

DOSSIER

Le PLFSS 2016 sans surprise car sans espoir

Innovation à Belharra
Quand une nouvelle clinique de 254 lits remplace trois cliniques de 477 lits



Président de CME
Les médecins actionnaires ne perçoivent pas de dividendes. Visite au groupe Courlancy



PLFSS 2016 ESPOIR ET DÉSESPOIR

Comme chaque automne, les députés et sénateurs examinent en commission des affaires sociales tout d'abord, puis en séance plénière, le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS). Ils fixeront pour l'année 2016 les grandes enveloppes de financement de la médecine de ville et du secteur hospitalier par un vote début décembre. De ces grandes orientations politiques et économiques, dépend l'avenir de nos organisations.

Le PLFSS souffle cette année encore des vents mauvais. La croissance en berne de notre pays et une 28^e année consécutive de déficit de la branche maladie déjà programmée, motivent un PLFSS serré. Si nous pouvons comprendre les arbitrages macroéconomiques qui conduisent à réduire l'augmentation de l'ONDAM* hospitalier à 1,75 % en 2016 (contre 2 % en 2015), nous avons bien du mal à comprendre la déclinaison des 3,4 milliards d'économies attendus.

Le point saillant pour les établissements de santé privés MCO réside dans les mesures ciblées sur la chirurgie ambulatoire. Après 91 millions d'économies réalisés en 2015, l'objectif augmente en 2016 à 160 millions d'euros. Pourquoi s'acharner sur cette activité, quand on cherche parallèlement à la développer? Le Ministère continue à émettre des injonctions contradictoires: développement de la chirurgie ambulatoire et baisse tarifaire.

Il est difficile de regarder impuissants notre avenir se dessiner au fil des séances du PLFSS, puis des arbitrages politiques qui conduisent à convertir ces enveloppes en tarifs par acte. Malgré le dépôt d'amendements, la présentation de nos argumentaires et de nos chiffres, nous sommes des acteurs sans voix sur cette scène où nous jouons pourtant un rôle incontournable.

Sur la forme, le processus du PLFSS et de sa campagne tarifaire est illisible pour les non-initiés. Mais qui veut l'être? Les parlementaires qui votent le budget de l'ONDAM, les managers qui gèrent leurs entreprises, les médecins qui soignent leurs patients à flux tendus, les usagers qui attendent des soins sans reste à charge?

Comment prévoir des investissements et améliorer nos outils de travail sans aucune visibilité, ni marge de manœuvre?

baisse de tarifs, nous avons fait le tour de toutes les rationalisations et économies possibles dans nos entreprises.

Les cliniques MCO ont besoin d'un corps médical informé et impliqué pour inventer au niveau de chaque établissement les concepts « médico-économiques » les mieux adaptés, et pour exercer ensemble au niveau national un lobbying efficace.

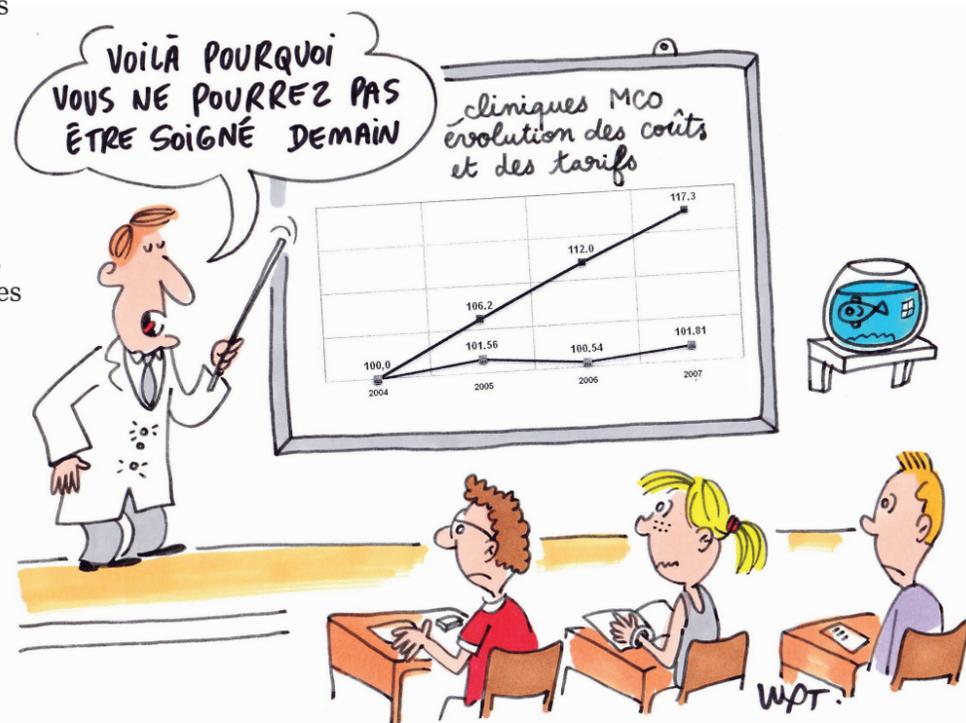
En bout de chaîne, comment construire un budget, prendre des engagements avec vous, comment prévoir des investissements et améliorer nos outils de travail sans aucune visibilité, ni marge de manœuvre? Après 3 années de

