

dialogue santé

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

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

SEPTEMBRE 2011, NUMÉRO 2

Ajoutez à vos agendas :
RENDEZ-VOUS
LE 20 OCTOBRE 2011
AU CNIT PARIS LA DEFENSE
POUR LA JOURNÉE DE LA
CNPCMEHP DANS LE CADRE
DU CONGRÈS FHP-MCO
PROGRAMME ET BULLETIN
D'INSCRIPTION À VENIR !

Les internes dans les établissements privés, à quand la rentrée ?



Présidents de CME beaucoup de travail pour des bénévoles !

Dépassements d'honoraires, la bombe à retardement



Dépassements d'honoraires UNE RESPONSABILITÉ COLLECTIVE



éditorial
Lamine
Gharbi

Si rien n'est réglé à la rentrée, je demanderai au Président de la République Nicolas Sarkozy d'intervenir, comme il s'y était engagé en 2009 par le biais d'un projet de loi du gouvernement à la condition impérative qu'il s'accompagne d'une juste revalorisation par la sécurité sociale de vos honoraires ! La FHP-MCO est, et reste, un partenaire solide et actif de vos syndicats et soutient haut et fort la création d'un secteur optionnel. L'accessibilité aux soins pour les patients est pour nous un point politique majeur avant d'être une question économique. Votre sort et le nôtre sont interdépendants : vous êtes en bonne santé et nous de même, mais si nous émettons des signaux contradictoires, le cancer s'installe. Les dépassements déraisonnables doivent toutefois être traqués car ils pénalisent l'ensemble de nos communautés – corps médical et secteur hospitalier privé. C'est une responsabilité collective ! Nous sommes les bons élèves du secteur hospitalier, ne devenons pas les boucs émissaires de son déficit. Nous produisons une offre de soin équivalente à celle du secteur public pour un coût pour le pays inférieur de 26 %. En période de crise, il est

urgent que le gouvernement s'en souvienne et ne tue pas son secteur efficient. Nous ne sommes pas de trop pour le rappeler à nos interlocuteurs tutélaires mais surtout aux 8 millions de patients que nous soignons ensemble.

A l'heure de l'atomisation de l'administration et de celle de nos professions, il reste une unité de terrain, où le pouvoir de faire et d'agir perdure : l'établissement. Et si, sans attendre de consensus national, nous relevons nos manches et établissement par établissement, CME par CME, nous regardions en face cette hydre à neuf têtes, et prenions des décisions avec des moyens invasifs et non homéopathiques.

Nous sommes les bons élèves du secteur hospitalier, ne devenons pas les boucs émissaires de son déficit.

LAMINE GHARBI
Président du syndicat national FHP-MCO



LE REGARD DE WAT

WOT.

TOUS AU DIAPASON !

JEAN-LUC DUBOIS, DIRECTEUR DE LA CLINIQUE MATHILDE À ROUEN

« En tant que directeur et patient potentiel, j'établis trois constats sur les dépassements d'honoraires. Tout d'abord, cette mesure prise par l'Etat est aujourd'hui revendiquée comme un droit acquis. Pour une raison bien simple : les tarifs n'ont pas été revalorisés au regard de l'inflation. Ensuite, les excès en matière de dépassements sont concentrés dans 4 régions, Ile-de-France, PACA, Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes. C'est donc aussi une problématique territoriale. Enfin, à l'échelle d'une ville, les pratiques de rémunération médicale s'homogénéisent. Il existe des villes où il y a très peu de secteur II, par exemple.



