



Le 14 novembre 2007

**Monsieur Roger ANTECH
Directeur de la Rédaction
du journal Midi Libre**

**MIDI LIBRE
3423 MONTPELLIER Cedex 9**

Notre réf : DGA/BG/
Tel : 04 67 33 93 05

**O B J E T : VOTRE PUBLICATION DU 13 NOVEMBRE DERNIER
DROIT DE REPONSE**

Monsieur le Directeur,

J'ai pris connaissance de l'article intitulé "Santé-Tarifcation unique : les cliniques s'inquiètent" publié en page 2 du Midi Libre du 13 novembre dernier signé par Monsieur Philippe BERJAUD.

Dans cet article, Monsieur LAMINE Gharbi, Président Régional de la Fédération de l'Hospitalisation Privée met gravement en cause l'hôpital public et ses personnels.

C'est la raison pour laquelle, dans un souci de bonne information de vos lecteurs, je vous saurais gré de publier dans votre plus prochaine édition le droit de réponse ci-après :

" Sans rentrer dans le jeu d'une polémique stérile qu'au nom de la Fédération Hospitalière Privée, Monsieur Gharbi s'attache à développer en Languedoc-roussillon, la Fédération Hospitalière de France- Languedoc Roussillon souhaite apporter quelques éléments utiles à la compréhension du débat car les explications de Monsieur Gharbi, outrancières à l'égard des acteurs de l'hôpital, ne rend pas compte de la réalité de la situation entre les deux secteurs de soins.

A partir de quelques constats simples et argumentés, j'entends dénoncer les idées reçues, véhiculées à longueur de déclarations par le secteur privé commercial sur la comparaison des coûts avec l'hôpital, laquelle n'a pas véritablement de sens :

1. les deux secteurs ont des structures d'activité différente : le service public assume 90% des situations les plus sévères et donc les plus coûteuses. Toutes les maternités de référence en niveau 3, toute la réanimation néonatale sont assurés par le service public, tous les centres de référence sur les maladies rares se trouvent dans le service public ; la liste pourrait être longue. Pour reprendre l'exemple des accouchements si 1400 euros pour un accouchement en maternité de niveau 1 permet aux cliniques de dégager des bénéfices, le tarif de 2900 euros pour les accouchements complexes pratiqués dans les maternités publiques de niveau 3 est insuffisant compte tenu de la lourdeur médicale de certaines prises en charge.

2. Le secteur public prend en charge toutes les situations alors que le secteur privé commercial choisit ses créneaux : sur un éventail de 200 groupes de pathologies recensés dans les hôpitaux publics, les cliniques privées concentrent leur activité sur une soixantaine de pathologies qui représentent 80% de leur chiffre d'affaire.

3. L'hôpital public accueille tout les patients, même les plus fragiles : les plus jeunes (+ de 90% des enfants de moins de 1 an) , les plus âgés (+ de 80% des plus de 75 ans), les plus démunis qui par ailleurs présentent statistiquement des situations plus complexes intégrant une dimension sociale à leur prise en charge.

4. la convergence des tarifs entre public et privé ne pourrait être acceptée qu'à partir du moment où les règles et les contraintes sont identiques : or les tarifs du secteur privé n'incluent pas les rémunérations des médecins (qui apparaissent en médecine libérale) alors que les tarifs du secteur public sont un tout compris !. Par ailleurs l'hôpital assume de lourdes charges de permanence des soins H24 dans toutes les disciplines, de formation médicale, d'innovation et de recherche, a contrario du secteur commercial.

Il est donc faux de dire que l'hôpital coûte plus cher que les cliniques et aucune étude ne le démontre.

Par contre depuis 2002, comme le constate le dernier rapport de la Cour des Comptes , la dérive des dépenses de santé se situe davantage du côté des cliniques privées que des hôpitaux qui tiennent leurs objectifs . La Commission des comptes de la sécurité sociale fait apparaître clairement dans son rapport sur les comptes 2006 que les crédits destinés aux établissements publics ont été inférieurs de 190 millions d'euros à ceux qui étaient prévus dans l'ONDAM (Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie) alors que les cliniques dépassaient dans le même temps leurs objectifs de 170 millions d'euros : elle constate un dérapage d'activité des cliniques sans justification. L'enveloppe de l'ONDAM étant unique, les cliniques financent leur développement au détriment des moyens disponibles pour l'hôpital public, qui malgré tout augmente son activité tous les ans.