* ONDAM: Objectif national des dépenses d'assurance maladie

Ségolène Benhamou
Présidente du syndicat FHP-MCO



éditorial
Ségolène Benhamou



MICHÈLE DELAUNAY, DÉPUTÉE SOCIALISTE DE GIRONDE, MEMBRE DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES, EST RAPPORTEUR POUR LA PARTIE ASSURANCE MALADIE DU PLFSS 2016

NOUS AURONS DIMINUÉ PAR TROIS LE DÉFICIT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

« Le budget, voté mardi 27 octobre en 1^{re} lecture, permet de consolider le redressement de nos comptes sans franchises ni déremboursements : en cinq ans nous aurons diminué par



L'amélioration des comptes de la Sécurité sociale est une priorité depuis le début du quinquennat.

trois le déficit de la Sécurité sociale, par le développement du virage ambulatoire, la baisse des prix du médicament et la lutte contre la non-pertinence des soins.

Par ailleurs, de nombreuses mesures vont simplifier la vie des citoyens et faciliter l'accès aux soins.

Les questions budgétaires sont toujours des questions difficiles surtout pendant la période que nous traversons.

L'ONDAM pour l'hôpital a été maintenu à 1,75 %, mais je crois que, à l'avenir il nous faudra être très vigilants sur deux problématiques, qui coûtent beaucoup à la Sécurité sociale avec d'une part le tabac. Sans une forte hausse des prix du tabac, comme je l'ai proposée dans ce PLFSS, avec près de 60 députés de trois groupes politiques, nous ne parviendrons pas à surmonter le déficit colossal de la Sécurité sociale grevée chaque année de 25,6 milliards d'euros de dépenses imputables aux seuls dégâts sanitaires causés di-

rectement par le tabac. Et d'autre part, les transports médicaux : le virage ambulatoire peut certes produire une augmentation substantielle des recours aux transports médicaux. Mais la proportion est aujourd'hui préoccupante. Les dépenses de transport prises en charge par l'assurance maladie se sont élevées à 3,8 milliards d'euros en 2012 pour environ 63 millions de trajets effectués et plus de 5 millions de bénéficiaires. Ce poste de dépenses, important en termes d'accès aux soins, augmente à un rythme plus soutenu que toutes les autres dépenses de soins. Il faut que des efforts soient entrepris pour davantage responsabiliser les prescripteurs et les patients à l'utilisation des transports (recours au mode de transport le moins onéreux et compatible avec l'état du bénéficiaire).

Des avancées incontestables sont prévues dans ce PLFSS 2016, tout en tenant un budget d'efforts : création d'une protection médicale universelle ; amélioration de la couverture complémentaire santé pour les personnes de plus de 65 ans ; facilitation de l'accès à la contraception pour les mineurs ; mise en place de la réforme – tant attendue – de la tarification des activités de Soins de suite et de réadaptation (SSR)...

