



**DOSSIER**  
**Le PLFSS de toutes les incertitudes**



**Frédéric Bizard**  
**Des idées pour restructurer la Sécu**



**Présidents de CME**  
**Bayonne, une fusion de trois établissements réussie!**

# PLFSS COMMENT ÉCONOMISER DES MILLIARDS ?



éditorial  
Lamine  
Gharbi

**L**e PLFSS 2015 comprend de nombreux éléments de sappe du secteur privé. En 2014, nous découvrons la dégressivité tarifaire ; l'édition 2015 nous apporte d'autres déconvenues et en premier lieu celle de sanctions sur la qualité minimale des soins à atteindre et sur la pertinence des actes. Nos décideurs se trompent d'objectifs politiques et donc de boîtes à outils ! L'enjeu n'est pas de multiplier les sanctions mais bien de répondre à la question : quel est le juste coût ? Le PLFSS et la loi de santé font l'impasse sur le principe d'efficience qui devrait être au cœur de notre système de santé et de nos gouvernances. L'hospitalisation privée, familière de cette équation, a plébiscité un financement incitatif et complémentaire à la qualité, mais qu'un article du PLFSS vient gâcher en affublant la carotte d'un bâton. Même grave erreur de raisonnement des auteurs d'un autre article qui vise à améliorer la pertinence des soins mais prévoit des sanctions contre les établissements de santé pour des pratiques exercées par les médecins.

Certes, garantir une augmentation de 2,1 % de l'Objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) est une décision courageuse de la part de notre gouvernement qui gère une crise économique majeure. Toutefois, à l'intérieur de cette unique enveloppe fermée, tout est question ensuite de jugement entre les grands volumes de dépenses : celles liées aux médicaments, celles générées par la médecine de ville, ou par le secteur hospitalier public et privé. 3,2 milliards d'euros d'économies seront à réaliser cette année dans le budget de l'ONDAM. Comment et où les trouver ? La réponse du gouvernement est claire : 520 millions sont fléchés sur les dépenses hospitalières ; 370 millions sur la chirurgie ambulatoire et l'adéquation

**L'enjeu n'est pas de multiplier les sanctions mais bien de répondre à la question : quel est le juste coût ?**

de la prise en charge ; 1,065 milliard sur les produits de santé et la promotion des génériques ; 1,155 milliard sur la pertinence et le bon usage des soins, et enfin 75 millions sur la lutte contre la fraude. Une équation qui apparaît

simple sur le papier mais dont peu d'experts s'enquêtent de la mise en œuvre opérationnelle ou encore s'interrogent sur son impact sur nos établissements de santé.

Le 21 octobre commençait à l'Assemblée nationale l'examen du PLFSS 2015 en séance publique. De nombreux députés ont déposé et défendent nos amendements dans un hémicycle peu attentif à notre cause. Notre lobbying s'est ensuite concentré sur le Sénat, où la nouvelle donne politique nous est plus favorable, et où nous espérons faire mieux entendre notre plaidoirie en faveur de l'efficience.

Les équipes syndicales sont mobilisées et travaillent sur le front du PLFSS mais aussi sur celui de la future loi de santé qui sera discutée à partir de janvier. PLFSS jusqu'en décembre, arbitrage des tarifs de l'hospitalisation privée jusqu'au 1<sup>er</sup> mars, combat contre la loi de santé à partir de janvier... un marathon syndical que nous vous proposons de suivre et auquel nous vous invitons à participer !

Lamine Gharbi

Président du syndicat national FHP-MCO



ONDAM  
182,3

ONDAM  
médico-social  
17,9

ONDAM hospitalier  
76,8

ONDAM de ville  
83

Établissements T2A  
55,6

Établissements  
hors T2A  
19,3

ODMCO  
49,4

FIR  
3,1

MIGAC  
6,1

En milliards d'euros

Sources : PLFSS 2015, arrêté au JO.