Pour moi, ces trois constats soulèvent deux réels paradoxes. D'abord, les excès en matière de dépassement d'honoraires ont lieu dans des régions où il y a une forte densité d'offre médicale. Si l'offre médicale est importante, dans une logique de marché, les dépassements devraient être moins élevés. Pourtant, c'est l'inverse qui se produit. C'est bien la preuve que les dépassements ne compensent pas les effets volume. Autre paradoxe : les actes chirurgicaux pratiqués en secteur II coûtent moins cher à l'assurance maladie. Il y a environ 12 % d'écart de remboursement. Avec ces deux paradoxes, on comprend que beaucoup ont intérêt au *statu quo*. Dans mon établissement, nous avons mis en place deux plans, en passant un accord avec les mutuelles qui le voulaient, et notamment la mutuelle de la fonction publique. Nous avons établi un tarif commun en matière de prise en charge des chambres individuelles, et nous avons signé, avec les praticiens qui le souhaitaient, une convention pour limiter les dépassements d'honoraires à 50 % du montant de l'acte de la sécurité sociale. À la tête d'une clinique, nous devons aussi nous attacher à faire respecter les textes réglementaires, comme par exemple l'obligation de la mise en place de devis, et éviter d'encourager les pratiques comparatives entre les compagnies d'assurance.