Concernant 2017, l'amélioration des comptes de la Sécurité sociale est une priorité depuis le début du quinquennat, et les chiffres parlent d'eux-mêmes, les déficits se sont considérablement réduits depuis 2012. Le prochain PLFSS s'inscrira – probablement – dans le même cadre d'efforts. Il faudra, cependant, et j'y veillerai, intégrer enfin une forte hausse des prix du tabac pour combler les comptes de la Sécurité sociale de ses dégâts sanitaires, contrôler davantage le recours aux transports sanitaires, et développer le répertoire de médicaments génériques comme en Allemagne, pour économiser sur le prix des médicaments. »

ELISABETH DOISNEAU, SÉNATRICE UDI DE LA MAYENNE ET MEMBRE DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

AUCUN ESPOIR DE DISPOSER D'UN PLFSS 2017 PLUS SEREIN

« On peut partir d'un triple constat sur ce PLFSS pour 2016. Tout d'abord, les comptes s'améliorent mais la tendance à la réduction des déficits sociaux a marqué le pas en 2015. Le déficit prévu est quasiment identique à celui de 2014 (-12,8 et -12,4 milliards d'euros).



On estime à 28 % le pourcentage d'actes médicaux en trop.

La trop faible ampleur de cette réduction est en contradiction avec l'augmentation des prélèvements sociaux depuis 2012. Les perspectives de retour à l'équilibre sont différées au-delà de 2019, une nouvelle fois.

Ensuite, concernant l'assurance maladie, cette branche garde un déficit très élevé : -7,5 Mds en 2015, -6,2 pour 2016. On ne peut que déplorer un manque d'actions ambitieuses sur les dépenses, alors qu'on es-

time à 28 % le pourcentage d'actes médicaux en trop, soit près 30 milliards d'euros de gaspillage.

Enfin, trois milliards d'économies sont envisagés pour 2016 mais seulement 1,3 milliard pour la branche maladie alors qu'elle représente près de la moitié du budget du régime général (recettes : 172 milliards / dépenses : 178 milliards) et surtout alors qu'elle représente le plus gros déficit.

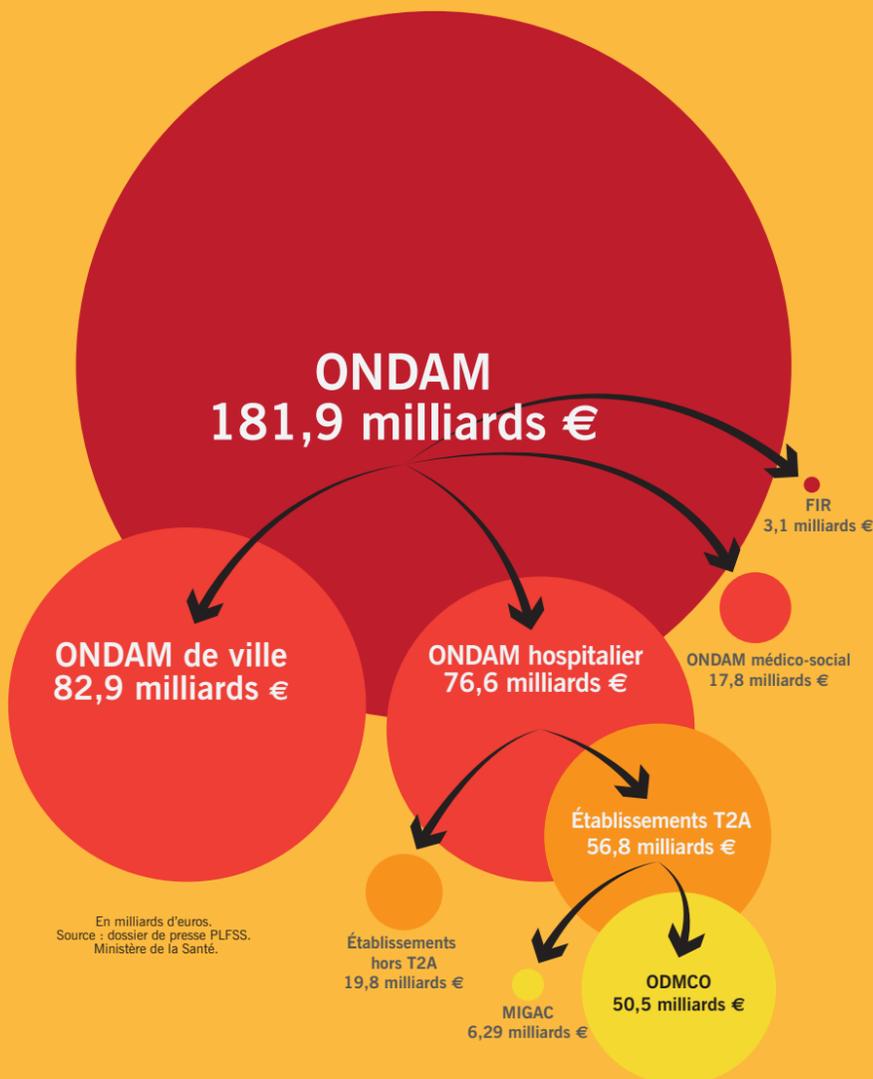
Il faut donc en conclure que tant que nous ne serons pas revenus à l'équilibre et surtout que les réformes structurelles n'auront pas été faites, il faudra s'attendre à voir d'autres PLFSS nécessitant des économies de ce niveau-là. Le Sénat auditionne, travaille et propose des solutions. La difficulté réside, d'une part, dans le fait que la majorité sénatoriale ne concorde pas avec celle de l'Assemblée nationale, et d'autre part, le Sénat est contraint par l'article 40 de la Constitution et dans une moindre mesure l'article 41.

