agir dès l'année 2013

Plus que jamais, dans un environnement soumis à la double contrainte de la démographie médicale défavorable (1 praticien sur deux ne sera pas remplacé dans les années à venir) et de la capacité financière de notre système d'assurance maladie, la volonté de maintenir un système de santé accessible pour tous doit nous inviter à rechercher l'efficacité collective et individuelle.

Cela passe par le partage des actes médicaux. La standardisation et la sécurisation des procédés d'investigation et de traitement, tout comme l'encadrement des décisions par les guides de bonnes pratiques, viennent renforcer la thèse d'un partage des tâches médicales répondant ainsi à une nécessité médico-économique incontournable.

Au-delà des corporations actuelles, et afin de répondre à cet impératif d'accès pour tous, il est essentiel de développer les outils permettant de répartir les tâches et de développer de nouveaux métiers. Une remise à plat des délégations de tâches est aujourd'hui urgente si notre objectif commun et partagé est de garantir l'accès aux soins à tous.

Il y a un autre acteur de la santé auquel des tâches simples pourraient être déléguées : le patient. Celui-ci cherche à savoir et à peser sur les décisions qui le concernent au premier chef. A titre d'exemple, l'éducation thérapeutique, comme le développement des instruments de contrôle, vont bouleverser le rapport du patient à sa propre maladie et au médecin qui le prendra en charge. Suivre sa tension artérielle, le rythme électrique de son cœur, le taux de sucre dans le sang,... devrait devenir chose courante dans les années à venir.

Il nous faut maintenant remettre en cause la chose la plus difficile ... nos habitudes, nos convictions, nos certitudes professionnelles et organisationnelles.

Accélérer la convergence tarifaire intersectorielle

Pour cela, à moyen terme, à l'horizon 2018...

Les tarifs issus de la « Tarification à l'Activité » (T2A) financent les activités de soins des établissements de santé publics et privés. Les autres missions qui leur sont confiées (comme l'enseignement, la recherche, la permanence des soins) sont financées par des budgets spécifiques qui viennent se rajouter aux tarifs (MIGAC, MERRI, ...)



Il est nécessaire de déterminer le modèle de convergence tarifaire des secteurs public et privé car les modalités tarifaires actuelles de financement divergent de par les différences statutaires des praticiens qui y exercent. L'économie attendue d'une convergence tarifaire entre secteur public et privé est de l'ordre de 7 milliards d'euros selon le rapport de la Cour des comptes de septembre 2011. La disparition brutale n'est pas raisonnable. Il convient dès lors de créer une enveloppe dédiée au surcoût de l'hôpital public (7 milliards d'euros) qu'il faut figer dans un premier temps et,

dans un deuxième temps, veiller à sa décroissance régulière dans les dix années à venir.

Pour cela, à court terme, dès 2012... chaque année :

La convergence tarifaire ciblée doit être poursuivie et amplifiée afin de produire au moins 250 millions d'euros d'économies par an (contre 100 M€ prévu en 2012, ce qui est insuffisant).

Requalifier les MIGAC* sous forme tarifaire

Pour cela, on peut agir dès l'année 2012...

Cette enveloppe d'un montant annuel de 8,3 milliards d'euros a été multipliée par deux en six ans. Elle équivaut au budget total annuel de l'hospitalisation privée. Une grande partie est totalement injustifiée et vient aujourd'hui alimenter sous forme de subvention déguisée les contrats de retour à l'équilibre des établissements de santé publics. Lorsque les objectifs d'équilibre budgétaire seront atteints, c'est autant de marges de manoeuvre (près d'un milliard) qui doivent être réinjectées dans une politique tarifaire.

(*Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation – définition : dotation ciblant des actions spécifiques non financées par les tarifs)

Développer une politique de financement de la qualité

Pour cela, on peut agir dès l'année 2012...

La politique conduite depuis des années vise à soutenir les établissements en difficulté en injectant régulièrement et sans fin des allocations de ressources complémentaires. Ceux qui sont efficaces et qui font des efforts sur les ressources s'en trouvent pénalisés. Il est temps d'inverser cette logique infernale.

Il faut conduire une démarche « promotionnelle » et non plus « compassionnelle ». Il convient de motiver les meilleurs et non de soutenir ceux en difficulté.

Dès février 2012, nous proposons un modèle fondé sur des indicateurs issus de l'exploitation des bases de données PMSI décrivant les pathologies prises en charge (sur la base d'une expérimentation portant sur cinq pathologies). Nous démontrerons qu'il est possible de prendre en compte le résultat attendu.

Lever les contraintes réglementaires de fonctionnement applicables aux établissements de santé

Pour cela, on peut agir dès l'année 2012...

- Adapter les contraintes réglementaires obsolètes

Les établissements de santé privés et publics sont encore sous le régime des obligations de moyens très souvent inadapté à la réalité de prise en charge des soins au sein des services hospitaliers. Les moyens doivent pouvoir être adaptés en fonction des pathologies réellement prises en charge.

Il est temps d'adapter les contraintes réglementaires obsolètes qui datent, pour certaines, de 1956 et ne tiennent pas compte des progrès médicaux et technologiques. Dans un environnement contraint sur le plan économique et dans le cadre de politiques de santé publique incitatives, il est maintenant impératif d'apporter aux établissements de santé de la souplesse de gestion leur garantissant une réactivité plus grande face à l'évolution de leur environnement mais également une efficacité accrue.

A titre d'exemple, alors que le développement de la chirurgie ambulatoire est une priorité nationale, il faut mettre fin aux contraintes normatives en personnel de moyens comme organisationnelle (ouverture de 12h00, ...etc). Il faut parler de présence de compétence infirmière sans en préciser le nombre. Libre à chaque responsable d'établissement d'apprécier la juste charge de travail et d'en déduire les moyens à mettre en oeuvre.

Ou bien encore procéder à la publication et à la mise en oeuvre de textes approuvés par l'ensemble des professionnels hospitaliers publics et privés portant sur les conditions d'implantation et de fonctionnement des services de médecine et de chirurgie.

- Simplifier les procédures administratives d'autorisation

Les établissements de santé sont soumis à de nombreuses contraintes administratives en matière d'autorisation d'implantation et de fonctionnement.

Il conviendrait aujourd'hui de simplifier ce droit en rapportant ces dispositions par établissement et non plus par nature d'activité. Ainsi, au lieu de gérer souvent plus de dix dossiers d'autorisation par établissement, un seul dossier pourrait suffire à gérer la relation tutelle/établissement.

Maintenir un système concurrentiel, y compris sur les missions de service public

Pour cela, on peut agir dès l'année 2012...

Les établissements de santé privés sont présents sur tous les domaines d'activité.

Les difficultés majeures rencontrées par les établissements de santé publics ne doivent pas conduire les tutelles à les privilégier dans l'octroi des autorisations, de reconnaissance d'activités ou de missions de service public.

Or, depuis la mise en place de la tarification à l'activité, il y a trop de situations où malgré la prédominance d'une activité dans le secteur privé sur un territoire, la tutelle adopte une attitude dogmatique de « préférence du secteur public » en octroyant les autorisations au seul secteur public.

Il en est de même pour les missions de service public de permanence des soins, de formation des internes, etc.

Une telle attitude d'"hospitalocentrisme" constitue une erreur grave à moyen et long terme car tout acteur économique se trouvant en situation de monopole est globalement moins performant et efficace et aussi plus coûteux qu'un acteur économique dans un environnement concurrentiel.

Qui plus est, en cas de crise sanitaire, les risques sont mieux maîtrisés si les autorités de tutelles disposent d'alternatives d'actions.

Les Français restent attachés à une offre de soins diversifiée...

- Les Français ne souhaitent ni une santé nationalisée ni une santé totalement privée mais un bon équilibre entre les deux, qui respecte la liberté de choix des patients.

Jugées plus efficaces et soucieuses du bien-être des patients, les cliniques bénéficient d'une très bonne image car elles répondent à leurs besoins et à leurs attentes : proximité, qualité, rapidité de prise en charge et bonne gestion.

	Hôpitaux publics	Cliniques & Hôpitaux privés
Qualité des soins	83%	89%
Capacité à proposer un accueil et un séjour de qualité	65%	88%
Rapidité de prise en charge des patients	46%	80%
Bonne gestion comptable	55%	81%

Enquête réalisée par Ipsos et Logica Business Consulting pour la Fédération de l'Hospitalisation Privée auprès d'un échantillon de 996 personnes représentatif de la population française âgée de 15 ans et plus. Les interviews ont été réalisées on line via l'Access Panel d'Ipsos du 11 au 15 avril 2011.

... mais craignent pour l'avenir du système de santé

91% des Français se disent inquiets sur la capacité du système de santé à se financer tout en conservant son niveau de prestation actuel.

98% souhaitent que la campagne présidentielle ouvre un débat sur ce thème.

52% estiment même qu'il s'agit d'un enjeu primordial de la prochaine élection.

85% pensent qu'il faudra d'adapter ou réformer en profondeur le système pour en sauver l'essentiel.