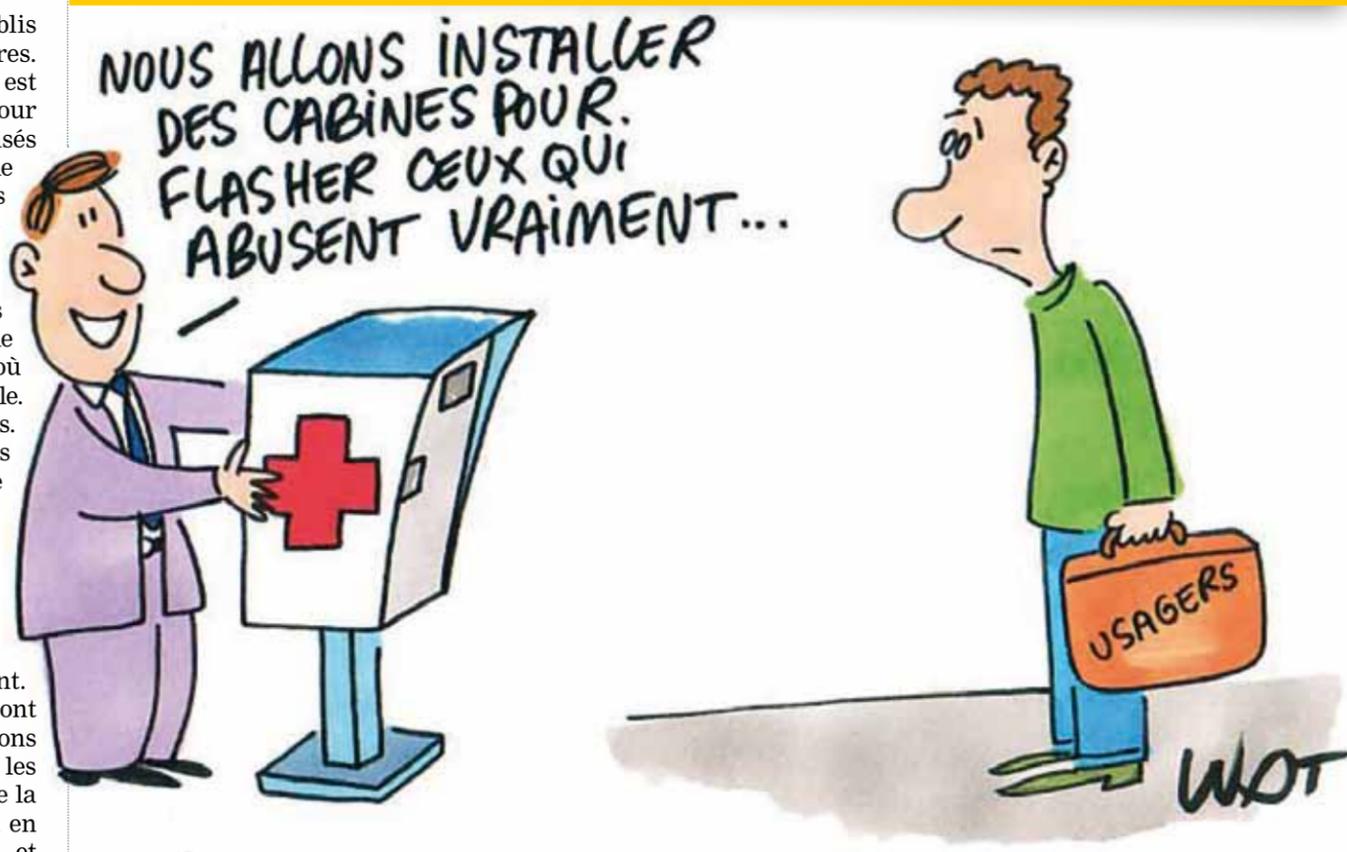
RÉGULER LES TARIFS EXCESSIFS

DANIEL BIDEAU, ADMINISTRATEUR NATIONAL ET RESPONSABLE DE LA COMMISSION SANTÉ À L'UFC QUE-CHOISIR

« Nous sommes opposés à la pratique des dépassements d'honoraires pour des raisons évidentes : ils installent une médecine à deux vitesses, à l'inverse du principe d'égalité devant les soins. Il y a ceux qui peuvent se payer une assurance complémentaire qui prend en charge les dépassements d'honoraires et les autres. Pour nous, la base de la démographie médicale doit rester la médecine conventionnée, le secteur I. Aujourd'hui, il existe des secteurs entiers, en particulier en zone rurale, où la médecine conventionnée n'est plus représentée, surtout chez les spécialistes. On nous reporte de nombreux cas (spécialistes, cliniques privées) où la première question à laquelle les patients



sont confrontés est : « Quelle est votre assurance complémentaire ? » Le prix de l'acte s'ajuste alors au montant des remboursements de celle-ci. Il est très difficile, pour des patients en situation de faiblesse, de négocier les tarifs. Cette marchandisation de l'acte médical pose problème. A notre avis, l'apparition d'un éventuel secteur optionnel est risqué : il aboutirait, logiquement, à la disparition du secteur I et à l'implosion du système. Pour nous, le secteur optionnel décrédibilise le socle fondamental de la sécurité sociale. Conformément aux recommandations de l'Igas, une régularisation des tarifs excessifs, qui remettent en question l'égalité devant les soins, doit intervenir. Après ça, on peut tout imaginer : un système qui permettrait de mieux valoriser le préventif par rapport au curatif, en diminuant la valeur de certains actes et en créant des actes nouveaux pour donner une rémunération correcte aux médecins. On peut aussi travailler à des indicateurs limites, du nombre de consultations par jour par exemple, pour favoriser le qualitatif plutôt que le quantitatif.



LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES, INSUPPORTABLES OU INATTAQUABLES ?

Les dépassements d'honoraires, ou compléments d'honoraires comme les syndicats de praticiens préfèrent les nommer, sont une question de perspective. Juste rétribution pour les praticiens qui pratiquent des actes dont les tarifs ne sont jamais réévalués, aubaine pour l'assurance maladie, qui rémunère 12 % de moins les actes qui sont pratiqués en secteur 2, et catastrophe pour le patient, qui se retrouve contraint de déboursier un reste à charge élastique, qui varie en fonction des types d'actes et de l'appréciation du praticien. Le reste à charge a souvent fait la Une de médias, motivé de nombreux sondages, ou provoqué de multiples déclarations d'associations de patients. Dans le champ hospitalier, en comparaison avec les cabinets de ville, il reste modeste. Cependant, il pèse sur l'image de l'établissement et peut à terme, déboucher sur des pertes de part de marché. Un tour d'horizon des points de vue sur ce thème explosif, qui menace de faire imploser le conventionnement du soin.

GAGNANT/GAGNANT

JEAN-FRANÇOIS REY, PRÉSIDENT DE L'UMESPE, LA BRANCHE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DE LA CSMF, PREMIER SYNDICAT DE MÉDECINS LIBÉRAUX.