Chaque année, le gouvernement annonce le virage ambulatoire et chaque année, nous nous retrouvons avec une légère courbe. Il est temps de passer à la vitesse supérieure.

Nous n'avons aucun espoir au vu du calendrier électoral de disposer d'un PLFSS 2017 plus serein. Tant que le gouvernement ne s'attaquera pas aux ré-

LE PLFSS 2016, SANS SURPRISE CAR SANS ESPOIR

L'édition 2016 est votée cette année sur toile de fond d'économies dont 3,4 milliards d'euros sont attendus sur le seul secteur de l'hospitalisation. Sommes-nous devant des circonstances exceptionnelles ? Comment les parlementaires vont-ils résoudre la quadrature du cercle qui consiste, d'une part à donner les moyens nécessaires aux établissements hospitaliers de remplir leurs missions, et d'autre part, à respecter les objectifs budgétaires du gouvernement ? Quels sont les aspects saillants de cette édition 2016 ? Quels sont les espoirs de disposer d'un PLFSS plus serein en 2017 ? Ce sont les questions que nous avons posées à nos interlocuteurs parlementaires, économistes, représentants des patients, sans oublier un *benchmarking* avec un voisin européen.



formes structurelles en priorité dans le domaine des retraites et de l'assurance maladie, les débats resteront houleux et la majorité sénatoriale ne cessera de dénoncer les mesurette. Par ailleurs, tant que nous ne remettons pas à plat également le système de tuyauteries du PLFSS, de débats sereins, il n'y en aura point. Ce qu'il nous est donné de voir par le gouvernement sur le PLFSS est bien trop opaque pour

que les parlementaires puissent pleinement jouer leur rôle de contrôle du gouvernement et apporter les corrections nécessaires.

Le gouvernement n'a qu'un mot à la bouche : le « dialogue social ». Alors qu'il entreprenne de véritables concertations avec les professionnels concernés. Ce travail de co-construction avec les professionnels permettrait de partir sur un PLFSS plus serein en 2017. »

CHRISTIAN SAOUT EST SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DÉLÉGUÉ DU COLLECTIF INTERASSOCIATIF SUR LA SANTÉ (CISS)

UN PLFSS D'ATTENTE : SANS RELIEFS, NI CREUX !

« Nous sommes dans le contexte d'un ONDAM contraint avec un engagement de réduction des déficits publics auquel nous nous sommes engagés devant l'Union européenne.



Les soins inutiles représentent 30 % des dépenses.

Ce n'est pas drôle. Mais après la croissance des trente glorieuses et l'endettement des trente piteuses, nous n'avons pas d'autre choix. Ou plus exactement nous ne voulons pas réduire les soins inutiles, par exemple. Alors que ces soins inutiles représentent 30 % des dépenses. A défaut de vouloir aborder et traiter la question de la pertinence des soins, nous n'avons pas d'autre solution que subir collectivement les contraintes économiques.