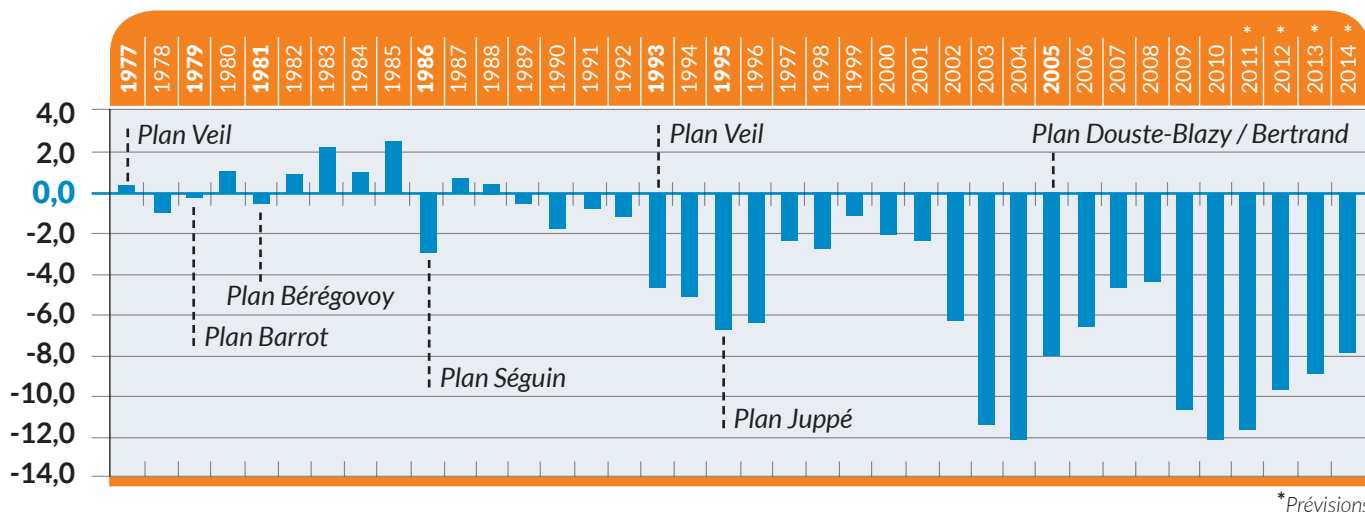
Un système de santé « drogué » à la dette...

- Notre système de santé est... malade de la dette ! Le dernier exercice bénéficiaire de l'assurance-maladie remonte à 1988. En dépit des plans de retour à l'équilibre successifs (voir graphique ci-dessous), elle n'a jamais réussi à retrouver l'équilibre.

L'assurance-maladie a donc continué d'accumuler des déficits colossaux: près de 120 milliards d'euros de déficit cumulé depuis 1988 (dont 91 milliards depuis 1998). Pour la seule période 2007-2011, les déficits accumulés sur quatre exercices totalisent... 42 milliards d'euros.¹

EVOLUTION DU SOLDE DE L'ASSURANCE MALADIE DEPUIS 1977

■ Solde de la branche maladie du régime général, en milliards d'€



¹ Source: Commission des comptes de la sécurité sociale, rapports 2011 et antérieurs; graphique Alain Coulomb Conseil.

*Prévisions

... qui met en danger le financement pérenne de la santé des Français

En période de faible croissance ou de crise, une telle accumulation de déficits confine à l'irresponsabilité. Elle conduit à un endettement insupportable qui obère les ressources disponibles futures du pays. Les déficits sociaux n'ont aucune justification économique car ils ne sont pas assimilables à des investissements.

Une telle dérive n'a pu perdurer qu'en inventant un mécanisme de cantonnement de la dette, via la création en 1996 de la **Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)**. Il était prévu que cette caisse soit dissoute en 2009, et avec elle le prélèvement dit CRDS (0,5 % de tous les revenus). Sa durée de vie a été prolongée jusqu'à 2025, jusqu'à – espère-t-on – l'extinction finale de la dette (il reste plus de 136 milliards d'euros à amortir).

A ce jour, 260 milliards de dette y ont été transférés, pour un coût en termes d'intérêt qui s'élève à 30 milliards depuis l'origine.

Ces 30 milliards d'intérêt auraient pu être utilisés pour financer de vrais besoins de santé.

Le déficit de la sécurité sociale constitue en soi une anomalie. Aucun de nos grands voisins européens n'accepte des déséquilibres durables de sa protection sociale (...) Revenir à l'équilibre des comptes sociaux est un impératif (...) L'effort accru de rétablissement des comptes doit par priorité concerner l'assurance maladie. (Il faut) mobiliser avec constance toutes les marges d'efficience possibles.

(Cour des Comptes, rapport 2011 sur la Sécurité sociale)

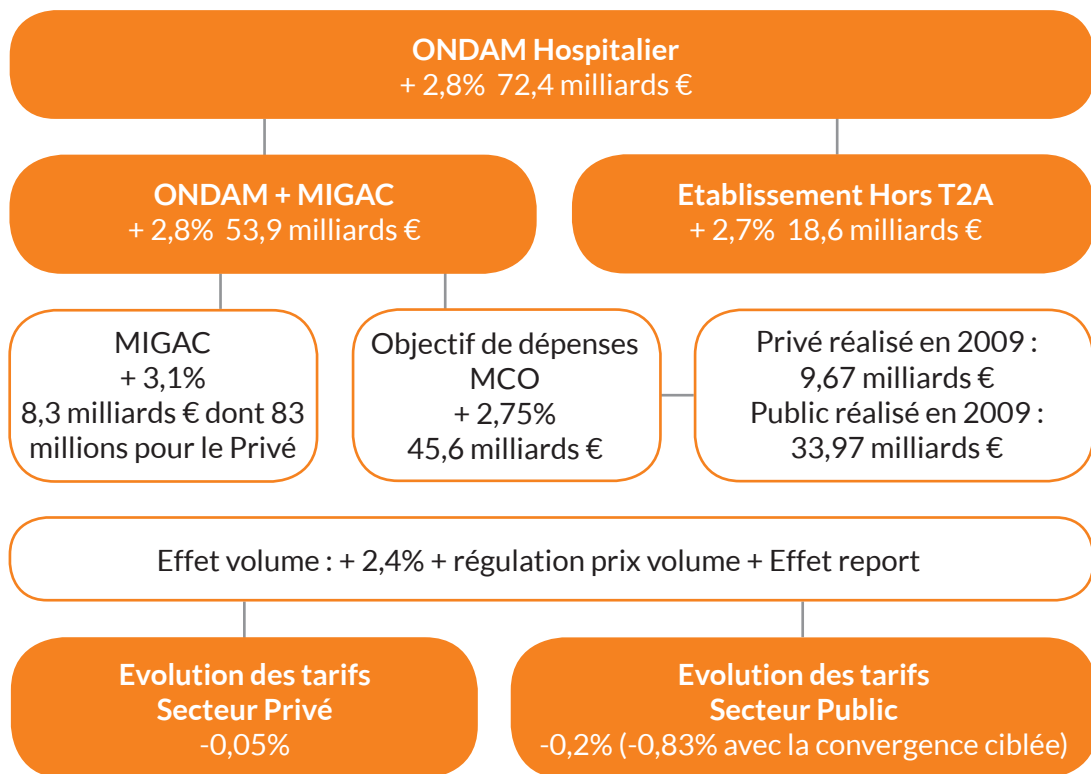


- **Cette absence de financement pérenne du système de santé est irresponsable, alors que notre pays traverse une grave crise des finances publiques.** C'est le fondement même de la protection sociale des Français qui se trouve ainsi remis en cause.

L'avenir du financement du système de santé est au cœur des préoccupations de la FHP-MCO. Ce n'est ni une question de droite ou de gauche mais un impératif moral, si nous voulons continuer à agir pour la santé de tous.

Un équilibre économique pérenne est primordial. Or le système actuel est fortement discriminatoire au détriment des établissements privés. Une différence de traitement, qui plus est, extrêmement coûteuse pour la collectivité...

L'ENVELOPPE DE L'ONDAM HOSPITALIER 2011



(sources: DGOS présentation campagne 2011; observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, note semestrielle, juin 2010.

Pour un financement juste et équitable

— Dépenser mieux : c'était l'objectif de l'introduction de la tarification à l'activité (T2A) en 2005.

Il s'agissait de moderniser le financement du système hospitalier en l'alignant sur les modèles étrangers en supprimant la "dotation globale" versée chaque année aux hôpitaux. L'idée était fondée sur un principe simple : rémunérer les établissements sur ce qui fait le cœur de leur métier, à savoir l'activité de soins.

Concomitamment à la mise en place de la T2A, la loi prévoyait un processus de convergence tarifaire, qui devait permettre d'aligner les tarifs hospitaliers vers ceux du secteur le plus efficient, à savoir dans la très grande majorité des cas vers ceux des établissements privés.

En 2009, pour une même prestation hospitalière, les tarifs des cliniques étaient de 37% inférieurs en moyenne à ceux de l'hôpital public, soit une économie possible chaque année de 15 milliards d'euros pour la Sécurité sociale en cas d'alignement des tarifs, comme cela était prévu.

Pour résorber cet écart injustifié, le gouvernement a choisi de requalifier une partie des tarifs hospitaliers sous forme de dotation globale, en injectant ces sommes dans une enveloppe budgétaire dite MIGAC (missions d'intérêt général et aides à la contractualisation), contredisant ainsi l'esprit même de la T2A.

Cette dotation est allouée chaque année aux hôpitaux, selon des critères parfois opaques. Cette enveloppe MIGAC a plus que doublé entre 2005 et 2011 passant de 4 milliards à 8,3 milliards d'euros.

Parallèlement à ce "débasage" tarifaire, qui a permis de réduire artificiellement l'écart des tarifs, le gouvernement a mis en oeuvre un début de processus de convergence ciblée, encore extrêmement timide, puisque seulement 150 millions en 2010 et 150 millions en 2011 ont été réalisés.

Les études d'« objectivation de coûts » menées jusqu'à présent ont atteint leurs limites. Absolument plus rien ne justifie de tels écarts.

Et pourtant, fin 2011, l'écart tarifaire public/privé subsiste toujours.

Les cliniques continuent d'être remboursées 22% en moyenne de moins par la Sécurité sociale que les hôpitaux publics. A l'inverse, cela revient à dire que les hôpitaux coûtent 28% de plus à la Sécurité sociale, donc à la collectivité, pour réaliser la même activité de soins.

Sur l'ensemble des prestations de soins, cet écart — et donc l'économie potentielle pour la collectivité — représente une somme totale de 7 milliards d'euros.