En tant qu'assuré social, on ne peut que s'indigner d'apprendre par les médias les importants profits réalisés par les cliniques privés (+ 300 % pour la Générale de Santé), payés en définitive par nos cotisations sociales et les efforts de solidarité demandés à tous, alors que dans le même temps la

FHP se livre à un lobbying pressant auprès des pouvoirs publics pour lui arracher des hausses tarifaires !

Enfin, il est indécent de fustiger les personnels des hôpitaux engagés au quotidien dans une dynamique de changement et d'amélioration de la qualité pour promouvoir un service public efficace et accessible à tous."

Avec mes remerciements anticipés, je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de mes sentiments distingués.

**Le Délégué Régional
de la FHF-LR**



**J. L. BILLY
Directeur Général Adjoint
du CHRU de Montpellier**

PJ : Copie de l'article du Midi Libre visé

Copie : Monsieur Philippe BERJAUD

Santé Tarification unique : les cliniques s'inquiètent

Le président régional de l'hospitalisation privée, Lamine Gharbi, président du groupe Cap Santé, est inquiet. Il déplore les conséquences du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008 (PLFSS 2008) actuellement en débat à l'Assemblée nationale.

Le PLFSS 2008, qui sera adopté en décembre, supprime, en l'état actuel de son élaboration, l'étape de convergence tarifaire à 50 % prévue en 2008 entre établissements hospitaliers publics et privés.

Une étape avant la convergence totale prévue en 2012. Convergence des tarifs signifie que le prix facturé au patient ou à la collectivité pour un même acte, sera le même, où qu'il soit pratiqué, dans une clinique privée ou un hôpital public.

Or cet écart est très important, insiste Lamine Gharbi : accoucher en clinique, c'est 1 400 €, à l'hôpital 2 900 €, plus du double. « Pour que les tarifs se rapprochent, il faut réduire les coûts de l'hôpital et mieux payer les cliniques. Un chiffre : les maternités privées, qui réalisaient 50 % des accouchements du Languedoc-Roussillon, en 2000, n'en font plus que 30 % en 2007. Ce glissement des accouchements du privé vers le public génère à lui seul, en Languedoc-Roussillon, un surcoût de 120 M€ par an. » Lamine Gharbi donne un autre exemple : si les trente opérations chirurgicales les plus pratiquées étaient toutes faites en privé, ça ferait faire 1,5 milliard d'euros d'économies par an à la Sécurité sociale. Supprimer l'étape d'une convergence à 50 % en 2008, affirme l'hospitalisation privée, prouverait



Lamine Gharbi. J.-M. MART

que le Parlement, « pourtant à droite », ne veut pas réformer l'hôpital public : « Comment expliquer qu'il y ait en davantage de députés de gauche, le jour de la discussion, que de députés de droite ? ». Et d'évoquer le cas de Jacques Domergue, cardiologue hospitalier à Montpellier et député UMP : « Il connaît parfaitement les problèmes qui se posent mais ne peut en faire état car il ne peut pas se mettre à dos les 10 000 salariés de l'hôpital. » Une partie des dépenses élevées de l'hôpital public étant provoquée par une masse salariale qu'il juge excessive, Lamine Gharbi propose ceci : « Le personnel de l'hôpital en trop, qui boit le café et traîne dans les couloirs, on le sort des dépenses de santé et il est pris en charge par le ministère du Travail ou celui de la Solidarité, au titre du soutien à l'emploi, car il n'est pas question de licencier. Mais ce n'est pas à la Sécurité sociale de le payer ».

En voilà une, idée, qui ne devrait pas laisser insensibles les infirmières de l'hôpital ! ●

Ph. B.

DOSSIER MEDICAL

Un outil informatique remis à plus tard

L'Etat prendra son temps pour instaurer un dossier médical personnel (DMP), ont déclaré hier les ministères de la Santé et du Budget, prenant acte d'un rapport qui juge « irréaliste » le projet initial d'un DMP en 2007. « Le gouvernement se donnera le temps nécessaire pour mettre en place un DMP de qualité, offrant une réelle utilité aux professionnels de santé et aux patients », indique un communiqué commun. Pour créer cet outil informatique qui doit centraliser toutes les informations médicales concernant chaque assuré social, prévu dans la réforme de l'assurance maladie de 2004 pour mieux gérer les dépenses de santé, une phase de concertation « sera prochainement lancée, qui s'achèvera en mars 2008 ». Le rapport souligne que la mise en place complète du DMP dès