Tout de même ce PLFSS est un PLFSS d'attente : sans reliefs, ni creux !

Le salut d'un système de santé en crise n'est pas dans les PLFSS mais dans la détermination politique. Le rendez-vous sera celui de l'élection présidentielle : serons-nous capables de bâtir une stratégie pour 2030 ou 2040 et de concevoir nos outils législatifs en conséquence ? La Grande conférence de santé, qui se réunit au début de l'année prochaine, pourra peut être, si nous savons nous en emparer, offrir cette occasion. »

ANTI JARGON

AC aide à la contractualisation

ARS agence régionale de santé

ATIH agence technique de l'information sur l'hospitalisation

CPAM caisse primaire d'assurance maladie

FIR fonds d'intervention régional

GRACE groupe de réhabilitation améliorée après chirurgie

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

ONDAM objectif national des dépenses d'assurance maladie

PLFSS projet de loi de financement de la sécurité sociale

RRAC récupération rapide après chirurgie

SSR soins de suite et de réadaptation

UCANSS union des caisses nationales de sécurité sociale

UDI union des démocrates et indépendants

UEHP union européenne de l'hospitalisation privée

23 ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS MCO LABELLISÉS PAR LA FONDATION GRACE

Sur les 40 établissements de santé reconnus « centre de référence » pour la récupération rapide après chirurgie de la hanche et du genou (RRAC), 23 sont de statut privé dont 11 du groupe Vedici. Cinq CHU sont labellisés. Le programme RRAC vise à optimiser la récupération immédiate du patient après un acte chirurgical et veille à la continuité de sa prise en charge lors du retour à domicile. L'association GRACE créée en 2014 regroupe les principales sociétés savantes en chirurgie.

DR PAUL GARASSUS PRÉSIDE L'UNION EUROPÉENNE DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE (UEHP)

LE CLIN D'ŒIL EUROPÉEN

La comparaison effectuée par la Cour des comptes avec le système allemand dans son rapport paru en septembre 2015 est cruelle. Le résultat pour la période 2000-2014 présente un déficit cumulé de 105 milliards en France, contre un excédent cumulé de 12 milliards d'euros Outre-Rhin.



16 % les hôpitaux allemands étaient en situation d'insolvabilité et 30 % n'auraient pas équilibré leurs comptes en 2013.

Dr Paul Garassus, président de l'UEHP nous rappelle toutefois que « les bons résultats des caisses d'assurance maladie allemandes qui assurent uniquement le remboursement des frais de fonctionnement sont à moduler au regard des dotations d'investissement qui, assurées par les Länder, sont-elles en net recul. Les contraintes budgétaires pesant sur les Länder les ont poussés à réduire leurs dotations aux hôpitaux, notamment pour ce qui est des subventions pour équipement lourd (- 35 % sur la période 2000-2011). Le rapport 2015 de la Krankenhaus Rating Report* estime d'ailleurs à 16 % les hôpitaux allemands en situation d'insolvabilité et à 30 % ceux qui n'auraient pas équilibré leurs comptes en 2013. »

Selon le Pr René Lasserre, directeur du centre d'information et de recherche sur l'Allemagne contemporaine (CI-RAC), « en France, les dépenses totales de santé représentent 11,8 % du PIB contre 11,6 % en Allemagne, alors que l'espérance de vie en bonne santé est supérieure en France : 63 ans contre 56, et que le pourcentage de personnes âgées est supérieur en Allemagne : 20 % contre 16 %. La croissance des dépenses de santé est de l'ordre de 4 % par an contre seulement 1,8 % en Allemagne. La consommation française de médicaments reste à peu près de 15 à 20 % supérieure, selon la catégorie, à ce qu'elle est en Allemagne, où les deux tiers des médicaments pris en charge sont des génériques, contre seulement 20 % en France. Une spécificité du système allemand est que plusieurs caisses d'assurance maladie cohabitent et sont en concurrence, qu'elles soient publiques ou associatives, et que les tarifs entre elles peuvent être modulés. Une caisse qui, pendant plus de deux ans, est en déficit doit moduler ses taux de cotisation, et une, mal gérée, qui dépense trop doit augmenter ses cotisations au risque de perdre des adhérents. Chacune doit satisfaire par contre à un quota de malades lourds, donc impossible de pratiquer la sélection du risque. »

* www.rwi-essen.de/presse/mitteilung/198/



Uehp European Union of Private Hospitals

LA BONNE SANTÉ DU RÉGIME LOCAL D'ALSACE-MOSELLE

DANIEL LORTHIOIS, PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU RÉGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE.