UNE CORRELATION DE BON SENS ENTRE HOPITAL ET ACTIVITE

À ceux qui critiquent peut-être un peu facilement la tarification à l'activité, je veux dire que ce système de financement des établissements hospitaliers est incomparablement meilleur que celui qu'il a remplacé (une enveloppe globale que se partageaient les hôpitaux). Personne ne peut raisonnablement souhaiter revenir sur cette corrélation de bon sens entre le financement d'un hôpital et son activité, et je crois que personne ne peut vouloir revenir à une logique de dotations forfaitaires et arbitraires, déconnectées de toute notion d'activité médicale.

François FILLON, Premier ministre
(21 novembre 2011)

”

5

EXEMPLES DE DISCRIMINATION TARIFAIRE

(CE QUE REMBOURSE LA SECURITE SOCIALE POUR UNE PRESTATION IDENTIQUE)

	Hôpital public	Clinique	Ecart de tarif	Economie potentielle pour la Sécu
1 Prothèse de hanche (pour traumatismes récents, niveau 2)	6.457 €	5.492 €	- 965 €	6,6 M€
2 Embolie pulmonaire (de niveau 2)	3.802 €	2.545 €	- 1.257 €	11,5 M€
3 Appendicectomies compliquées (niveau 1)	3.161 €	1.892 €	- 1.269 €	14,5 M€
4 Accouchement par césarienne (nouveaux-nés bien portant)	3.660 €	3.246 €	- 414 €	36 M€
5 Mastectomies totales pour tumeur maligne (niveau 1)	4.807 €	2.587 €	- 1.500 €	10,4 M€
TOTAL DES ECONOMIES SUR SEULEMENT 5 PRESTATIONS DE SOINS				79 M€
TOTAL DES ECONOMIES REALISABLES SUR L'ENSEMBLE DES 2.300 GHS (PRESTATIONS DE SOINS)				Au moins 7 milliards €

(source: tarif public 2011/tarif privé 2011 + honoraires ENCC 2007, dépassements d'honoraires compris)

La FHP-MCO demande un financement juste et équitable. Elle souhaite une allocation transparente et équitable des ressources à travers la convergence des tarifs de la Sécurité sociale avec l'hôpital public. C'est pourquoi, faute d'être entendue par les pouvoirs publics, elle a décidé de porter l'affaire devant la Commission européenne.

Extrait du communiqué de presse (8 septembre 2011)



FINANCEMENT DE LA SANTE

Les cliniques et hôpitaux privés MCO portent plainte à Bruxelles pour atteinte à la libre concurrence

La FHP-MCO annonce avoir saisi la Direction générale de la Concurrence de la Commission européenne d'une plainte contre l'Etat français pour financement discriminatoire, non justifié et préjudiciable entre établissements de santé publics et privés, au détriment des cliniques et hôpitaux privés en France.

Un mécanisme d'aide d'Etat

La plainte argue que le financement discriminatoire des établissements de santé MCO constitue un mécanisme d'aides d'Etat au profit des établissements publics de santé (...)

Absence de justification des discriminations tarifaires

Si la loi française (Code de la Sécurité sociale) prévoit la possibilité de tarifs différents selon les établissements, cette différenciation doit être justifiée. La loi nationale, le principe d'égalité et le droit communautaire imposent donc pour les ministres concernés (les tarifs sont fixés par arrêtés ministériels) de justifier précisément les écarts de financement. "Le fond du problème, c'est que plus de huit ans après l'introduction de la tarification à l'activité (T2A), il n'existe toujours aucun outil permettant de justifier d'un tel différentiel", explique l'avocat de la FHP-MCO, Me Thierry Dugast, du cabinet Saint-Louis Avocats.

"De nombreux rapports officiels établissent que les différences de tarification qui subsistent entre les établissements publics et privés après correction des différences de champ (par exemple, honoraires de médecins) représentent un écart significatif qu'aucun motif légalement admissible ne peut justifier. Nous produisons de nombreuses pièces et rapports (IGAS, Cour des Comptes par exemple) à l'appui de cette affirmation", poursuit l'avocat. "Il en va de même pour la dotation MIGAC qui est attribuée chaque année de manière totalement opaque par arrêté ministériel et sans référence préalable et vérifiable aux missions de service public qui pourraient être individuellement assurées par les établissements de santé concernés. En réalité, les dotations MIGAC sont attribuées en fonction des besoins des établissements publics, et non en fonction des surcoûts justifiés des missions de service", souligne Me Thierry Dugast.

MIGAC: une dotation opaque qui aggrave la distorsion

Outre la discrimination sur les tarifs dont bénéficient les établissements publics, la FHP-MCO attaque devant la Commission européenne l'allocation des dotations MIGAC (missions d'intérêt général et aides à la contractualisation). Cette enveloppe budgétaire est allouée chaque année en sus du financement par les tarifs et aggrave considérablement la distorsion. En effet, elle bénéficie presque exclusivement (à 99%) aux seuls hôpitaux publics. En 2011, cette dotation budgétaire globale s'élève à 8,3 milliards d'euros.

Absence de conformité avec le droit communautaire

Pour la FHP-MCO, la discrimination tarifaire opérée par l'Etat français pour les opérateurs du système de soins hospitaliers génère des atteintes aux conditions d'un marché concurrentiel efficient. Ce système favorise donc les établissements publics au détriment des opérateurs privés et entrave nécessairement la libre circulation. Elle affecte également la possibilité de choix pour les consommateurs/patients dans la mesure où elle est la cause d'un affaiblissement voire d'une disparition progressive d'une offre de soins privée, privant les consommateurs d'une concurrence source d'amélioration en termes de rentabilité et de qualité. Dans sa plainte, la FHP-MCO demande donc à la Commission européenne de faire cesser les pratiques litigieuses de l'Etat français dans la fixation des tarifs hospitaliers et l'allocation des dotations MIGAC. Ces pratiques introduisent des aides d'Etat illicites à l'avantage des hôpitaux publics ne correspondant pas à leurs obligations de service public.

Un même métier, une même mission, un même tarif..

— Pour une même prestation de soin, les cliniques et hôpitaux privés coûtent en moyenne 22% de moins à la Sécurité sociale – et donc à la collectivité – que l'hôpital public. Cela revient à dire que les tarifs du secteur hospitalier public sont 28% plus élevés que ceux du privé.

Un même métier

On entend souvent dire que les hôpitaux publics et les cliniques et hôpitaux privés ne font pas le même métier.

C'est de moins en moins vrai. Les cliniques et hôpitaux privés accueillent tous les patients, des plus âgés aux plus jeunes, des plus légers aux plus "lourds" et même ceux en situation précaire puisque 25% des patients dépendant de la CMU (Couverture médicale universelle) ou de l'AME (aide médicale d'Etat) sont accueillis dans des établissements privés.

On entend souvent dire aussi que le privé ne fait que de petites opérations programmées. En réalité, un acte de chirurgie lourde sur deux (47%) en France est réalisé dans une clinique ou un hôpital sur deux.

Une même mission

On entend dire aussi que l'hôpital public remplit des missions spécifiques: recherche, formation, missions classiques de service public (accueil des plus démunis, services d'urgence et permanence des soins 24/24, etc.). Et qu'il est donc normal qu'il y ait des écarts de tarifs...



Il faut savoir que les missions spécifiques de service public, comme la prise en charge des patients précaires (SDF) ou des missions de recherche (cancérologie, formation des internes, innovations médicales,...) bénéficient de financements supplémentaires conséquents. En effet, elles sont financées au travers d'enveloppes dites MIGAC (« missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation »). En 2011, cette enveloppe était de 8,3 milliards d'euros ! Les cliniques privées en touchent ... 1,1% ! Ce sont ainsi près de 20% de financements complémentaires que reçoivent les hôpitaux

publics, en plus de tarifs déjà supérieurs à ceux des cliniques. Sur un simple plan économique, c'est totalement aberrant.

Un même tarif

Le tarif unique, c'est pour la Sécurité sociale la possibilité de facturer les mêmes tarifs à tous les établissements publics ou privés et mettre fin au différentiel de 22% aujourd'hui en vigueur.

Toutes les études de coût menées à ce jour ne peuvent expliquer cet écart. C'est pourquoi la convergence tarifaire doit se poursuivre. Il faudra même accélérer le mouvement pour la voir se réaliser comme prévu en 2018. Car la généralisation du tarif unique permettrait à la Sécurité sociale d'économiser 7 milliards d'euros chaque année. En ces temps de déficit budgétaire chronique, il s'agit d'un impératif incontournable.

Une solution : *le tarif unique...*

Le juste prix, c'est le tarif unique : un même métier, une même mission, un même tarif pour les hôpitaux et les cliniques.

Une distorsion de concurrence coûteuse pour la collectivité...

- **Les écarts de tarifs public/privé constatés plus haut sont renforcés par des effets de volume, en fonction des parts de marché respectives.** En valeur, cette tarification différenciée induit au final une importante différence de financement. **La distorsion dans les tarifs public/privé se chiffre donc en milliards d'euros au final.**

En 2010, sur 52 milliards d'euros dépensés pour l'hospitalisation de court séjour (MCO), 42 milliards sont allés aux hôpitaux publics, contre 10 milliards à l'hospitalisation privée, alors que les cliniques assurent près de 60% de la chirurgie en France et représentent le tiers des lits d'hospitalisation.

Au total, sur l'ensemble des 2.300 prestations de soins (dites GHS), le surcoût des tarifs du secteur hospitalier public coûte à la collectivité 7 milliards d'euros par an. Ce montant pourrait être économisé par l'assurance maladie si l'on faisait converger les tarifs du public vers ceux du privé.

A cette réalité, les partisans de l'hôpital public rétorquent que l'hôpital remplit des missions spécifiques et qu'il est donc normal que les tarifs des prestations de soins délivrées par le public soient plus élevés. C'est omettre de dire que **les établissements publics bénéficient d'une enveloppe globale supplémentaire de 8,3 milliards d'euros pour couvrir leurs missions d'intérêt général (MIGAC).**

Les distorsions de financement du système de santé favorisent l'hôpital public alors qu'il est de loin le moins performant.