OLIVIER VÉRAN, DÉPUTÉ PS DE L'ISÈRE, RAPPEUR DU VOLET  
« MALADIE » DU PLFSS 2015

## « LE DÉFICIT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE S'EST RÉDUIT DE MOITIÉ ENTRE 2010 ET 2014 ! »

« L'esprit de l'édition du PLFSS 2015 ne diffère pas de celui de 2014, ni de celui des PLFSS mis en place depuis 2012 : il met en avant la dimension protectrice de la sécurité sociale. Alors que la crise pèse lourdement sur les finances de l'État et le budget des familles, l'actuelle majorité a choisi de rationaliser le système de soins en gardant comme priorités l'accès aux soins et la lutte contre les inégalités en la matière. Il n'y a aucune mesure de déremboursement, aucune augmentation des franchises, aucune taxe comportementale. Les innovations, fruits du progrès médical auquel la France participe beaucoup, à travers l'excellence de sa recherche fondamentale, mais aussi son secteur industriel très dynamique, sont rendues accessibles aux usagers. Le PLFSS étend par exemple le bénéfice du forfait innovation à la médecine de ville. Les traitements, même les plus onéreux, sont disponibles pour tous sans restriction, dans le respect des bonnes pratiques médicales. Et pourtant, la réduction du déficit de la sécurité sociale se poursuit, et si son rythme n'est pas celui que nous espérons, la trajectoire, elle, reste vertueuse. Pensez seulement que le déficit s'est réduit de près de moitié entre 2010 et 2014 ! Au-delà de la question complexe du juste prix d'un acte, il faut prendre conscience que cela ne peut être examiné hors équilibre global du système, quand on a une dette sociale aussi lourde et des dépenses de santé qui ne cessent d'augmenter. Le temps des revalorisations sans contreparties n'est pas encore venu, même si j'attire votre attention sur le fait que la mise en place du CICE, et demain, de l'ensemble du pacte de responsabilité, n'a pas un impact neutre pour le secteur privé. Je souhaite que public et privé fassent évoluer le regard qu'ils portent l'un sur l'autre. Tous deux sont des acteurs majeurs de l'offre de soins, tous deux sont aimés des Français. C'est sur leur complémentarité qu'il faudrait investir. La dimension incitative du dispositif est bien plus importante que son volet dissuasif. Près de 60 millions d'euros pour l'incitation, contre moins de 10 millions pour les pénalités. Et ce n'est pas un hasard : nous croyons bien plus à la mobilisation par le soutien qu'à l'obligation par la contrainte. D'ailleurs ces mécanismes de sanction sont rarement mis en œuvre, tant du fait de la mesure et de la retenue de ceux qui sont chargés de les mettre en œuvre, que des réels efforts de ceux qui y sont potentiellement exposés. Pour autant, l'économie de la santé étant fortement socialisée, la garantie qu'offre l'État n'a de valeur que si elle est assortie de contrôle et de sanction. C'est bien le moins quand le financement du système repose en grande partie sur la solidarité nationale. A terme, c'est à un véritable changement de mentalité que les difficultés de notre temps nous imposent : celui de penser l'activité médicale en connexion avec son environnement. Derrière la pertinence des soins, il n'y a pas d'intention de remettre en cause la liberté de prescription, mais de la penser dans un cadre de continuité des soins entre la ville et l'hospitalisation. »



Derrière la pertinence des soins, il n'y a pas d'intention de remettre en cause la liberté de prescription

Les traitements, même les plus onéreux, sont disponibles pour tous sans restriction, dans le respect des bonnes pratiques médicales. Et pourtant, la réduction du déficit de la sécurité sociale se poursuit, et si son rythme n'est pas celui que nous espérons, la trajectoire, elle, reste vertueuse. Pensez seulement que le déficit s'est réduit de près de moitié entre 2010 et 2014 ! Au-delà de la question complexe du juste prix d'un acte, il faut prendre conscience que cela ne peut être examiné hors équilibre global du système, quand on a une dette sociale aussi lourde et des dépenses de santé qui ne cessent d'augmenter. Le temps des revalorisations sans contreparties n'est pas encore venu, même si j'attire votre attention sur le fait que la mise en place du CICE, et demain, de l'ensemble du pacte de responsabilité, n'a pas un impact neutre pour le secteur privé. Je souhaite que public et privé fassent évoluer le regard qu'ils portent l'un sur l'autre. Tous deux sont des acteurs majeurs de l'offre de soins, tous deux sont aimés des Français. C'est sur leur complémentarité qu'il faudrait investir. La dimension incitative du dispositif est bien plus importante que son volet dissuasif. Près de 60 millions d'euros pour l'incitation, contre moins de 10 millions pour les pénalités. Et ce n'est pas un hasard : nous croyons bien plus à la mobilisation par le soutien qu'à l'obligation par la contrainte. D'ailleurs ces mécanismes de sanction sont rarement mis en œuvre, tant du fait de la mesure et de la retenue de ceux qui sont chargés de les mettre en œuvre, que des réels efforts de ceux qui y sont potentiellement exposés. Pour autant, l'économie de la santé étant fortement socialisée, la garantie qu'offre l'État n'a de valeur que si elle est assortie de contrôle et de sanction. C'est bien le moins quand le financement du système repose en grande partie sur la solidarité nationale. A terme, c'est à un véritable changement de mentalité que les difficultés de notre temps nous imposent : celui de penser l'activité médicale en connexion avec son environnement. Derrière la pertinence des soins, il n'y a pas d'intention de remettre en cause la liberté de prescription, mais de la penser dans un cadre de continuité des soins entre la ville et l'hospitalisation. »

### LES AMENDEMENTS DOULOUREUX AU PLFSS 2015, DÉPOSÉS PAR LA PROFESSION :

**Article 36**  
Mise en place d'un indicateur de financement à la qualité (IFAQ) ;

**Article 37**  
Reconnaissance des hôpitaux de proximité et mise en place d'un financement dédié plus adapté à la spécificité des missions de ces établissements ;

**Article 40**  
Réforme du Fonds d'intervention régional ;

**Article 42**  
Renforcement de la pertinence des soins dans les établissements de santé ;

**Article 44**  
Régulation des dépenses du médicament ;

**Article 50**  
Exclusion explicite des actes de chirurgie esthétique du champ de l'indemnisation de l'ONIAM.

**Des amendements additionnels :**

- suppression du report de la facturation individuelle des établissements publics ;
- suppression de la dégressivité tarifaire ;
- transparence du financement du Fonds d'intervention régional et des dotations MIGAC ;
- suppression des TJP.

1%

C'EST L'ÉVOLUTION CUMULÉE DES TARIFS DE L'ACTIVITÉ DE SOINS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS MCO EN DIX ANS

Pour mémoire :  
2005 (1<sup>er</sup> mars) mise place de la T2A ;  
2006 - 4 % ;  
2007 + 4 % ;  
2008 + 0,8 % ;  
2009 + 0,47 % ;  
2010 + 0 % ;  
2011 - 0,05 % ;  
2012 + 0,16 % (+ 0,5 % maternité) ;  
2013 - 0,21 % ;  
2014 - 0,24 % .  
À suivre...