Dans ce contexte économique très tendu, le régime local Alsace-Moselle affiche une très bonne santé financière et fait figure « d'irréductibles gaulois ». Il a pour origine le maintien aux Alsaciens et aux Mosellans du régime allemand. Provisoire jusqu'en 1991, il devient alors définitif. Le régime local est un acteur de la vie institutionnelle régionale, participant aux instances décisionnelles de la santé publique et de l'éducation en santé. En 2014, le rapport d'activité atteste, compte tenu des réserves, d'une situation financière toujours saine, et le régime cé- lébrerait les 15 ans de sa politique de prévention !

Une gestion transparente et efficiente

Explications de Daniel Lorthiois, président du conseil d'administration du régime local Alsace-Moselle. « Nous sommes une complémentaire obligatoire au régime général extrêmement solidaire qui repose sur des cotisations et des prestations égales pour tous. C'est la grande différence avec les mutuelles qui reposent sur des cotisations et des prestations différenciées. Nous disposons de trois facteurs endogènes intéressants. Tout d'abord, une population relativement jeune, et donc une courbe démographique intéressante, puis un taux de PIB par habitant favorisé, même s'il s'est un peu dégradé, enfin, l'attachement de la population à

son régime. » « Lorsque les mutuelles affichent 34,5 milliards d'euros de cotisations, elles redistribuent 27,5 milliards, la différence étant les frais de fonctionnement (20 %, ndr). Nous, nous sommes à 1 %. Nos coûts de gestion extrêmement faibles s'expliquent par le fait que nous sommes adossés à l'Ucanss avec une mutualisation de fonctionnement. Nous sommes en intégration complète avec un pilotage politique indépendant. Nous évitons les coûts de recherche de contrat. Par ailleurs, nous avons des réserves que nous plaçons. Nous en redistribuons les fruits en presta-



Pour 100 euros de cotisations, nous pouvons redistribuer 101, voire 102 euros de prestations.

tations. Ainsi pour 100 euros de cotisations, nous pouvons redistribuer 101, voire 102 euros de prestations. Nous attendons les conclusions de la mission parlementaire sur l'articulation des garanties entre le régime général et la couverture complémentaire santé rendue obligatoire au plus tard au 1er janvier 2016. Compte tenu de l'excellence du régime local, il serait stupide pour le gouvernement de remettre en cause ce régime.

« OPÉRATION 1000 RECOURS »

La FHP-MCO a engagé des recours tant au niveau national pour défendre l'intérêt de l'ensemble de la profession, qu'au niveau régional (Picardie, Basse-Normandie, Auvergne, Rhône-Alpes, Nord-Pas-de-Calais et Languedoc-Roussillon) pour soutenir ses délégations face à des ARS trop souvent arbitraires dans leurs décisions d'autorisation ou de financement.

La FHP-MCO a également à cœur de se tenir aux côtés de ses établissements adhérents dans les contentieux qu'ils engagent à titre individuel en mettant à leur disposition toutes les compétences de son service juridique.

En 2014, ce sont 16 affaires en contentieux qui ont été pilotées. En 2015, la FHP-MCO a lancé l'« opération 1000 recours ». Face à l'agressivité tarifaire, il est nécessaire de faire respecter l'équité de traitement. Des recours sont systématiquement intentés lorsque :

- les décisions de l'ARS d'octroi ou de renouvellement des autorisations ne respecteraient pas l'équité de traitement entre les établissements ;
- les décisions de l'ARS d'attribution de FIR ou AC ne seraient pas motivées ou seraient inéquitable ;
- les CPAM refuseraient de régler les factures complémentaires ou rectificatives.

assurances santé et prévoyance collectives

enfin un courtier qui sait que c'est vous qui assurez.

un accompagnement et des services sur mesure pour vous aider à faire les meilleurs choix pour la protection globale de vos salariés.