... qui met en péril *un secteur d'excellence*

Les cliniques et hôpitaux privés MCO accueillent chaque année 8 millions de patients. Elles réalisent près de 60% de l'activité chirurgicale nationale et représentent 30% des capacités d'hospitalisation en médecine, chirurgie et obstétrique.

Le financement discriminatoire subi par le secteur hospitalier privé a continué d'entraîner une forte dégradation de la situation économique et financière des établissements. Il menace leur existence, jusqu'à pouvoir entraîner, si rien n'est fait, l'éviction de ces acteurs économiques.

En 2010, 43% des cliniques spécialisés en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) se trouvaient en déficit en 2010 (contre 36% en 2009 et 22% en 2006).

En 2010, et pour la première fois en 20 ans, le résultat net du secteur privé MCO s'est soldé par une perte de 1,4% du chiffre d'affaires (contre +0,6% en 2009). Trois quarts des établissements (75%) se situent désormais en dessous du seuil de résultat net minimum préconisé par les experts financiers, à savoir 3%, une situation qui ne leur permet plus d'investir.

Cette discrimination tarifaire entraîne un déséquilibre économique fondamental. Les remboursements de l'assurance maladie ne couvrent plus aujourd'hui les charges d'exploitation. Certaines opérations chirurgicales sont mêmes remboursées par la Sécu en-dessous des coûts de production, comme les césariennes ou bien certaines endoscopies.

Le traitement injuste et inéquitable à l'encontre du secteur hospitalier privé menace d'étouffement économique un secteur d'excellence qui représente 200.000 emplois et irrigue la vie économique et sociale des territoires.

Sous cette forte pression économique, pour ne pas disparaître, le secteur hospitalier privé a été contraint immanquablement de s'adapter et de réaliser des gains de productivité. En 20 ans, le nombre de cliniques a chuté de 44%, passant de 1.014 établissements à 587 aujourd'hui.

Lorsqu'il n'y a plus d'offre de soins privée,
c'est la liberté de choix des patients qui est remise en cause...

Dans 29 départements, il n'y a pas de maternité privée !

Accélérer la convergence tarifaire, un impératif majeur...

- **Initialement prévue pour 2012, la fin du processus de convergence tarifaire a été repoussée à 2018.** Avec seulement 150 M€ de convergence intersectorielle « ciblée » réalisée en 2010 et autant en 2011, et avec seulement 100 M€ prévus par la loi de financement de la sécurité sociale 2012, l'alignement des tarifs public/privé n'est pas pour demain.

A ce rythme-là, il faudrait attendre la fin du siècle pour y parvenir. C'est nettement insuffisant. Le processus de convergence ne pourra être achevé d'ici 2018 sans une forte accélération du mouvement.

... qui permettrait de ...

Réaliser

7 milliards d'euros d'économies chaque année et d'alléger ainsi la charge sur les cotisants sociaux

Romp

avec la spirale des déficits de l'assurance-maladie en pesant sur le volet des « dépenses » plutôt que la hausse des recettes

Garantir

une allocation transparente et équitable des ressources entre les secteurs hospitaliers privés et publics

Rémunérer

les établissements sur le cœur de leur métier : les activités de soin

Inciter

l'hôpital public à se réformer pour une gestion plus efficiente

Améliorer

la gestion globale du système de santé

Dégager

des ressources pour financer les vrais besoins de santé des Français...

Cliniques et hôpitaux privés, des acteurs de santé de qualité

La qualité des soins, une priorité

- Une bonne gestion des ressources financières peut aller de pair avec une excellence dans la qualité des soins. Dans les cliniques et hôpitaux privés, la sécurité des patients et la sûreté des opérations sanitaires sont une préoccupation de tous les instants.

CERTIFICATION DES ETABLISSEMENTS

La HAS (Haute Autorité de Santé) délivre **une certification de la qualité des soins fournis** par les établissements de santé.

Les cliniques et hôpitaux privés obtiennent les meilleurs niveaux de certification, puisque **62,2%** des établissements ont été certifiés sans suivi, contre **59,6%** pour les établissements privés non lucratifs et **29,4%** pour les établissements publics.

INDICATEURS QUALITE DES SOINS

Le recueil obligatoire d'indicateurs a débuté en 2004 dans le cadre de la lutte contre le risque infectieux, avec la publication du « **Tableau de bord des infections nosocomiales** » (TBIN)². En 2008, il s'est élargi avec les « Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins », dits « Ipaqss ».

Indicateur ICALIN (*indice Composite des Activités de Lutte Contre les Infections Nosocomiales*)

92% des cliniques MCO de plus de 100 lits sont classées en A (premier rang)

87,8% des cliniques MCO de moins de 100 lits sont classées en A

Indicateur ICSHA (*indice de Consommation des produits hydro-alcooliques*)

82,4% des cliniques MCO de plus de 100 lits classées en A

75,9% des cliniques MCO de moins de 100 lits classées en A

Indicateur ICATB (*indice Composite de bon usage des Antibiotiques*)

66,4% des cliniques MCO de plus de 100 lits sont classées en A

55,9% des cliniques MCO de moins de 100 lits sont classées en A

Score agrégé (2009)

82,1% des cliniques MCO de plus de 100 lits sont classées en A (le meilleur score)

75,6% des cliniques MCO de moins de 100 lits sont classées en A

² <http://www.sante.gouv.fr/infections-nosocomiales-resultats-du-tableau-de-bord-2009,7424.html>

Pourquoi l'hôpital public doit devenir plus efficient ...

— Il coûte cher à la collectivité

Les tarifs de remboursement des cliniques par l'assurance-maladie sont de 22% inférieurs à ceux de l'hôpital public. Cela revient à dire que, pour une prestation de soins réalisée à l'identique dans le privé, l'hôpital coûte en moyenne 28% de plus à la Sécurité sociale et donc à la collectivité. Pourquoi ? Cette impéritie s'explique essentiellement par des carences organisationnelles et un manque d'efficience dans la gestion des ressources.

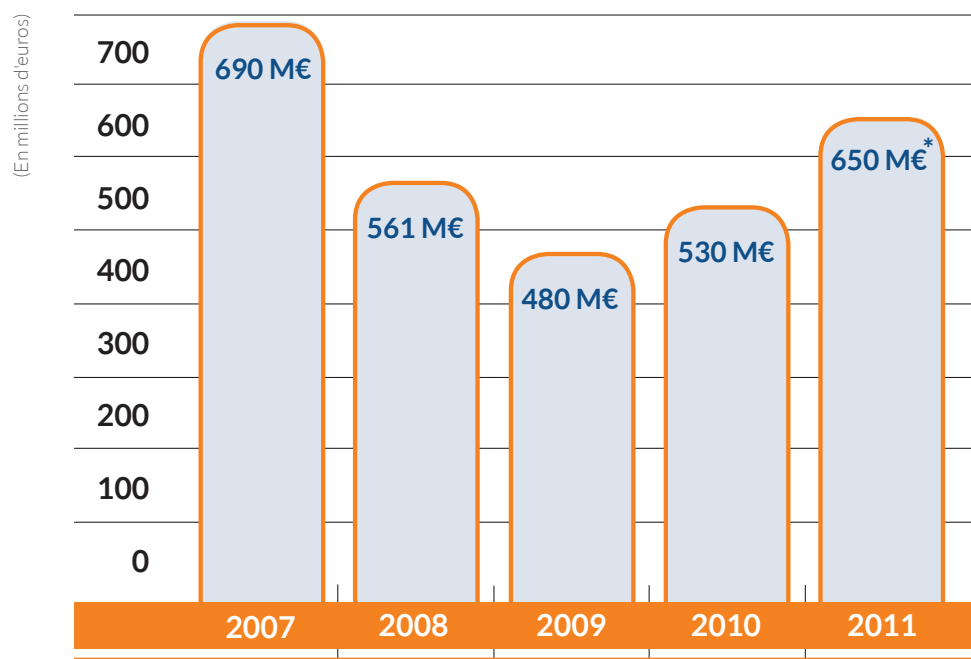
De plus, pour ses missions d'intérêt général, l'hôpital bénéficie chaque année d'un financement spécifique: une enveloppe budgétaire dite MIGAC pour financer certaines activités (urgences, prévention, dépistage, enseignement, recherche, formation continue, prise en charge de la toxicomanie, etc.). En 2011, elle s'est élevée à 8,3 milliards d'euros. Les cliniques, qui exercent elles aussi des missions de service public, en ont touché... 1,1%.

Entre 2005 et 2011, cette dotation budgétaire MIGAC a plus que doublé, passant de 4 à 8,3 milliards d'euros, bien au-delà de ce que l'élargissement du périmètre d'intervention des hôpitaux pourrait expliquer.

— Il est englué dans une culture du déficit d'exploitation

En dépit de ressources toujours plus abondantes (forte hausse des MIGAC), les hôpitaux publics ne parviennent pas à enrayer la spirale des déficits. Or leur financement représente 42% des dépenses de l'assurance-maladie. En 2010, le nombre d'hôpitaux en déficit a augmenté, passant de 338 à 434, soit 41% des établissements. Année après année, les déficits s'accumulent.

Déficit annuel des hôpitaux publics 2007-2011



* Préviation 2011

Sur la seule période 2007-2011, le déficit cumulé des hôpitaux s'inscrit à 2,91 milliards d'euros !

² <http://www.sante.gouv.fr/infections-nosocomiales-resultats-du-tableau-de-bord-2009,7424.html>



Il se finance par un endettement abyssal aux frais des cotisants...

L'accumulation de déficits a une conséquence inéluctable : l'explosion de la dette.