## LE PLFSS, CET INCONNU...

Les arbitrages du projet de loi de financement de la sécurité sociale 2015 (PLFSS) qui seront rendus les premiers jours de décembre, impacteront nos pratiques au quotidien et le sens de nos métiers, au titre de praticien libéral comme de directeur d'établissement de santé. Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Christian Eckert, secrétaire d'État chargé du Budget, et Laurence Rossignol, secrétaire d'État chargée de la Famille, des Personnes âgées et de l'Autonomie, présentaient à la presse le 29 septembre dernier le PLFSS pour 2015 puis en Conseil des ministres le 8 octobre avant de le transmettre à la Commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale pour une première lecture les 14 et 15 octobre et un examen en séance publique à partir du 21 octobre. Il s'agit d'un exercice annuel majeur, de haute volée, qui cristallise les tensions et les clivages. Il vise à accorder des positions contraires dans l'écriture de la feuille de route financière des acteurs de la santé.

Au moment même des premiers arbitrages dans les chambres parlementaires, voici les réactions à chaud de quelques acteurs clés du nouveau PLFSS, qu'ils en soient les artisans... ou plus vraisemblablement, les détracteurs.

ARNAUD ROBINET, DÉPUTÉ UMP, MAIRE DE REIMS, PRATICIEN HOSPITALIER

## « DU RAFISTOLAGE »

« L'inquiétude autour du PLFSS est générale. La restructuration du système de soin est encore une fois reportée, on continue de mettre des pansements sur une jambe de bois. Une nouvelle fois, la variable d'ajustement est l'industrie pharmaceutique, qui finance 50 % des nouvelles recettes alors qu'elle représente seulement 12 % des dépenses de santé. Le volet famille comprend des restrictions sévères, avec de sérieux coups de canif dans l'offre de prestations familiales, et la prime de naissance divisée par trois, il n'y a pas de refonte des retraites alors que le système actuel est caduc... L'objectif du tiers payant généralisé déresponsabilise encore plus les patients sur le coût de la santé, et les cliniques, les hôpitaux privés et l'ensemble de la médecine libérale sont dans le collimateur. Je porte un jugement sévère sur les PLFSS de ces trois dernières années, qui s'apparentent plus au rafistolage qu'à la restructuration constructive, alors que c'est le moment de mener une opération préventive, diagnostique et reconstructrice du système de protection sociale. Sur la question des tarifs, on demande encore une fois au privé de faire des efforts alors que les marges de manœuvre sont à l'hôpital. Je le vois dans ma circonscription. À Reims, à 500 mètres du CHU, va s'installer l'une des plus grosses cliniques françaises. Je trouve que c'est formidable, car il faut tabler sur une complémentarité entre secteurs public et privé. Qui a dit que les CHU devaient absolument continuer à être généralistes? Pourquoi ne pas se spécialiser et jouer sur la complémentarité? Et en poussant les choses jusqu'au bout, pourquoi ne pas enfin mettre en place la convergence tarifaire? Dans l'état actuel des choses, le système privé est mis à mal parce qu'il n'a pas de relation de hiérarchie avec ses praticiens. La volonté d'étatisation du système de santé est sensible dans ce PLFSS avec le tiers payant généralisé et les attaques contre la médecine libérale. »



Qui a dit que les CHU devaient absolument continuer à être généralistes?

« L'absence de visibilité. Que ce soit sur la révision des classifications des GHM, les tarifs, l'évolution vers la chirurgie ambulatoire, la dégressivité tarifaire, les médicaments de la liste en sus : nous sommes maintenus dans l'opacité la plus totale. L'absence de restitution du coefficient prudentiel est annoncée, nous serons donc dans une situation où le secteur privé finance les dépassements du secteur public. De plus, avec le décret à venir sur la dégressivité tarifaire, si un établissement travaille trop, il sera sanctionné, ce qui revient à une régulation supplémentaire de notre activité. Le PLFSS est complètement opaque, et ses orientations sont alarmantes. La pertinence des soins, par exemple, a été élaborée sans les médecins, voire même contre eux. À titre d'exemple : le nombre d'endoscopies digestives pratiquées pour être « pertinent » est établi par rapport à une moyenne nationale. Si l'on est au-dessous, tout va bien. Si l'on est au-dessus, l'établissement devra faire face à une diminution de sa recette, alors que la méthodologie n'a pas beaucoup de sens en fonction des particularités régionales. Autre exemple, la variabilité de la densité médicale et donc, de l'accessibilité aux soins. La pertinence des actes, ce n'est pas une moyenne nationale, c'est l'analyse d'un dossier médical, pour le bien du patient. Cette mesure pénalise les investissements sur les plateaux techniques et a pour objectif de diviser praticiens et établissements. Le ministère prend en otage les établissements pour qu'ils soient coercitifs avec les praticiens. L'ostracisme dont est victime le secteur privé est inquiétant alors que les hôpitaux échappent, notamment par le biais de subventions, aux contraintes imposées à l'hospitalisation privée. Au secteur public de prouver qu'il n'accueille pas les mêmes patients et n'a pas les mêmes contraintes. Et à quand une vraie analyse de la pertinence des actes? »