«**M**a position est simple : les dépassements sont justifiés parce que les tarifs ne suivent pas l'augmentation du coût de la vie. Je ne parle pas ici des dépassements exorbitants pratiqués par les praticiens privés de l'AP-HP. Quand j'entends que dans le secteur public, certains oncologues demandent entre 500 et 800 euros pour une consultation, c'est presque du secteur III, déconventionné, comme l'hôpital américain. Mais dans la très grande majorité des cas, les dépassements permettent juste de rétablir une équation. Cependant, un point pose problème : si les patients ne peuvent pas payer, ils se réfugient dans le public et le privé perd des parts de marché. Il ne faut pas que les dépassements d'honoraires soient un frein au libre choix. C'est pourquoi je crois en la mise en place d'un secteur optionnel, dans lequel 30% des patients seront en



secteur I, et le reste en tarifs libres avec un plafond à 50% des honoraires conventionnés. Aujourd'hui, la moitié des dépassements d'honoraires ne dépasse pas ce plafond. Grâce à ce secteur optionnel, il n'y aurait plus de reste à charge pour les patients, et les tarifs seraient à nouveau intéressants pour les praticiens, qui s'épargneraient des négociations désagréables avec les patients, qui nuisent à la relation médecin / malade. Aujourd'hui, la situation est paradoxale : quand on se fait opérer en clinique, ce qu'on doit déboursier est important, alors que la Sécurité sociale paye en moyenne 12% moins cher. Pour moi, c'est important que le choix de praticiens ne se fasse pas en fonction du porte-monnaie. Cependant, c'est au moment où nous avons réussi à réunir tout le monde autour de la table, la Cnam, l'Unocam, pour la signature conventionnelle du secteur optionnel que la taxe Fillon se propose de taxer les complémentaires à hauteur de un milliard d'euros ! Les complémentaires ne peuvent pas à la fois solvabiliser les dépassements et être taxées. Il faut rester cohérent.

SECTEUR OPTIONNEL, OUI, MAIS POUR TOUS !

JEAN MARTY, CO-PRÉSIDENT DU SYNDICAT LE BLOC, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DU SYNGOF

«**O**n ne peut comprendre les dépassements d'honoraires sans prendre en compte le retard tarifaire phénoménal des actes chirurgicaux. Depuis les premiers tarifs conventionnels, en 1961, le prix de la chirurgie en euros constants a été divisé par deux. C'est mathématique : l'inflation a multiplié les prix par dix. Or, le prix de certains actes de chirurgie courante a été seulement multiplié par cinq, tandis que la consultation C a été multipliée par 15. Il n'y aurait pas de dépassements si les tarifs des actes de chirurgie avaient évolué parallèlement à ceux de la consultation. Depuis 1980, date de la création du secteur II, une seule revalorisation des tarifs a été accordée, à la suite des mobilisations de 2004 et 2006. Pour autant, nous comprenons très bien que les dépassements sont problématiques pour les patients, car ils créent un coût apparent pour des soins normalement pris en charge à 100% par l'Assurance maladie. Nous sommes donc en faveur du secteur optionnel, qui remboursera ces dépassements. Mais attention ! Pour nous, tous les secteurs I doivent aussi pouvoir en bénéficier. Aujourd'hui, tel qu'il est proposé, le secteur optionnel comporte ce premier défaut majeur : tous les praticiens qui exercent en secteur I, qui ont le plus besoin de cette revalorisation, n'y sont pas éligibles. Ensuite, tous les actes en urgence, l'activité la plus lourde, ne bénéficient pas de cette revalorisation ni d'aucune autre. Pour nous, ces deux défauts majeurs sont inacceptables. Le texte actuel continue malheureusement d'être soutenu par la CSMF, mais le SML s'en détache peu à peu. Par ailleurs, il est très maladroit de la part du Premier ministre d'annoncer une taxe pour les mutuelles alors même qu'on leur demande d'appliquer un secteur optionnel !