Selon la Cour des Comptes, l'endettement des hôpitaux totalisait **24 milliards d'euros, soit 1,2% du PIB en 2010.**¹

Deux exemples :

- La dette des hôpitaux de Paris (AP-HP) s'élève à **2,3 milliard d'euros.**
- La dette des Hospices civils de Lyon (HCL) a été multipliée par huit en dix ans pour atteindre **922 millions d'euros en 2010.**

...Tout en continuant de recruter des fonctionnaires...

En dépit du contexte de crise, les hôpitaux publics ont continué à recruter : 15.000 nouveaux fonctionnaires (+ 1,4%) en 2009.²

...Avec un absentéisme qui bat tous les records

24,1 jours en moyenne par an et par agent.

C'est l'ampleur de l'absentéisme dans les hôpitaux, qui bat tous les records (22,6 jours dans les collectivités locales et 9 jours seulement dans les grandes entreprises).³

(1) rapport Cour des Comptes, juillet 2011

(2) rapport annuel de la Fonction publique (Les Echos, 6 oct. 2011)

(3) Le Point, 13 octobre 2011

Dans le système hospitalier, des marges de progrès importantes existent. La tarification à l'activité devrait bien davantage dynamiser la gestion des établissements grâce à une meilleure connaissance des éléments de sous compétitivité et une limitation de la croissance des dotations forfaitaires. Les centres hospitaliers universitaires (CHU) doivent être incités à considérablement intensifier leurs efforts de réorganisation interne dès lors notamment que leur spécificité en matière de soins apparaît en réalité limitée.

(Cour des Comptes, rapport 2011 sur la Sécurité sociale)

”

Qui a dit ... ?

« La place du privé est devenue incontournable dans tous nos territoires, notamment en chirurgie. Regardons la réalité en face... (...) L'hospitalo-centrisme, réflexe de l'ancien temps, a vécu (...) L'hôpital doit changer de paradigme. La collectivité n'a plus les moyens de soutenir les établissements en difficulté comme par le passé ».



- Nicolas Sarkozy, président de la République
- Lamine Gharbi, président de la FHP-MCO
- François de Closets, économiste et journaliste
- Claude Evin, directeur général de l'ARS d'Ile-de-France

(C'est l'ancien ministre socialiste de la Santé, Claude Evin (Le Quotidien du Médecin, 2 déc. 2011).

Le saviez-vous ?

Quel est le pourcentage de personnel soignant dans les établissements de soins ?

... 17% dans les hôpitaux publics

... 37% dans les cliniques et hôpitaux privés

A méditer ...

Les cliniques plus efficaces que les hôpitaux ?

Un tiers des anesthésistes travaillent dans des cliniques. Ils réalisent... 60% des opérations chirurgicales pratiquées chaque année en France.

PRESS

HÔPITAL :

ÉTAT D'URGENCE ... ?

Ce qu'en disent les médias



PRES

acteurspublics.com

23 novembre 2009

Santé : la gestion des hôpitaux épinglée par la Cour des Comptes

La Cour des comptes critique vertement l'organisation des établissements publics de santé. Un constat effectué par nombre de professionnels, mais qui passe mal auprès de l'opinion comme des personnels hospitaliers.

"En matière de gestion, les hôpitaux constituent de loin l'administration où il y a le plus de problèmes et de gâchis". Ce cri d'alarme d'un fin connaisseur du monde de la santé, plutôt marqué à gauche, a été entendu rue Cambon. Depuis trois ans, la Cour des Comptes se penche toujours un peu plus sur l'organisation des hôpitaux (...) Or le bilan, justement, n'est pas flatteur. Face à l'image véhiculée dans les médias d'urgences surchargées, de pénuries de lits ou de manque d'infirmières, la Cour des Comptes oppose un tout autre constat. **Elle parle de sureffectifs, de services en sous-activité et de médecins aux rémunérations gonflées.** Sa conclusion ? "Il y a partout des marges de progression", note-t-elle avec un art inimitable de la litote. Sous-entendu: **les difficultés et les gaspillages ne concernent pas quelques établissements en particulier mais tous gagneraient à se rationaliser.** Sur les 39 hôpitaux auscultés par les magistrats financiers, tous affichent au moins un indicateur de production inférieur à la moyenne.

(...) Les hôpitaux qui gèrent mal la répartition de leurs ressources (effectifs, budget) par opération et séjour voient rapidement leurs comptes basculer dans le rouge. *"Pour les établissements en difficulté, il sera de meilleure méthode de chercher à réduire les dépenses que de vouloir augmenter l'activité"*, pointe ainsi la Cour des Comptes.

(...) Au total, les sages de la rue Cambon affirment que des **"situations de sureffectifs" se retrouvent dans de nombreux établissements et expliquent largement les déficits.** Parmi la cinquantaine d'hôpitaux étudiés, le nombre d'actes chirurgicaux correspond à peine à une opération par médecin et par jour. **Les taux d'occupation des lits, quant à eux, se situent fréquemment aux alentours de 50% (centre hospitalier de Romorantin-Lanthenay par exemple), quand ce n'est pas 25% (centre hospitalier de Langres)...** Et il n'est pas rare de trouver des établissements cumulant faibles taux d'occupation et fortes durées moyennes de séjour, comme en pneumologie dans les centres de Libourne et Roanne. Le soupçon est alors que les responsables de l'hôpital allongent les durées de séjour des patients afin de justifier l'existence des services.

(...) Comment de tels écueils s'expliquent-ils ? Si l'on en croit de nombreux professionnels, l'origine du problème se trouve dans le peu de considérations qu'ont les médecins pour la gestion. Un fonctionnaire témoigne : *"Dans les réunions avec les personnels médicaux, dès qu'on aborde la rationalisation de l'organisation, on nous répond que cela n'a rien à voir avec la mission première des hôpitaux"*. Rares sont les établissements utilisant couramment des logiciels de gestion permettant de suivre l'activité de leurs services ou de leurs personnels. Les médecins, qui sont les réels patrons des services, apprécient peu les consignes de gestion. Au total, "les directions générales ont, malgré une abondance de chiffres divers, quelques zones aveugles ou peu éclairées, souligne pudiquement la Cour. Celle qui concerne les coûts de production est particulièrement handicapante pour le pilotage". La comptabilité analytique est encore balbutiante et les gestionnaires ne disposent en bout de course que de documents imprécis. Ni les temps d'activité des blocs opératoires, ni les durées des étapes du parcours des patients, ni les temps d'attente ne sont généralement suivis... *"Il arrive même que les directions ne sachent pas précisément combien de salariés travaillent dans l'établissement"*, s'inquiètent les magistrats financiers.

SE

LE FIGARO
économie

10 mai 2011

L'AP-HP vise 100 millions d'euros de déficit en 2011

Ce résultat marquerait une stabilisation par rapport à 2010, malgré un «handicap de départ» de 71 millions d'euros, selon la direction de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris. Un millier de postes sera supprimé. L'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) affichera cette année un déficit de 100 millions d'euros. À condition que l'État débloque les crédits votés mais gelés pour le moment, pour contrebalancer un éventuel dérapage des dépenses nationales de santé - faute de quoi, **ce sont environ 35 millions d'euros supplémentaires qui manqueraient à l'appel.** (...)



APM International 6 septembre 2011

L'AP-HP revoit à la hausse sa prévision de déficit pour 2011

L'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) prévoit désormais un déficit annuel de 139 millions d'euros à son compte de résultat principal (2,16% des recettes) et de 123,6 millions tous budgets confondus, selon un document interne actualisant les données pour 2011, dont APM a eu copie. En mai, les dirigeants de l'AP-HP tablaient sur un déficit au compte de résultat principal (CRP) de 100 millions d'euros (moins de 2%) et un déficit tous budgets confondus de 80 millions d'euros, rappelle-t-on.

Mais ces données avaient été établies avant la notification de l'Agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France et n'incluaient pas le gel de crédits des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac).

Aujourd'hui, en neutralisant l'évolution des remboursements des molécules onéreuses et des dispositifs médicaux implantables éligibles, elle prévoit une diminution de ses recettes provenant de l'assurance maladie de 6,2 millions d'euros, soit -0,13%.

Ayant eu confirmation du gel de crédits de l'enveloppe Migac, l'AP-HP a inclus dans ses prévisions de déficit une baisse de 35,9 millions d'euros au titre du gel de crédits AC et de 4,7 millions au titre de la péréquation interrégionale des MIG, selon le document sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) pour 2011.

Globalement, en tenant compte de ces diminutions mais aussi des hausses de crédits liées aux missions d'enseignement, de recherche et d'innovation (Merri, +18,4 millions), aux financements fléchés pour 2011 (+4 millions) et aux financements non reconductibles (+1,5 million), **l'AP-HP attend une enveloppe Migac d'un montant de 1,212 milliard d'euros.** (...)

PRESSE



STANDARD & POOR'S

Communiqué de presse - 12 avril 2011

Standard & Poor's confirme la note d'émetteur "AAA" attribuée à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Nous égalisons la note de l'AP-HP avec celle de la République française (AAA/Stable/A-1+, non sollicitée). En effet, selon nous, le gouvernement français apporterait à l'AP-HP de façon « quasi certaine » un soutien financier extraordinaire, rapide et suffisant, en cas de graves difficultés financières.

(...)

L'Etat n'a pas octroyé de garantie explicite aux emprunts de l'AP-HP. Toutefois, nous considérons que l'Etat est responsable en dernier ressort de la solvabilité de l'AP-HP, du fait de son statut juridique, et également de sa liquidité. (...) En cas (très improbable) de dissolution de l'AP-HP, nous estimons que ses actifs et passifs seraient repris directement par l'Etat ou un autre EPS relevant de l'Etat, et non pas par une collectivité territoriale.

Les performances budgétaires de l'AP-HP se sont dégradées suite à la montée en charge de la tarification à l'activité (T2A), portant depuis 2008 sur 100% des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), qui constituent une part essentielle des recettes de l'AP-HP. Confrontée à une productivité inférieure à la moyenne, l'AP-HP a bénéficié d'un mécanisme d'indexation compensant l'impact de la convergence tarifaire. Mais la réduction graduelle de cette compensation (qui s'éteint en 2012) devrait conduire à une perte de recette estimée à 82 millions d'euros entre 2010 et 2012. Cette réduction de compensation, dans un contexte général de baisse des tarifs, a été partiellement compensée par une évolution du financement des activités hors T2A (notamment des dotations au titre des missions d'intérêt général) qui a été favorable à l'AP-HP.