Orsane est une marque de la MNH et de Groupe Pasteur Mutualité

N° Cristal 09 80 98 03 30 APPEL NON SURTAXÉ

orsane.fr

l'expert du secteur sanitaire et social privé.

FINANCEMENT

FINANCEMENT EN DIMINUTION

-1,73%

c'est le taux d'évolution cumulée du financement de l'activité de soin privée MCO en dix ans pendant que l'inflation augmentait de 14,8 %.

INIQUITÉ TARIFAIRE

22%

c'est le différentiel tarifaire constaté entre les secteurs hospitaliers public et privé.

Source : Cour des comptes, 2011

L'EMPLOI AU POINT MORT

560

c'est le nombre d'emplois nets créés en 2014 par l'hospitalisation privée (contre 4000 en 2013).

Source : FHP, 2015

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. Avril 2015. Directeur de publication : Ségolène Benhamou présidente de la FHP-MCO. Rédaction, conception : EVM-communication. Photos : © Assemblée nationale, et DR.

INNOVATION



Gestion des flux

BELHARRA, LA CLINIQUE VISIONNAIRE

La mise en œuvre d'une médecine moderne axée sur la récupération rapide après chirurgie demande une gestion spécifique des flux de patients. Belharrà innove en passant de 477 lits et places à 254 pour un même volume d'activité.

La Clinique Belharrà à Bayonne, groupe Capio, est le fruit du regroupement des cliniques Lafourcade, Paulmy et Saint-Etienne. Elle doit son nom à l'unique vague géante de toute l'Europe, au large de la corniche basque. Ce nouveau site accueille depuis le 24 août dernier ses patients dans un univers où innovations architecturales et sanitaires répondent au mieux aux mutations actuelles de l'offre de soins. Cet établissement est novateur à bien des titres, il se distingue en particulier par une gestion des flux de personnes optimisée et adaptée à une médecine moderne axée autour de la récupération rapide après chirurgie et le recours accru de la prise en charge en ambulatoire.

Des 477 lits et places dont disposaient les trois établissements, pour un même volume de prise en charge, seuls 205 lits et 49 places, dont 34 pour la chirurgie ambulatoire, ont été conservés.

« Un double transfert a été réalisé, horizontal avec l'augmentation de l'hospitalisation de jour au détriment de celle complète, et vertical avec une meilleure utilisation de chaque place d'ambulatoire. La mise en œuvre des techniques de récupération rapide après intervention chirurgicale ont permis de faire baisser les durées moyennes de séjour de deux tiers pour les séjours supérieurs à une semaine et la plupart des prises en charge qui nécessitaient auparavant une nuit

se font désormais en une journée. » La moyenne d'une prise en charge en ambulatoire est de deux heures, chiffre quelque peu trompeur au regard de la logistique nécessaire pour y parvenir. « Nous avons mis en place un accompagnement téléphonique très précis, une formation patient, pour préparer et accompagner le patient en amont de sa venue, mais aussi pour anticiper son retour dans son foyer. »

Les équipes de médecins se sont également adaptées à la prise en charge avec récupération rapide après chirurgie, qui implique des changements dans leurs pratiques, éprouvées d'ailleurs dans d'autres pays comme la Suède, au niveau de l'anesthésie, de la prise en charge de la douleur et de la phase de rééducation. « Un patient par exemple sera autorisé à se lever tout de suite après une opération de la hanche ou du genou, sera autorisé à manger le plus rapidement possible après intervention, etc. Nous avons, directement à côté des blocs opératoires, un espace ambulatoire adapté qui limite les déplacements de patients, avec des salles de réveil avec cloisons et portes vitrées qui se transforment en boxes ambulatoires lorsque le patient change de phase. » Le nouveau site a précisément été pensé et dessiné pour répondre à ces nouvelles exigences.