DOUBLE PEINE

À cause notamment des dépassements, les séjours hospitaliers ne sont en moyenne remboursés qu'à 84% dans le secteur privé contre 94% dans le secteur public alors même que le coût total pour la collectivité y est inférieur !

QUELQUES CHIFFRES

4

spécialistes sur 10 exercent en secteur II

7

régions sur 22 concentrent 80% des dépassements d'honoraires (parmi elles, Ile-de-France, Midi-Pyrénées, PACA, Rhône-Alpes en tête de pont)

86%

des chirurgiens sont en secteur II (source : syndicat Le Bloc)

NOUS AVONS TOUS INTÉRÊT À SOLVABILISER LA SANTÉ

JEAN-MARTIN COHEN-SOLAL, DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

«**D**epuis la réforme qui a instauré le secteur II en 1981, le « tact et la mesure » recommandés ont largement été oubliés. Les dépassements d'honoraires créent des inégalités d'accès aux soins. Aujourd'hui, il n'y a quasiment plus de chirurgiens en secteur 1. Les patients se demandent comment ils vont payer... Bien sûr, il existe une obligation légale d'établir un devis. Cependant, dans la réalité, ce n'est pas toujours le cas... La relation patient/médecin est une relation de confiance, pas de négociation. Et quand un praticien demande un dépassement trop important, ce n'est plus la sécu, mais les complémentaires qui portent



le coût du soin. Le secteur II inverse la logique du remboursement : quand un médecin de ville facture sa consultation 60 euros, les complémentaires remboursent plus que la part de la sécurité sociale. Nous sommes parfois le payeur essentiel. Il faut retrouver une certaine opposabilité. Le secteur optionnel pourrait être un moyen si il contient des contreparties en terme de qualité notamment. Pour autant, il ne doit pas servir à bloquer la réévaluation des tarifs de la sécurité sociale. Ce serait totalement contre-productif. C'est cependant aussi à relativiser : les spécialistes évoquent toujours l'absence de réévaluation des tarifs... À ce sujet, je vous invite à consulter le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Il y est écrit que sur 20 ans, si l'on prend en compte les forfaits attribués pour des prises en charge spécifiques, les revenus des professions de santé ont augmenté plus vite que ceux des cadres. Bien sûr, les chirurgiens doivent être correctement rémunérés, mais il faut que tout le monde fasse des efforts. Nous avons tous intérêt à solvabiliser la santé. Le secteur optionnel peut évidemment être intéressant, mais à mon avis, la taxe Fillon maquille une décision politique. Le gouvernement s'est prononcé contre le secteur optionnel. Car s'il faut que tout le monde fasse un effort, il faut que l'effort soit réparti.

ANTI JARGON

- AP-HP : Assistance publique - Hôpitaux de Paris
- ARS : Agence régionale de santé
- CME : Comité médical d'établissement
- CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
- CNPCMEHP Conférence nationale des présidents des commissions médicales des établissements de l'hospitalisation privée.
- CSMF : Confédération des syndicats médicaux français
- HCL : Hospices civils de Lyon
- IGAS : Inspection générale des affaires sociales
- Loi HPST : Loi Hôpital, patients, santé, territoires
- PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur
- SML : Syndicat des médecins libéraux
- SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire
- SYNGOF : Syndicat national des gynécologues obstétriciens de France
- T2A : Tarification à l'activité
- UFC : Union française des consommateurs
- UMESPE : Union nationale des médecins spécialistes confédérés
- UNOCAM : Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire

FRÉDÉRIC VAN ROEKEGHEM, DIRECTEUR DE LA CNAMTS, A ACCEPTÉ DE RÉPONDRE À NOS QUESTIONS, MAIS NE PEUT S'EXPRIMER AVANT LE 30 SEPTEMBRE, DATE À PARTIR DE LAQUELLE LA POSITION OFFICIELLE DE LA CNAMTS SERA RENDUE PUBLIQUE. INTERVIEW DANS LE DIALOGUE SANTÉ NUMÉRO 3 !