En dépit d'une bonne maîtrise des dépenses de personnel, la marge brute de l'AP-HP s'est détériorée à 5% des produits d'exploitation en 2009, contre 8% en 2004. Par ailleurs, l'AP-HP a fortement accru son endettement au cours des dernières années, passé de 1 milliard d'euros en 2004 (soit 2,5 années de capacité d'autofinancement - CAF) à 2,2 milliards d'euros fin 2010 (soit 7,8 années de CAF), sous l'effet de la forte augmentation de ses dépenses d'investissement, de l'érosion de son autofinancement et du remboursement des avances consenties par les organismes de sécurité sociale.

(...)

TRIBUNE
DE LYON

25 janvier 2011

Les HCL propriétaire foncier masochiste

Pour faire face à un trou financier de plus de 100 millions d'euros, les Hospices civils de Lyon (HCL) revendent, en bloc, une partie de leur patrimoine immobilier, estimé à 600 millions d'euros. De façon incompréhensible, ce patrimoine est laissé quasiment à l'abandon depuis des années.

(...) Un patrimoine composé de 182 immeubles – 1.550 logements – de 68,59 hectares de terrains urbains situés principalement dans les 3e et 6e arrondissements, de 1.200 hectares de bois et forêts dans toute la France, de 365 hectares de terrains agricoles et même... de 6 hectares de vignes dans le Beaujolais.

DES LOYERS AU RABAIS

En 2010, la Cour des comptes s'était penchée sur le problème immobilier et avait rendu un rapport extrêmement sévère. On y apprend que les logements sont destinés à une partie du personnel des HCL seulement (un quart des employés environ). **On y apprend aussi que ces quelques privilégiés – des cadres et des employés qui habitaient loin des centres hospitaliers – bénéficient de loyers très, très avantageux.** Par exemple, au 26 rue Sala (2e arrondissement), on trouve des tarifs défiant toute concurrence : de 0,99 euro à 7,84 euros le mètre carré, alors que le prix moyen dans ce secteur est de 12,60 euros. **Ainsi, un appartement de 71 m2 peut ne coûter que 71 euros par mois ; un autre, de 113 m2 coûte 885 euros environ.** Dans le 2e arrondissement toujours, rue Vaubecour, un appartement de 40 m2 est loué à 30,40 euros par mois ; **un autre, de 116 m2, est loué à 230 euros.** "A ce jour, 77% des logements en location sont occupés par des agents de l'établissement, actifs ou retraités. Les retraités et leurs conjoints survivants continuent de bénéficier du logement à tarif réduit. Plus étonnant, les agents ne travaillant plus aux HCL, mais toujours logés dans le patrimoine de l'établissement dans le cadre de la poursuite de leur bail locatif de droit commun, conservent le loyer réduit. **La direction domaniale n'est tout simplement pas informée par la direction du personnel du départ professionnel des agents concernés**", explique la Cour des Comptes.

LE PROGRÈS

12 avril 2011

Nora Berra: « Qu'a fait le maire pour sauver l'hôpital Edouard-Herriot ? »*Interview de Nora Berra, ministre de la Santé*

(...)

Q: Mais l'hôpital est aussi soumis à des contraintes budgétaires ?

R: Chaque année, le maire de Lyon va demander l'aumône à l'Etat. Nous allons encore lui verser sept millions d'euros cette année, c'était huit et demi l'année dernière. Il a rendez-vous avec Xavier Bertrand le 27 juillet, qui le recevra par courtoise républicaine, mais les décisions sont déjà prises. Mais enfin, qu'a-t-il fait depuis dix ans? **En dix ans, l'endettement des HCL a été multiplié par plus de huit. Il est aujourd'hui de 920 millions d'euros ! Et il ne se passe rien à cause de l'incompétence du président du conseil de surveillance.**



APM International 27 octobre 2011

Les maires président près des trois quarts des conseils de surveillance des hôpitaux, montre une enquête de la DGOS

Les maires des communes d'implantation des hôpitaux président le conseil de surveillance de l'établissement dans près des trois quarts des cas, montre une enquête de la direction générale de l'offre de soins (DGOS), rendue publique jeudi.

(...)

Sur les conseils de surveillance qui ont remplacé les conseils d'administration, il apparaît que le maire de la commune siège de l'établissement préside cette nouvelle instance dans 72% des cas.

Dans les autres cas, il s'agit soit d'un autre représentant d'une collectivité territoriale (21,5%), soit d'une personnalité qualifiée ne représentant pas les usagers (2,7%), soit du président du conseil général (2,6%), du président du conseil régional (0,7%) ou encore plus rarement d'un représentant des usagers (0,4%).



20 octobre 2011

Boudés par les banques, les hôpitaux publics ont besoin de 1 à 2 milliards de trésorerie (FHF)

Les hôpitaux publics ont de gros problèmes financiers qui bloquent certains chantiers de construction ou de rénovation et appellent le gouvernement à faire pression sur les banques pour satisfaire leurs besoins de trésorerie, estimés de 1 à 2 milliards d'euros.

Les problèmes de trésorerie "sont préjudiciables pour les hôpitaux et les entreprises travaillant sur les chantiers", a indiqué mercredi la Fédération hospitalière de France (FHF). Dans un communiqué celle-ci a déploré l'absence de "réponse concrète" du ministère de la Santé aux problèmes de trésorerie des hôpitaux publics, ainsi qu'aux soucis de certains d'entre eux ayant souscrit des emprunts toxiques.

"En dépit des alertes répétées adressées par la Fédération hospitalière de France au ministère de la Santé sur les difficultés croissantes des établissements publics de santé et médico-sociaux à obtenir des crédits de la part des organismes bancaires, aucune réponse concrète n'a pour l'heure été apportée", ont indiqué les dirigeants de la FHF.

Le président Frédéric Valletoux et le délégué général Gérard Vincent ont demandé "des décisions urgentes à la hauteur des enjeux" et préconisent "la mobilisation d'un fonds exceptionnel, de même nature que celui créé pour les collectivités locales, afin d'aider les établissements connaissant les plus grandes difficultés de trésorerie". Ils réclament aussi "l'intervention des pouvoirs publics (...) auprès des autorités financières en charge de ce dossier pour faciliter l'accès des établissements à l'emprunt".

Selon Yves Gaubert, responsable du pôle financier de la FHF, il serait nécessaire de débloquer de 1 à 2 milliards d'euros. "Puisque la Caisse des dépôts va débloquer, à la demande de Matignon, 3 milliards d'euros pour aider les collectivités à surmonter leurs difficultés d'accès au crédit bancaire, il doit être possible de dégager des fonds pour les hôpitaux publics", a-t-il déclaré au site acteurspublics.com.

Pour ce qui concerne les emprunts toxiques contractés par quelques hôpitaux la FHF estime que "la responsabilité des pouvoirs publics est partagée avec celle des établissements". Elle recommande aux hôpitaux concernés d'assigner en justice les banques qui leur ont proposé ce type d'emprunts, souvent indexés sur les parités de devises.



Novembre 2011

Enquête: les hôpitaux marseillais au bord du gouffre

Déficits abyssaux (1,2 milliard d'euros en cumulant l'encours de la dette et le déficit structurel), dysfonctionnements dans la gestion du personnel pointés du doigt par la chambre régionale des comptes dans un rapport provisoire, l'AP-HM prend l'eau de toutes parts. Etat des lieux sur les maux endémiques des hôpitaux marseillais.

Des déficits "grecs"

Le niveau des déficits cumulés de l'AP-HM a dépassé la côte d'alerte. De 2004 à aujourd'hui, l'encours de la dette de l'AP-HM (emprunts contractés pour la financer les investissements) est passé de 159 M € à 870 M € ! Et 38% de ladite dette sont positionnés "sur des produits comportant un certain risque de taux", les fameux emprunts toxiques. Une situation telle que les banques hésitent de plus en plus à prêter à une institution en quasi faillite. Récemment, la Caisse d'épargne a relevé son taux à 2,1% pour les crédits contractés à l'AP-HM: il était de 0,7% l'année dernière.

Quant à la dette cumulée à proprement parler, elle est passée de 90 M € en mai 2008, date d'installation du directeur général Jean-Paul Segade, à plus de 400 M € ! L'institution traîne donc une dette de plus de 1,2 milliard d'euros équivalant son budget annuel de fonctionnement de 1,2 milliard d'euros. Conséquence, elle rencontre de plus en plus de difficulté à emprunter sur le long terme: en mai 2011, une consultation d'emprunt de 100 M € a été lancée. Seules quatre banques sur treize ont répondu; et ces dernières ne s'engageront que sur 90 M € et sur une durée de crédit très réduite.

"Ce déficit est lié aux investissements importants réalisés ces dernières années. L'Etat nous a incités à emprunter", se défend Jean-Michel Budet, directeur adjoint. "Nous devons aujourd'hui finir le bâtiment médico-technique. Le retour à l'équilibre est prévu pour 2014", assure-t-il, sans grande conviction. Et après ? "Nous devons dégager des excédents mais nous en sommes loin, tout comme de la perspective d'un auto-financement". Comment faire ? "En réorganisant les services de soins, en mutualisant les services techniques", assure le Docteur Michel Tsimaratos, secrétaire général de la Commission médicale d'établissement (CME), représentant le corps médical. Et d'affirmer: "Quand on organise mieux le service des soins, on réduit la durée du patient à l'hôpital et les coûts. Depuis 2007, certains services ont montré l'exemple. Très étonnamment car l'AP-HM ne serait pas en sureffectif, tant s'en faut. "Grosso modo, il manque 280 infirmières, 150 aides-soignantes, 100 agents des services hospitaliers", affirme un cadre de la direction générale.