PASCAL DELUBAC, VICE-PRÉSIDENT DE LA FHP LANGUEDOC-ROUSSILLON, MEMBRE DU BUREAU DE LA FHP-MCO

## « DANS L'OPACITÉ »

« L'absence de visibilité. Que ce soit sur la révision des classifications des GHM, les tarifs, l'évolution vers la chirurgie ambulatoire, la dégressivité tarifaire, les médicaments de la liste en sus : nous sommes maintenus dans l'opacité la plus totale. L'absence de restitution du coefficient prudentiel est annoncée, nous serons donc dans une situation où le secteur privé finance les dépassements du secteur public. De plus, avec le décret à venir sur la dégressivité tarifaire, si un établissement travaille trop, il sera sanctionné, ce qui revient à une régulation supplémentaire de notre activité. Le PLFSS est complètement opaque, et ses orientations sont alarmantes. La pertinence des soins, par exemple, a été élaborée sans les médecins, voire même contre eux. À titre d'exemple : le nombre d'endoscopies digestives pratiquées pour être « pertinent » est établi par rapport à une moyenne nationale. Si l'on est au-dessous, tout va bien. Si l'on est au-dessus, l'établissement devra faire face à une diminution de sa recette, alors que la méthodologie n'a pas beaucoup de sens en fonction des particularités régionales. Autre exemple, la variabilité de la densité médicale et donc, de l'accessibilité aux soins. La pertinence des actes, ce n'est pas une moyenne nationale, c'est l'analyse d'un dossier médical, pour le bien du patient. Cette mesure pénalise les investissements sur les plateaux techniques et a pour objectif de diviser praticiens et établissements. Le ministère prend en otage les établissements pour qu'ils soient coercitifs avec les praticiens. L'ostracisme dont est victime le secteur privé est inquiétant alors que les hôpitaux échappent, notamment par le biais de subventions, aux contraintes imposées à l'hospitalisation privée. Au secteur public de prouver qu'il n'accueille pas les mêmes patients et n'a pas les mêmes contraintes. Et à quand une vraie analyse de la pertinence des actes? »



La pertinence des actes, ce n'est pas une moyenne nationale, c'est l'analyse d'un dossier médical, pour le bien du patient

« L'absence de visibilité. Que ce soit sur la révision des classifications des GHM, les tarifs, l'évolution vers la chirurgie ambulatoire, la dégressivité tarifaire, les médicaments de la liste en sus : nous sommes maintenus dans l'opacité la plus totale. L'absence de restitution du coefficient prudentiel est annoncée, nous serons donc dans une situation où le secteur privé finance les dépassements du secteur public. De plus, avec le décret à venir sur la dégressivité tarifaire, si un établissement travaille trop, il sera sanctionné, ce qui revient à une régulation supplémentaire de notre activité. Le PLFSS est complètement opaque, et ses orientations sont alarmantes. La pertinence des soins, par exemple, a été élaborée sans les médecins, voire même contre eux. À titre d'exemple : le nombre d'endoscopies digestives pratiquées pour être « pertinent » est établi par rapport à une moyenne nationale. Si l'on est au-dessous, tout va bien. Si l'on est au-dessus, l'établissement devra faire face à une diminution de sa recette, alors que la méthodologie n'a pas beaucoup de sens en fonction des particularités régionales. Autre exemple, la variabilité de la densité médicale et donc, de l'accessibilité aux soins. La pertinence des actes, ce n'est pas une moyenne nationale, c'est l'analyse d'un dossier médical, pour le bien du patient. Cette mesure pénalise les investissements sur les plateaux techniques et a pour objectif de diviser praticiens et établissements. Le ministère prend en otage les établissements pour qu'ils soient coercitifs avec les praticiens. L'ostracisme dont est victime le secteur privé est inquiétant alors que les hôpitaux échappent, notamment par le biais de subventions, aux contraintes imposées à l'hospitalisation privée. Au secteur public de prouver qu'il n'accueille pas les mêmes patients et n'a pas les mêmes contraintes. Et à quand une vraie analyse de la pertinence des actes? »

## DES ÉCONOMIES PLANIFIÉES EN 2015 QUI VISENT NOS STRUCTURES :

520

millions d'euros sur l'efficacité hospitalière (dont 55 millions sur l'organisation des établissements et 105 millions sur la liste en sus).

1,155

milliard d'euros sur la pertinence des actes et le bon usage des soins.

370

millions d'euros sur la chirurgie ambulatoire et l'adéquation de la prise en charge.

## ANTI JARGON

AMO assurance maladie obligatoire

CICE crédit d'impôt compétitivité emploi

FIR Fonds d'intervention régional

GHM groupe homogène de malades

MIGAC Missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation

ODMCO Objectif des dépenses d'assurance maladie relatif aux activités MCO

ONDAM Objectif national des dépenses d'assurance maladie

ONIAM Office national d'indemnisation des accidents médicaux

PAERPA Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie

PLFSS Projet de loi de financement de la sécurité sociale

TJP tarif journalier de prestation

T2A Tarification à l'activité

DR JEAN-PAUL ORTIZ, PRÉSIDENT DE LA CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS

## « EN TROMPE-L'ŒIL »

« Plusieurs choses sont pour nous sujet d'inquiétude dans le PLFSS 2015. Les premières tiennent à l'architecture même du PLFSS : c'est la première année que nous avons un ONDAM aussi bas. La situation économique explique que l'on ne se préoccupe que des dépenses et jamais des recettes, c'est néanmoins un premier biais. Ensuite, le PLFSS regroupe un certain nombre de mesures en trompe-l'œil, comme la dotation de 0,2 % supérieure accordée à la médecine de ville par rapport à celle des hôpitaux. On pourrait croire que c'est une prise de conscience du fait que l'hôpital est peu efficace, mais le différentiel sera vite absorbé, car on transfère en même temps sur la médecine de ville des soins extrêmement coûteux, notamment au niveau des médicaments, comme le Sovaldi, le plus cher de toute l'histoire de l'assurance maladie contre l'hépatite C. Contrairement aux idées reçues, la vraie réalité est qu'il y a un désengagement de l'hôpital de toute une série de soins, transférés vers la médecine de ville. Le différentiel n'est pas en faveur de la médecine de ville, encore une fois pénalisée. D'autres mesures fonctionnent aussi en trompe-l'œil, en direction des jeunes médecins, par exemple, avec la notion de praticien territorial de médecine ambulatoire, pour accompagner les jeunes médecins qui s'installent dans des zones défavorisées. Les mesures s'accompagnent d'une telle myriade de contraintes qu'elles sont contre-productives, et apparaissent désincitatives. Même chose pour les médecins dans les zones montagneuses. Enfin, sur le volet hospitalier, nous notons une valorisation de la démarche qualité, de la pertinence des soins et des actes... Nous l'avons toujours souhaitée, mais cela ne peut fonctionner qu'avec la collaboration des médecins concernés. De même, comment intégrer des éléments sur la gestion des risques sans associer les présidents de CME, qui sont justement en charge de la gestion des risques? Pour moi, le PLFSS 2015 effleure le fond du problème, qui est qu'il faut « déshospitaliser » le pays, en accordant plus de place à la médecine de ville, à l'hospitalisation à domicile, à la chirurgie ambulatoire... Plus de place, et plus de fonds aussi. »



Comment imaginer intégrer des éléments sur la gestion des risques sans associer les présidents de CME?

« Plusieurs choses sont pour nous sujet d'inquiétude dans le PLFSS 2015. Les premières tiennent à l'architecture même du PLFSS : c'est la première année que nous avons un ONDAM aussi bas. La situation économique explique que l'on ne se préoccupe que des dépenses et jamais des recettes, c'est néanmoins un premier biais. Ensuite, le PLFSS regroupe un certain nombre de mesures en trompe-l'œil, comme la dotation de 0,2 % supérieure accordée à la médecine de ville par rapport à celle des hôpitaux. On pourrait croire que c'est une prise de conscience du fait que l'hôpital est peu efficace, mais le différentiel sera vite absorbé, car on transfère en même temps sur la médecine de ville des soins extrêmement coûteux, notamment au niveau des médicaments, comme le Sovaldi, le plus cher de toute l'histoire de l'assurance maladie contre l'hépatite C. Contrairement aux idées reçues, la vraie réalité est qu'il y a un désengagement de l'hôpital de toute une série de soins, transférés vers la médecine de ville. Le différentiel n'est pas en faveur de la médecine de ville, encore une fois pénalisée. D'autres mesures fonctionnent aussi en trompe-l'œil, en direction des jeunes médecins, par exemple, avec la notion de praticien territorial de médecine ambulatoire, pour accompagner les jeunes médecins qui s'installent dans des zones défavorisées. Les mesures s'accompagnent d'une telle myriade de contraintes qu'elles sont contre-productives, et apparaissent désincitatives. Même chose pour les médecins dans les zones montagneuses. Enfin, sur le volet hospitalier, nous notons une valorisation de la démarche qualité, de la pertinence des soins et des actes... Nous l'avons toujours souhaitée, mais cela ne peut fonctionner qu'avec la collaboration des médecins concernés. De même, comment intégrer des éléments sur la gestion des risques sans associer les présidents de CME, qui sont justement en charge de la gestion des risques? Pour moi, le PLFSS 2015 effleure le fond du problème, qui est qu'il faut « déshospitaliser » le pays, en accordant plus de place à la médecine de ville, à l'hospitalisation à domicile, à la chirurgie ambulatoire... Plus de place, et plus de fonds aussi. »



93,9 %<sup>(2)</sup> de nos sociétaires sont satisfaits de nos prestations.

Pour en savoir plus sur nos assurances, contactez votre conseiller MACSF au 3233<sup>(3)</sup> ou retrouvez-nous en agence.

macsf.fr

Notre engagement, c'est vous.



Document commercial à caractère non contractuel. Conditions en agence MACSF.

(1) Offre à valeur sous forme de réduction tarifaire la 1<sup>ère</sup> année : 100 € sur la cotisation du contrat complémentaire santé, 100 € sur la cotisation du contrat d'assurance automobile, 50 € sur la cotisation du contrat multirisque habitation (hors contrat propriétaire non occupant), hors tarif étudiant et interne et non cumulable avec des réductions en cours. Cette offre s'applique pour tout devis réalisé entre le 08/09/2014 et le 31/12/2014 avec prise d'effet des garanties au plus tard le 31/01/2015. (2) Mesure de la satisfaction menée sur le 1<sup>er</sup> trimestre 2014, portant sur 3 829 sociétaires, tous produits et prestations confondus. (3) Prix d'un appel local depuis un poste fixe. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur choisi. MACSF assurances - SIREN N° 775 665 631 - Société d'Assurances Mutuelle - Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège social : Cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX - MFPS - Mutuelle Française des Professions de Santé - N° Immatriculation 315 281 097 - Mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité - Siège social : Cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX - AMAP - Association Médicale d'Assistance et de Prévoyance - Association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 - Siège social : 11 rue Brunel - 75017 PARIS.