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 Longue Financement

MACSF assurances SIRRI n°775665631 SML Entreprise eige par le code des assurances Crédit photos Corbis

CLINIQUES ET PRATICIENS, TRAVAILLONS ENSEMBLE

LE SECTEUR PRIVÉ :

INCONTOURNABLE

67%

de la chirurgie ambulatoire est pratiquée dans le privé.

AU SOMMET DE LA QUALITÉ

62%

des établissements privés sont certifiés sans suivi contre 29,4 % des établissements publics.

MISSION DE SERVICE PUBLIC

30%

des soins palliatifs sont réalisés dans le secteur privé

FORMATION



Clinique du Tonkin, Villeurbanne, pionnière dans l'accueil des internes depuis 1974.

Internes

CETTE FOIS, C'EST LA RENTRÉE !

Depuis la parution du décret autorisant les internes à être accueillis dans des établissements privés, 165 équipes médicales privées ont déposé un dossier pour être agrémentées en tant que terrain de stage. C'est un bon début ! À Villeurbanne, dans la banlieue lyonnaise, la clinique du Tonkin accueille déjà des internes depuis... 1974.

Effectuer son internat dans le secteur privé ? Aujourd'hui, sur les 22000 internes en formation, seule une quinzaine effectue son stage dans le privé. Pourtant, depuis la loi HPST de 2009, les cliniques et hôpitaux privés peuvent être agrémentés comme terrain de stage. « Dès 74, nous avions des stagiaires internes » explique le Dr. Philippe Gaussorgues, réanimateur à la clinique du Tonkin « Mais c'est seulement depuis 1990 que des internes peuvent effectuer leur stage agrémenté chez nous. A l'époque, le mouvement est parti des internes eux-mêmes... » Un stage dans le privé, dans un établissement qui avait une activité soutenue apparaissait comme logique. « Dans des spécialités comme la chirurgie ou la réanimation, beaucoup d'internes vont être amenés à travailler dans le secteur privé... » Les internes lyonnais ont donc négocié leurs stages dits 'en périphérie' à la clinique du Tonkin, située à Villeurbanne, une proche banlieue de Lyon. « J'ai été formé à Lyon, j'ai formé des internes dans le secteur public, et mes compétences n'ont pas changé pendant mon passage dans le privé. » commente le Dr. Gaussorgues. « Certes, nous n'enseignons pas à la fac, mais nous offrons un enseignement directement au lit du malade. Et je peux

vous assurer que les internes trouvent cela intéressant ! » La clinique du Tonkin est devenue un terrain de stage de référence, dans les trois premiers choisis par les internes. « Chez nous, les internes sont en ligne directe avec les seniors, c'est un vrai système de compagnonnage. » D'après le Dr. Gaussorgues, les clichés vont bon train dans les facs de médecine. « La fac occulte complètement le secteur privé. En arrivant ici, les internes se rendent compte que nos équipes sont collées aux malades, et que les prises en charge sont rapides. » La paye des internes s'effectue par un montage complexe : leur feuille de paye est remplie par les Hospices Civiles de Lyon, et le montant est reversé par la clinique aux HCL. Depuis la loi HPST, tout devrait être simplifié. « Nous apprécions beaucoup cette arrivée de jeunesse. Elle nous oblige à nous tenir au courant de l'innovation. Les vieux praticiens ne veulent pas avoir l'air largués, sinon, les internes ne reviendront plus ! J'ai envie de dire aux directeurs d'établissement : allez-y, vraiment ! C'est une pub in situ qui dure très longtemps, car on se souvient toujours de son internat. » Les internes décident tous les six mois de leur terrain de stage. A Lyon, ils font leur choix en octobre et arrivent en novembre. Alors, à quand la rentrée des internes dans votre établissement ?