Des "rémunérations irrégulières"

L'AP-HM avait ainsi prévu de réduire sa masse salariale de 36,4 M € de 2009 à 2013. "Fin 2010, les économies réalisées atteignent seulement 4,7 M €. Il reste donc 31,7 M € d'économies à trouver en trois ans pour atteindre l'objectif fixé pour 2013", déplore la Chambre régionale des comptes (CRC). Sur les astreintes non dérangées, la CRC, la Chambre regrette que la réglementation "n'ait plus été appliquée depuis le 1er octobre 2009 pour les agents de la direction des services informatiques et de l'organisation, et depuis le 1er août 2010 pour le personnel soignant". A ce titre, 5,9 M € auraient été versés indûment entre 2004 et 2010 au personnel non médical de l'AP-HM. Pour se mettre en conformité avec la loi, l'institution a instauré en 2010 des **primes d'intéressement et de présentisme** "tout aussi irrégulières d'un montant respectif de 300.000 € et de 1,1 M €", d'après le rapport. D'autres primes ne reposant "sur aucun fondement législatif ou réglementaire", dicit la CRC, ont été versées entre 2008 et 2009, pour un montant de 1,2 M €. "La Chambre invite le directeur général à mettre fin à l'ensemble de ces paiements de primes irrégulières", conclut le CRD sur ce chapitre.

Des effectifs en hausse

L'AP-HM est une grande maison: 14.031 emplois à temps plein (ETP) en 2010 (11.916 pour le personnel non médical, 2.116 pour le personnel médical). Si le personnel non médical a amorcé une diminution entre 2006 et 2010 (-0,47%), cette dernière reste bien en deçà de la baisse constatée sur le plan national (-1,3% en 2009). Quant au personnel médical, il a explosé (+9%) au cours de la même période. La CRC a peu goûté la signature de l'accord entre FO et la direction de l'hôpital sur la titularisation de 517 contractuels. D'autant plus que ledit accord n'a pas empêché la progression de contractuels durant la même période (+23,98%).

400.000 € pour la culture

Au regard de sa dette colossale, l'AP-HM a-t-elle le droit de se sentir concernée par Marseille, capitale européenne de la culture 2013 ? Non, répond vertement la CRC. Ce service, dirigé par Michèle Segade, l'épouse du directeur général, emploie tout de même 9 contractuels pour une masse salariale de 400.000 €, "portée par la T2A (NDLR, tarification à l'activité), c'est-à-dire par des recettes destinées à l'activité médicale". Dispositif "inapproprié", juge la CRC. Une masse salariale qui aurait récemment grimpé à 580.000 € en 2011, selon un cadre de la direction générale.

Comment les prêts toxiques empoisonnent la France

(...)

L'HÔPITAL D'AJACCIO, « DANS LA SITUATION D'UN MÉNAGE SURENDETTÉ »

« L'hôpital d'Ajaccio est un cas particulier », explique André-Gwenaël Pors, directeur du centre hospitalier depuis février 2010. Le budget d'exploitation de l'établissement est de 100 millions d'euros et il présente un déficit structurel complexe à résorber de 10 millions, ce qui pèse évidemment sur les fonds de roulement. **Quant à la dette bancaire, elle a explosé entre 2001 et 2006, passant de 20,6 millions à 64 millions sans qu'il y ait eu d'investissement notable.**

Ces montants recouvraient une multitude de petits prêts dont l'objectif était de satisfaire le besoin de trésorerie. Des négociations avaient eu lieu à partir de 2006-2007 auprès de Dexia et de la Caisse d'épargne, si bien que les prêts structurés ont représenté jusqu'à 85 % de la dette en 2010. Résultat : « Nous nous retrouvons exactement dans la situation d'un ménage qui a contracté des crédits sur la consommation et se retrouve en situation de surendettement. »

Le directeur de l'époque a-t-il fait de manière imprudente le pari d'un gain financier ? « Il faut se replonger dans le contexte d'alors, argumente André-Gwenaël Pors. Beaucoup de monde, y compris les autorités publiques, nous encourageait à financer nos investissements en ayant recours à l'emprunt. On incitait les gestionnaires à rechercher les meilleures solutions possibles à l'aune de la rentabilité immédiate auprès d'établissements financiers qui n'hésitaient pas à vanter la sécurité de leurs produits.

Or si je pense qu'il est toujours possible et même souhaitable de laisser au directeur de CHU la capacité d'optimiser sa dette, sous réserve qu'il ait les compétences en interne ou qu'il soit assisté d'un cabinet indépendant, c'est beaucoup plus complexe et aléatoire pour des établissements de petite ou de moyenne taille ».

Dès son arrivée, le nouveau directeur s'est attelé à résorber la dette – deux emprunts contractés avec Dexia et un avec la Caisse d'épargne. Celle-ci a été ramenée à 50 millions d'euros – dont 68 % d'emprunts structurés – remboursables en 2045.

Mais il est impensable de conserver jusqu'à cette date une dette aussi désastreuse, surtout avec le projet de construction d'un nouvel hôpital, d'un coût estimé à 200 millions d'euros. Il va donc falloir se remettre à la table des négociations pour réduire une nouvelle fois l'emprunt. Les solutions ? « La défaisance, une recapitalisation de l'État... Aujourd'hui, je suis aux aguets », avoue André-Gwenaël Pors. Il a rendez-vous mi-janvier avec la Caisse des dépôts et consignations.

L'hôpital de Rambouillet plombé par l'endettement

À Rambouillet, les marges de manœuvre du centre hospitalier pour recourir à l'emprunt sont extrêmement tenues, constate la Chambre régionale des comptes (CRC) d'Île-de-France dans son rapport d'observations définitives sur l'établissement des Yvelines. **L'hôpital présente en effet "une durée de la dette (...) trois fois supérieure aux moyennes constatées pour les établissements de même catégorie".**

En 2009, la dépendance financière du CH s'établissait encore à 69,56%, après avoir culminé à 74,58% en 2007 contre 40,26% cette année-là pour les établissements de même catégorie. **La durée apparente de la dette avoisine ainsi 15 années de Capacité d'autofinancement (CAF) brute fin 2009, voire plus de 27 ans sans tenir compte des subventions exceptionnelles.** Par ailleurs, la CAF nette se réduit "considérablement" entre 2007 et 2009, ajoute la CRC, chutant de 37% et même de 81,5% en excluant ces mêmes subventions exceptionnelles. Or, face à cela, le taux de vétusté de l'hôpital ne cesse de progresser, augmentant de 13,8% sur 2006-2009 (69,46%).

100 millions d'euros de crédits dégelés pour les hôpitaux

Les crédits mis à disposition des agences régionales de santé devront être « orientés prioritairement vers des hôpitaux en difficulté financière, mais qui ont démontré leur capacité à réduire leurs charges et à mener les réformes nécessaires ».

Le ministre de la Santé, Xavier Bertrand, a signé lundi 26 décembre la circulaire de fin de campagne budgétaire des hôpitaux, très attendue par les gestionnaires d'établissements. Elle prévoit le dégel de 100 millions d'euros de crédits mis en réserve en début d'année (sur 350 millions), au titre des missions d'intérêt général (urgence, continuité territoriale, etc.) exercées par les hôpitaux.

Ces crédits vont être mis à disposition des agences régionales de santé. Leurs attributions devront ensuite être « orientés prioritairement vers des établissements en difficulté financière, mais qui ont démontré leur capacité à réduire leurs charges et à mener les réformes nécessaires », souligne la circulaire. Les hôpitaux suivis par le comité des risques financiers seront les premiers concernés. A condition de trouver un accord avec l'ARS sur un plan de retour vers l'équilibre (...)



La FHF juge le dégel des Migac insuffisant

Le président de la Fédération hospitalière de France (FHF), Frédéric Valletoux, a estimé mardi que le dégel de 100 millions d'euros de crédits Migac (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) sur les 350 millions mis en réserve pour 2011 était insuffisant.

Contacté mardi par l'APM, le président de la FHF a indiqué que sa fédération "appréci[ait] le geste" car elle craignait que les crédits ne soient pas dégelés du tout.

Les 100 millions d'euros alloués correspondent à une "bouffée d'oxygène" mais sont "loin de satisfaire nos demandes" alors que les hôpitaux ont tenu leur activité à un niveau conforme aux prévisions initiales pour 2011, a-t-il souligné.

Avec 250 millions d'euros de crédits Migac non dégelés, le déficit des hôpitaux -jusqu'à présent estimé à 400 millions- va s'aggraver pour atteindre 650 millions, a souligné Frédéric Valletoux. "C'est regrettable, on va continuer à dire que les hôpitaux engendrent du déficit" alors qu'ils ont respecté l'enveloppe votée au Parlement, a-t-il ajouté (...)

Après la France, S & P dégrade le secteur public

Sans surprise, la dégradation de la note souveraine de la France, ramenée vendredi dernier par l'agence Standard & Poor's de AAA à AA+, produit ses effets en cascade. Mardi, S & P a ainsi retiré leur AAA à quatre entités publiques qui en disposaient encore: Réseau ferré de France, l'Unedic, la Cades (Caisse d'amortissement de la dette sociale) et l'AP-HP (Hôpitaux de Paris) sont tous désormais eux aussi notés AA+.

PRESSE

Le Républicain Lorrain

6 janvier 2012

Deux hôpitaux placés sous tutelle

Les hôpitaux Marie-Madeleine Forbach et Lemire Saint-Avold ont une trésorerie déficitaire de 6 M€. Le directeur est écarté. Le ministère va nommer un administrateur provisoire.

Nouveau rebondissement dans la douloureuse réorganisation de la carte sanitaire dans l'Est mosellan.