# CLINIQUES ET PRATICIENS, TRAVAILLONS ENSEMBLE

MALGRÉ UN PLFSS EN AUGMENTATION DES QUESTIONS DEMENTENT

AUGMENTATION

## 2,1%

Malgré une augmentation de l'ONDAM 2015 de 2,1 %...

STAGNATION

## 0% ?

... quelle sera l'évolution des tarifs des établissements de santé privés au 1<sup>er</sup> mars 2015 ?

DÉPRESSION

## 37%

Le PLFSS 2015 permettra-t-il de diminuer le nombre d'établissements de santé privés dans le rouge ?

37 % en 2012 (35 % en 2011).  
Source : Observatoire CTC Conseil

dialogue  
santé

Dialogue santé est édité par la FHP-MCO, syndicat national des établissements de santé 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. Novembre 2014. Directeur de publication : Lamine Gharbi, président de la FHP-MCO. Rédaction, conception : BVM-communication. Photos : ©DR. © Fotolia



ÉCONOMIE

Censée être universelle, la sécurité sociale protège de moins en moins bien de plus en plus de monde.

## Sécurité sociale UNE RÉFORME EST INÉVITABLE

Frédéric Bizard est économiste de la santé, enseignant à Sciences Po Paris. Expert reconnu du secteur de la santé, il vient de publier *Refonder le système de santé français, pourquoi, comment ? 40 propositions pour réformer\**.

La Sécurité sociale a été fondée en 1945, dans une société très différente de celle d'aujourd'hui. La gestion paritaire, autour des partenaires sociaux, était ainsi dissociée du pouvoir de l'État. Les risques majeurs identifiés après la guerre étaient centrés sur les personnes âgées et les familles nombreuses. Le système était financé par des cotisations prélevées sur les revenus du travail des actifs. Ce système a remarquablement fonctionné pendant les Trente Glorieuses, grâce à la prospérité économique qui a permis au modèle d'être généreux et soutenable. Le ralentissement économique et la montée du chômage qui se sont ensuivis ont accéléré le déséquilibre du système à la fin des années 1970 et mis en lumière les limites de l'État providence.

### Une concentration croissante des remboursements

Censée être universelle, la sécurité sociale protège de moins en moins bien de plus en plus de monde. Deux tiers des dépenses sont consommés par 15 % des assurés, ceux qui souffrent d'affection longue durée. Et, en affinant, 50 % des dépenses de l'assurance maladie sont même réalisées par 5 % des assurés. 55 millions de Français ne sont remboursés que d'un euro sur deux de leurs soins de ville. L'absence de rénovation du modèle de financement conduit à une triple crise de légitimité, d'efficacité et financière.

### Meilleurs remboursements, plus de flexibilité

Il faut distinguer un panier de soins collectifs solidaires et un panier de

soins individuels, tout en repensant leur contenu. Un seul financeur par type de soins : public pour le panier solidaire (AMO) et privé (libre choix) pour le panier de soins individuels. Concernant l'assurance maladie, on met en place une gestion dynamique de l'ensemble de son panier de soins pour intégrer les innovations médicales en temps utile. Le champ de couverture de l'AMO intègre des services de gestion en



amont du risque santé (éducation, services de prévention primaire et secondaire). Un contrat homogène standard obligatoire, commercialisé par tous les assureurs privés (dont les mutuelles) et dont seule la variable prix évolue d'une offre à l'autre, est conçu pour mutualiser au mieux l'accès aux soins courants (primes modérées et couverture de qualité, finançant au juste prix les actes médicaux). Il existerait par ailleurs un troisième niveau d'assurance entièrement libre, comprenant le remboursement, par exemple, des médecines alternatives ou de soins de confort, avec des contrats plus affinitaires. Une autorité de régulation dédiée au secteur privé (avec un rôle de régulation financière et sanitaire) est à créer. Ce nouveau modèle assurera une meilleure lisibilité du financement des soins, une meilleure efficacité à moindres coûts (un seul assureur par acte), une meilleure maîtrise des dépenses (plus forte implication des patients, tickets modérateurs non remboursables), et une meilleure égalité de traitement (contrat homogène identique).

\* [www.fredericbizard.com/publication](http://www.fredericbizard.com/publication)

### L'EXTERNALISATION DE LA FABRIQUE DES ENFANTS

Au travers de deux avis rendus le 22 septembre 2014, la Cour de cassation estime que le recours à l'insémination artificielle avec donneur anonyme, ne fait pas obstacle à ce que l'épouse de la mère puisse adopter l'enfant ainsi conçu. Ce procédé repose sur l'extraordinaire plasticité de la notion « d'éléments essentiels du droit français » dont la définition dépend donc désormais d'un simple avis de la Cour de cassation.

### FORMER LES AIDES À DOMICILE (PAERPA)

L'instruction DGCS-CNSA n° 2014-285 du 11 septembre 2014 détaille le financement de la formation des aides à domicile par les ARS expérimentatrices. Le coût prévisionnel total de ces formations s'élève à 784 454 euros. Neuf ARS sont concernées : Aquitaine, Bourgogne, Centre, Île-de-France, Limousin, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais et Pays-de-la-Loire.