NICOLAS BOBET, DIRECTEUR DE LA CLINIQUE BELHARRA À BAYONNE, GROUPE CAPIO

© DR Récupération rapide après chirurgie et le recours accru de la prise en charge en ambulatoire.



OPÉRATION « À CŒUR OUVERT »

La FHP-MCO a lancé du 9 au 20 novembre l'opération « à cœur ouvert », adressée aux élus – députés, sénateurs, maires, présidents de chambre de commerce, etc. – les invitant à rencontrer *in situ* direction et équipe médicale. L'objectif est simple : mieux faire connaître l'hospitalisation privée car pour être reconnus, il faut être connus !

Les élus ont-ils bien pris la mesure du rôle des établissements de santé MCO privés sur leurs territoires ? Comment fonctionnent-ils ? Comment sont-ils financés ? Quels sont leurs activités et pôles d'excellence ? Quels patients prennent-ils en charge ? Combien de salariés emploient-ils ? Chaque jour, ce sont 23 000 patients qui, partout en France, choisissent de prendre le chemin des cliniques et hôpitaux privés. Ce choix citoyen en dit long sur la confiance que la population accorde individuellement à chacune des cliniques, et sur la place que collectivement, les cliniques occupent sur l'échiquier sanitaire. Cette opération est appelée à se poursuivre au-delà de cette fenêtre car c'est un travail régulier et quotidien qui participera à la valorisation de l'hospitalisation privée.



A COURLANCY, LES MÉDECINS NE REÇOIVENT PAS DE DIVIDENDES

LE DR GHISLAIN SCHMITT, CHIRURGIEN DIGESTIF À COURLANCY DEPUIS 2001, DÉFEND SON OUTIL DE TRAVAIL, CONSTRUIT ET GÉRÉ PAR DES MÉDECINS.

Que veut dire pour vous être collègues et co-actionnaires ?

C'est le fruit de l'histoire de cette clinique. Dans les années 1990, les CME étaient à l'époque des « machins ». Les décisions se prenaient en CA par des « médecins actionnaires fondateurs qui décidaient de ce qui était bon pour tous ». Ensuite, sont arrivées les années « certification » et la réglementation nous a rattrapés. Le président de la CME s'est impliqué dans la gestion des risques. Le PDG a alors redonné leurs justes places au CA et à la CME.

Qu'est ce que cela signifie une clinique qui appartient à ses médecins ?

Cela signifie naturellement que nous sommes un peu schizophrènes ! Quand nous avons notre casquette de gestionnaire, nous veillons à maîtriser nos charges en personnel, mais avec celle de praticien, nous veillons à avoir un personnel suffisant. Au CA ou en CME nous partageons un même métier. Les instances tendent à se professionnaliser dans le sens où nous essayons de mettre un stop aux corporatismes. Il y a à Courlancy, une culture d'entreprise très forte. Les choses sont claires, les praticiens ne perçoivent pas de dividendes et vivent sur leurs honoraires. Nous retrouvons notre mise lorsque nous partirons à la retraite. Entre-temps, nous donnons de la valeur à notre investissement. Nous expliquons aux jeunes médecins qu'ils vont vivre de leurs honoraires et qu'ils achètent chez nous un droit au travail mais surtout nous leur proposons de participer à un projet commun ! Le président de la CME est le ministre de la parole. Il doit convaincre ses collègues car il n'a aucun moyen de pression efficace et globalement je note un grand respect. Au sein du CA, les mêmes médecins comprennent très bien l'exercice et ses difficultés. Nous avons réformé l'actionariat et nous avons raisoné en fonction de la disponibilité que le praticien donne à l'outil de travail commun. Chaque médecin est propriétaire d'un nombre d'actions en fonction de son mode d'exercice, sans lien avec le nombre de lits occupés. La plupart des praticiens disposent d'un cabinet au sein de la clinique. Garantir un même niveau d'actions nous a protégés des raids d'investisseurs sur d'éventuels gros porteurs d'actions.

Quels sont les projets de votre établissement ?

Nous posons la première pierre d'un nouvel édifice à la fin de l'année pour une mise en fonctionnement courant 2018. Nous réorganisons nos activités rémoises sur trois sites qui seront chacun spécialisés dans des domaines distincts.