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. Septembre 2011. Directeur de publication : Lamine Gharbi, président de la FHP-MCO. Rédaction conception : BVM/AC. Photos : © Fotolia et DR.

RECHERCHE CLINIQUE : APPEL À PROJET DANS LE PRIVÉ

La loi HPST ouvre la mission de service public de recherche à l'ensemble des acteurs de santé indépendamment de leur nature juridique. 20 à 25 centres de recherche clinique (CRC) doivent être créés. Ils se définissent comme des plateformes d'aide à l'intégration des patients dans les essais cliniques, d'acquisition des données, et d'aide à l'investigation. Lancez-vous !

PRÉSIDENTS DE CME, MÉDECINS DIM, C'EST POUR VOUS !

Dans le cadre du congrès annuel de la FHP-MCO, la CNPCMEHP organise une demi-journée d'information le 20 octobre prochain pour les présidents de CME. À l'ordre du jour côté CME : la gestion des risques et le développement personnel continu. Les médecins DIM, invités par la FHP-MCO, pourront s'informer sur l'évolution de la classification des GHM, les contrôles T2A, et le profil des médecins DIM. Ne ratez pas ces journées !

Le 20 octobre au CNIT à Paris, La Défense, salle Apollinaire, niveau A.

Présidents de CME les bilingues de la santé

« La masse de travail est énorme ! »

LE DOCTEUR JEAN-MARC DELAUBRE, CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE AU CMC LES CÈDRES, À BRIVE, SUR SA FONCTION DE TRAIT D'UNION ENTRE LA MÉDECINE ET L'ADMINISTRATION.

Comment êtes-vous devenu Président de la CME ?

Dans mon cas, le Président en poste a pris la Présidence du Directoire. Il fallait donc lui succéder. La communauté médicale s'est adressée aux « plus anciens ». Il y a eu une seule acceptation de candidature. Je suis directeur de CME depuis un an environ, et j'ai dû découvrir les dossiers très rapidement. La masse de travail est énorme. Un exemple ? Le SROS du Limousin, qui vient de paraître, comporte 160 pages.

Est-ce qu'il y a des choses que vous avez découvertes ?

J'étais, avant cette prise de fonction, membre du Conseil de surveillance, et aussi responsable de la biovigilance et donc déjà informé de certains modes de fonctionnements administratifs. Restaient de très nombreux domaines auxquels je n'avais jusqu'alors pas eu l'occasion m'intéresser : toutes les autres vigilances, les relations avec les usagers, la préparation de la troisième phase d'accréditation... Il faut rechercher l'information (courriers de l'ARS, informations syndicales, presse médicale...), la comprendre, la traduire, puis la transmettre aux autres praticiens qui, comme moi, sont déjà surchargés de travail. Cette transmission a lieu lors de réunions, toujours le soir, sinon les praticiens ne sont évidemment pas disponibles. Vu mon emploi du temps chargé, je ne peux pas assister à certaines réunions proposées par les tutelles en pleine journée. Heureusement les aides au sein de l'établissement sont nombreuses : direction de l'établissement, responsables des différentes vigilances, personnel administratif de la clinique.

Quelle est votre actualité ?

La troisième phase d'accréditation est un gros morceau : protocolisation des actes, critères « qualité », relations avec les usagers... Et certes, la qualité des soins y gagne.

Mais aurons-nous demain les moyens financiers et humains pour répondre à une demande que je vis personnellement comme de plus en plus pressante ?

J'aimerais que les tutelles, lors de la mise en place d'un nouveau critère d'évaluation, pèsent, à l'aune des bénéfices escomptés pour les patients, les efforts à mettre en œuvre pour y parvenir. Les emplois du temps des praticiens ne sont malheureusement pas extensibles, et leur rôle premier est de soigner. Rappelons enfin que toutes ces tâches dites « transversales », qui sont assurées par les praticiens (présidence des vigilances par exemple), engagent leur responsabilité alors qu'ils s'y consacrent de façon totalement bénévole.