## PRÉSIDENTS DE CME Bayonne, une fusion en bonne voie

Le Dr Philippe Salanne, chirurgien orthopédiste et président de CME de la Clinique Paulmy du groupe Capio, revient sur sa fonction dans des circonstances exceptionnelles.

### Comment se déroule chez vous la fusion entre trois établissements ?

Il y a eu plusieurs étapes. Je suis maintenant à la Clinique Paulmy, mais j'étais auparavant avec d'autres orthopédistes, à la Clinique Saint-Étienne. Il y a quatre ans, nous avons procédé à un regroupement par spécialités. Les orthopédistes de trois cliniques, Saint-Étienne, Fourcade et Lafargue, ont été concentrés à Paulmy. De la même façon, les urologues ont été regroupés sur Saint-Étienne. C'était assez simple, car nous étions sur un pied d'égalité : c'était un nouvel établissement pour tout le monde. Nous gagnons aussi en qualité : je travaille avec mes confrères depuis quatre ans maintenant, nous nous connaissons bien et nous sommes rôtés. A partir d'août 2015, nous serons tous regroupés sur un seul établissement, dans un bâtiment tout neuf, la nouvelle clinique de Capio. Ce sera la seule offre de soins privée à Bayonne face au CHU, et elle sera de qualité, avec des plateaux techniques importants et des praticiens motivés.

### Comment se présente le travail d'un président de CME dans cette situation exceptionnelle ?

Le suivi quotidien des questions administratives est un peu remplacé par d'autres priorités : un regroupement de cette ampleur implique de réunir trois présidents de CME ! Nous travaillons à bâtir un collège de CME, une sorte de super CME, car nous devons informer tout le monde, et réunir 100 praticiens en une seule fois est impossible. Entre nous pourtant, tout s'est très bien passé. Nos confrères nous font respectivement confiance et nous sommes énormément sollicités. Je consacre environ six heures non rémunérées par semaine à ce dossier, à raison de trois à quatre réunions par semaine, en plus bien sûr de mes consultations. À cause du virage en aiguille que nous devons prendre, notre rôle est très particulier.

### Avez-vous l'impression de parler deux langues ?

Oui, dans le sens où nous devons porter les aspirations des praticiens, et comprendre la direction. Mais chez nous, les choses se sont déroulées sans conflit. Sur un tel projet, nous avons beaucoup de responsabilités, nous devons porter devant la direction l'avis général de la communauté médicale, défendre l'intérêt des praticiens, et in fine, des patients... Pour porter un regroupement important, la CME a vraiment un rôle pivot !

# LES PRATICIENS LIBÉRAUX AIMENT LEUR CLINIQUE

## DES MÉDECINS SATISFAITS

Des praticiens en phase avec les cliniques

### FIDÈLES

Parmi les médecins exerçant en établissement de santé privé MCO, 1 sur 2 y travaille

depuis + de 15 ans.

*Les médecins aiment l'hospitalisation privée et ils y restent.*



SATISFAITS VOIRE TRÈS SATISFAITS

80%

des praticiens exerçant en établissement de santé privé MCO sont satisfaits voire très satisfaits des modes d'exercice que leur établissement leur offre.

28%

sont très satisfaits.

*Les médecins aiment leur clinique !*

PROMOTEURS

90%

des répondants conseilleraient à un jeune confrère de les rejoindre dans un établissement de santé privé.

*Les médecins sont des ambassadeurs des établissements privés.*

## DES PROFESSIONNELS MOTIVÉS

Les principales motivations pour choisir un établissement de santé privé MCO

LIBERTÉ D'EXERCICE

81%

Pour 81 % des répondants, la liberté d'exercice est la motivation n° 1 (60 %) ou n° 2 (21 %).

*Les praticiens ne sont pas « libéraux » par hasard.*



QUALITÉ DE L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL

62%

Pour 62 % des répondants, la qualité de l'environnement de travail est la motivation n° 1 (22 %) ou n° 2 (40 %).

*Les médecins trouvent dans nos cliniques des plateaux techniques modernes, des équipes soignantes professionnelles et une fluidité d'organisation.*



RÉMUNÉRATION

26%

Pour 26 % des répondants, la rémunération est la motivation n° 1 (7 %) ou n° 2 (19 %).

*Une idée reçue enfin démentie ! Une minorité de praticiens choisit la rémunération comme motivation n° 1.*



## VERS LA PÉNURIE

1 médecin sur 2 est âgé de plus de 53 ans ; 40 % ont plus de 56 ans



D'ici 5 ans

18 % des médecins exerçant dans l'hospitalisation privée MCO seront en âge de partir à la retraite.



D'ici 10 ans

Les établissements de santé privés MCO devront renouveler 40 % de leur corps médical.



Chers docteurs, chers amis,

**J**e souhaite tout d'abord remercier particulièrement les 1300 praticiens qui ont participé au sondage de la FHP-MCO concernant la satisfaction et les motivations du corps médical libéral à exercer dans nos établissements de santé. Le temps que vous avez pris pour répondre à ce questionnaire s'ajoute à celui consacré à vos patients et aux missions transversales nécessaires au bon fonctionnement de nos établissements. Ce temps est précieux, merci !

Vous aimez votre clinique ! C'est le premier enseignement de ce sondage. Ce n'est pas que nous en doutions mais ça va toujours mieux en se le disant avec l'aide d'éléments objectivés et chiffrés. Alors que l'hospitalisation privée entre dans la bataille contre la loi de santé, il est fondamental pour nous d'être confortés quant à votre satisfaction et votre fidélité à notre égard. Et nous le sommes !