Le centre hospitalier intercommunal Unisanté + est placé sous administration provisoire, c'est-à-dire sous tutelle directe du ministère de la Santé. Cet établissement public gère deux hôpitaux : Marie-Madeleine Forbach qui abrite notamment un pôle mère-enfant et Lemire Saint-Avold. Le directeur d'Unisanté depuis octobre 2009, Jean Thomann, est écarté au profit d'un administrateur provisoire qui sera désigné par le ministre à compter du 16 janvier prochain. La mission de l'administrateur durera six mois et consistera surtout à redresser la situation catastrophique des comptes.

Endettement lourd

Dans un communiqué, l'Agence régionale de santé (ARS) de Lorraine confirme cette reprise en main et ne tourne pas autour du pot. Tous les indicateurs financiers d'Unisanté sont au rouge, de l'aveu même de la tutelle. « L'établissement est endetté au-delà d'un seuil de 50 % de ses capitaux, la durée de la dette excède le seuil des 10 ans pour la rembourser. Une prévision à fin décembre fait état de fournisseurs impayés à hauteur de 3,7 M€ et d'une trésorerie négative de moins 4,1 M€, estimée à moins 6 M€ à fin janvier », révèle l'ARS qui avait déjà délégué en urgence, fin 2011, une aide ponctuelle d'un million d'euros et une avance de crédits pour 2012, « afin de limiter le risque de défaut de paiement ».

Depuis plus de six ans, le Bassin houiller n'en finit pas de rater sa reconversion sanitaire. Avec six hôpitaux sous trois régimes différents (public, associatif ou minier), tous déficitaires, il fallait apporter un peu de cohérence dans le schéma de l'offre de soins. (...)

Les Echos

Le Quotidien de l'Economie

10 novembre 2011

En déficit lourd, l'hôpital de Lens est mis sous surveillance

(...) Avec 1.072 lits, 2.800 agents, 2.700 accouchements ou encore 50.000 passages aux urgences par an, le centre hospitalier est un poids lourd de la santé. Mais il est lui-même bien malade, avec un cumul de déficit tel depuis plusieurs années que le directeur de l'agence régionale de santé vient de le placer sous administration provisoire courant octobre. En 2011, il devrait perdre encore 13 millions d'euros (pour un budget de 193 millions d'euros en 2010) et son passif cumulé dépasse les 30 millions d'euros.



APM International
www.apmnews.com

27 décembre 2011

L'ARS Nord-Pas-de-Calais alloue 19 millions d'euros au CH de Lens

L'Agence régionale de santé (ARS) Nord-Pas-de-Calais a obtenu du ministère de la Santé le versement de 19 millions d'euros au centre hospitalier (CH) de Lens (Pas-de-Calais), sur sa dotation annuelle régionale, a-t-elle annoncé jeudi dans un communiqué.

Cette décision a été prise en raison du "caractère particulier de la situation" et pour permettre au CH de Lens de "travailler plus sereinement" sur ses projets. Cette somme devrait lui permettre de "reconstituer ses fonds propres pour mieux envisager l'avenir".

Subvention ? Vous avez dit subvention ?

En trois ans (2009-2011), l'hôpital de Lens a touché 46 millions d'euros d'aide de l'Etat...

Et après ça...

... Devra-t-on en venir là ?



10 novembre 2011 - 12h51

Un hôpital public confié au privé, le personnel reste employé de l'Etat

LONDRES - Une entreprise privée va gérer, pour la première fois au Royaume-Uni, un hôpital administré jusqu'à présent par le public, mais les salariés de cet établissement resteront payés par l'Etat, a annoncé jeudi le service britannique de santé publique.

Un opérateur privé d'établissements hospitaliers, la société britannique Circle, va récupérer la gestion de l'hôpital de Hinchingsbrooke à Huntington, dans l'est de l'Angleterre, à compter du 1er février 2012, a indiqué le National Health Service (NHS) dans un communiqué.

C'est la première fois qu'une société privée va gérer la totalité d'un hôpital public au Royaume-Uni. Il s'agit d'une nouvelle forme de gestion révolutionnaire, selon le NHS. Jusqu'à présent, seulement certains services dans des établissements publics britanniques étaient gérés par le secteur privé. Il ne s'agit pas d'une privatisation. Le personnel et les biens (de cet établissement) resteront au sein du NHS, a assuré le NHS.

Sans ce partenariat, l'avenir de Hinchingsbrooke aurait pu être incertain. "Maintenant nous avons une solution qui vise à rembourser la dette de l'hôpital qui s'élève à près de 40 millions de livres (46 millions d'euros) (...) Les patients continueront à recevoir des services de haute qualité du NHS de la part du personnel du NHS", a assuré le National Health Service.

Le contrat conclu entre le NHS et Circle a été signé pour une période de dix ans. Le processus visant à confier la gestion au privé de cet établissement de près de 300 lits avait été lancé par le précédent gouvernement travailliste, qui a quitté le pouvoir en mai 2010.

Il a été parachevé alors que l'actuel gouvernement du Premier ministre conservateur David Cameron a engagé une réforme en profondeur du NHS, le plus grand service public de santé au monde.

(...)

PRESSE

Public/privé ? Pour en finir

- Pour défendre leur pré carré et justifier des tarifs plus élevés que ceux des cliniques, partisans de l'hôpital public et soi-disant "défenseurs du service public" se répandent volontiers en affirmations caricaturales et erronées sur le secteur hospitalier privé. Voici de quoi rétablir quelques vérités...

Contrairement à l'hôpital public, les cliniques ne font pas de chirurgie lourde...

FAUX !

La plupart des cliniques et hôpitaux privés possèdent des plateaux techniques de pointe. **Un acte lourd de chirurgie sur deux en France (47%) est pratiqué dans un établissement privé.** Il s'agit d'activité dite "spécifique CHU" : chirurgie cardiaque, neurochirurgie, chirurgie du cancer et traumatologie par exemple. Or les actes "lourds" représentent ainsi **124.000 séjours**, soit 2% de l'activité de l'hospitalisation privée, **contre 200.000 séjours** en CHU (soit 5% de l'activité des CHU). (1)

L'hôpital doit entretenir un dispositif d'urgence qui coûte cher, pas les cliniques...

FAUX !

Il existe **134 services d'urgences privés** en France. Ils accueillent chaque année **2,2 millions de patients**, sans aucune distinction économique et sociale. **Les services d'urgence des cliniques et hôpitaux privés représentent souvent la seule offre de proximité dans des banlieues défavorisées, comme c'est le cas à Sarcelles, Trappes, Vénissieux.** Alors que les services d'urgences des hôpitaux publics sont saturés, une centaine de demandes d'ouverture de services d'urgence privés restent toujours en souffrance.

Contrairement à l'hôpital public, les cliniques ne réalisent que des actes programmés...

FAUX !

Des **polytraumatisés graves** sont accueillis quotidiennement dans les services d'urgences des établissements privés. Il existe 134 services d'urgences privés, 228 centres de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue en France.

L'hôpital public accueille tout le monde, tandis que les cliniques font le tri des patients et choisissent les pathologies les plus "rentables"...

FAUX !

Trier les patients est une pratique illégale. Les cliniques et hôpitaux privés accueillent chaque année 8 millions de patients sans aucune distinction économique et sociale, y compris des patients dits « précaires » : 25% des patients bénéficiaires de la CMU (couverture médicale universelle) et de l'Aide médicale d'Etat (AME) sont pris en charge chaque année par les cliniques et hôpitaux privés (2).



avec les idées fausses...



L'hôpital accueille des patients plus âgés et plus "lourds" que les cliniques...

FAUX !

L'âge moyen des patients hospitalisés dans les cliniques et hôpitaux privés de France pour des pathologies sévères dites de "niveau 4" est de **74 ans**, contre **71 ans** dans le secteur hospitalier public (3).

Les cliniques "commerciales" recherchent avant tout la rentabilité pour leurs actionnaires et font des bénéfices colossaux sur le dos des patients ...

FAUX !

En 2010, la situation économique du secteur était fortement dégradée: **43%** des établissements affichaient un déficit. Pour la première fois en 20 ans, le résultat net global des cliniques et hôpitaux privés MCO s'est soldé par **une perte de 1,4%** du chiffre d'affaires. Enfin, **75%** des établissements MCO se trouvaient en dessous du seuil de rentabilité (minimum de 3% de résultat net) préconisé par les experts financiers (4).

Si les tarifs de l'hôpital public sont plus élevés, c'est normal car il remplit des missions de service public, fait de la recherche, de la formation, contrairement aux cliniques...

FAUX !

La loi HPST du 21 juillet 2009 reconnaît pleinement la participation des établissements de santé privés aux missions du service public de la santé. Les cliniques accueillent désormais des internes en formation et participent à la permanence des soins. A l'hôpital public, les missions spécifiques de service public, comme la prise en charge des patients précaires (SDF) ou des missions de recherche (cancérologie, formation des internes, innovations médicales, etc.) bénéficient de financements supplémentaires conséquents, au travers des enveloppes dites **MIGAC** (« missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation »). Allouées à **99%** à l'hôpital public, leur montant est de **8,3 milliards d'euros !** Les hôpitaux publics reçoivent ainsi **près de 20% de financements complémentaires**, en plus de tarifs déjà supérieurs à ceux des cliniques.

(1) « L'activité des CHU dans le PMSI: peut-on isoler l'activité spécifique des CHU ? », ATIH, rapports avril et juin 2009.

(2) Données DGOS : détermination de la MIG Précarité 2010

(3) Tableau 5.2.1 "comparaison sur les données globales, dans « L'activité des CHU dans le PMSI », étude de l'ATIH, mai 2009, p. 46.

(4) Observatoire économique et financier des cliniques privées MCO édition 2011 (CTC Conseil)



Fédération de l'hospitalisation privée - Médecine, Chirurgie, Obstétrique

FHP-MCO

81, rue de Monceau, 75008 Paris,
Tel : 01 53 83 56 87 Fax : 01 53 83 56 69

www.fhpmco.fr