Vos motivations à nous choisir sont claires. La première, figure dans l'intitulé de votre statut bien nommé : vous êtes des praticiens libéraux. La liberté d'entreprendre et d'exercer vous est chevillée au corps. La seconde motivation vient récompenser nos efforts : mettre à votre disposition des outils de travail efficaces et modernes. Enfin, la rémunération n'est pas une motivation première car vous n'êtes que 7 % à la citer comme motivation n° 1 (19 % comme motivation n° 2), ce qui dément catégoriquement l'idée reçue qui consiste à voir en vous des financiers avant de voir des soignants. Soyez certains que notre syndicat fera savoir sans modération cette nouvelle preuve.

Vous vous êtes exprimés également sur les freins à votre installation dans nos cliniques. Nous sommes aux côtés de vos organisations syndicales pour améliorer les deux premiers points : les démarches liées à l'exercice libéral, et la rémunération conventionnelle et la nomenclature. Nous avons noté quatre autres points d'amélioration à votre exercice : les termes du contrat qui nous lie, la visibilité de l'activité médicale dans la communication interne et externe de l'établissement, l'organisation de votre quotidien et la taille des équipes. Un vaste programme !

Enfin, et c'est un enjeu majeur pour nos établissements de santé : la pénurie de vos talents. L'âge médian de 53 ans de l'échantillonnage représentatif des répondants à notre sondage signifie concrètement que d'ici dix ans, nous devons renouveler 40 % du corps médical de nos établissements de santé privés. Mais une donnée qui apporte satisfaction et espoir : vous êtes nos promoteurs pour 90 % d'entre vous auprès de vos jeunes collègues !

Praticiens libéraux et cliniques et hôpitaux privés avons un même destin mais dans l'immédiat, c'est un combat commun qui doit nous animer, celui de la survie de l'offre de santé privée de qualité que nous mettons à la disposition de nos patients.

**LAMINE GHARBI, PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO**

PARMI VOS TÉMOIGNAGES

**90 % DES RÉPONDANTS SONT DES PROMOTEURS DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE.**

**Que dites-vous à vos jeunes confrères ?**

**« L'autonomie, la relative indépendance, la réactivité du praticien libéral sont des atouts majeurs pour une installation surtout si la structure privée est suffisamment grande pour assurer un travail d'équipe avec des associés de bonne qualité en nombre suffisant. »**

**NOTRE SONDRAGE EXCLUSIF**

**1300**  
**PRATICIENS ONT RÉPONDU !**

#### **ÉCHANTILLON**

■ 1300 médecins exerçant dans les établissements de santé privés MCO ont répondu.

■ Le questionnaire a été envoyé aux établissements adhérents à la FHP-MCO le 1<sup>er</sup> octobre. Les réponses ont été recueillies du 1<sup>er</sup> au 22 octobre 2014.

■ Toutes les régions sont représentées proportionnellement à la population médicale de chacune. Ils exercent à 85 % dans un environnement urbain.

■ Toutes les spécialités médicales sont représentées proportionnellement au volume d'exercice de ces activités dans le secteur privé.

■ L'âge des médecins de l'échantillon est très proche des données publiées dans l'Atlas de la démographie médicale 2014, ils sont légèrement plus jeunes que l'ensemble des spécialistes.

■ 80 % sont des hommes.

## **LES QUESTIONS POSÉES AUX MÉDECINS MCO**

1. Le questionnaire s'adresse aux praticiens libéraux (toutes spécialités) exerçant en établissement privé MCO. Est-ce votre cas ?
2. Quel âge avez-vous ?
3. Êtes-vous une femme ou un homme ?
4. Vous exercez au sein d'un service de : (liste des codes APE)
5. Depuis combien d'années exercez-vous en établissement de santé privé ?
6. Exercez-vous dans un environnement plutôt rural ou urbain ?
7. Quelle est votre région d'exercice ?
8. Selon vous quels sont les avantages à exercer votre activité dans un établissement privé par rapport à l'hôpital ? (question ouverte, 3 réponses possibles)
9. Vous choisissez d'exercer dans un établissement de santé privé MCO pour : (classez les réponses du plus important [= 1] au moins important [= 5].) Choix dans une liste.
10. Selon vous, quels sont les principaux freins à l'installation de praticiens dans les établissements de santé privés (versus publics) ? (5 critères au maximum). Choix dans une liste.
11. Comment envisagez-vous les cinq prochaines années ? Projetez-vous de quitter votre établissement ?
12. Si oui pourquoi : (choix dans une liste).
13. Globalement, êtes-vous satisfait des modes d'exercice que votre établissement de santé privé vous offre ? (très satisfait ; satisfait...)
14. Globalement, êtes-vous satisfait des modes d'exercice de l'hospitalisation privée en général ?
15. Conseilleriez-vous à un jeune confrère de vous rejoindre au sein d'un établissement hospitalier privé ?
16. Vous avez exercé à l'hôpital public et en établissement de santé privé, citez 3 éléments différenciateurs, du plus au moins important. (Question ouverte, 3 réponses possibles).

MOTS-CLÉS

ILS APPARAISSENT DES CENTAINES DE FOIS DANS VOS 6 000 COMMENTAIRES OUVERTS

*liberté • indépendance  
autonomie • souplesse  
réactivité • initiative  
flexibilité • efficacité  
rapidité*