

MOTIVATION DES DIRECTEURS D'HÔPITAUX EN ANGLETERRE

LONDRES, 17 février 2005 (APM) - Les directeurs d'hôpitaux les mieux payés au Royaume-Uni perçoivent plus de 200.000 livres (288.000 euros), dépassant ainsi le salaire du Premier ministre britannique Tony Blair, indique un rapport de l'Income Data Services (IDS) sur les rémunérations des dirigeants du National Health Service (NHS).

Le salaire médian des directeurs d'hôpitaux atteignait 112.500 livres (163.000 euros) sur la période 2003-2004.

Les salaires étaient compris entre 72.500 livres (105.000 euros) pour le directeur le moins bien payé et 212.500 livres (307.000 euros) pour le directeur du Hammersmith Hospital à Londres, Derek Smith.

L'analyse montre que les rémunérations des directeurs d'hôpitaux du NHS ont augmenté de plus de 70% au cours de la dernière décennie, contre 50% pour les infirmières.

"Il semble que les évolutions observées au sein du NHS ressemblent à celles du secteur privé, en particulier du fait que l'écart se creuse entre les salaires des dirigeants et des employés", commente le rédacteur du rapport, Steve Tatton.

rw/cb/fb/APM polsan
CBIBH001 17/02/2005 10:53 ACTU

Transformation du paysage hospitalier allemand : les centres universitaires se lancent dans l'hôtellerie

BERLIN, 30 mars 2005 (APM) - Le secteur hospitalier public en Allemagne, et en particulier les centres hospitaliers universitaires (CHU), veut investir dans l'hôtellerie afin d'améliorer le confort des patients et ainsi de mieux pouvoir concurrencer le secteur privé, a constaté le mensuel hospitalier allemand Krankenhaus Management (KMA).

Un premier "hôtel pour patients" a ouvert ses portes à Aix-la-Chapelle au début de l'année avec 21 appartements, suivi quelques semaines plus tard par le CHU de Starnberg (près de Munich) avec 45 chambres et 3 suites, et prochainement par le CHU de Munster (près de la frontière néerlandaise) avec 100 chambres d'un confort quatre étoiles.

Chaque chambre est pourvue d'un signal d'alarme. Des tuyaux d'oxygène, de gaz et d'air sous pression se trouvent dans les couloirs et les appartements sont à quelques minutes à pied des CHU.

Le CHU de Heidelberg prévoit la construction d'ici 2006 d'un hôtel avec 200 lits. Des projets sont également en discussion à Bad Soden et à Hofheim (tous deux près de Francfort), à Dresde (près de la frontière tchèque) ainsi qu'à Lübeck et à Kiel (au nord du pays).

L'idée vient de Scandinavie où existent déjà une quinzaine d'hôtels pour patients, notamment en Suède et au Danemark, indique dans la revue KMA Peter Schmelter, directeur du cabinet de conseil Hôtels de patients en Allemagne (DPH).

"L'objectif est de concentrer les capacités hospitalières sur les soins intensifs et les traitements d'urgence en transférant vers des structures à caractère d'hôtel les patients en convalescence à soins réduits (low care) aussitôt que leur état sanitaire le permet", explique-t-il.

Par l'absence de médecins et d'infirmiers, les frais de personnel sont moitié moins importants dans les "hôtels pour patients". Le séjour d'un patient en convalescence y coûte ainsi moins de 100 euros par jour contre plus de 150 euros dans un hôpital courant. En moyenne, la différence serait de plus de 100 euros par jour, selon les estimations du cabinet DPH.

A titre d'exemple, Peter Schmelter évoque le cas d'un établissement d'une capacité de 90 lits, qui économiserait alors 9.000 euros par jour et plus de 3 millions d'euros par an, ce qui à son avis "n'est pas négligeable" au regard de la nouvelle facturation des soins hospitaliers par forfaits en vigueur depuis un an en Allemagne et similaire à la tarification à l'activité (T2A) en France.

Outre le confort d'un hôtel, avec notamment le libre choix des menus, un autre avantage pour le patient est la possibilité de se retirer dans une sphère privée, éventuellement avec des proches familiaux.

"Le logement en 'hôtel pour patient' stimule la reprise des activités quotidiennes et accélère par conséquent le processus de guérison", affirme Manfred Gotthardt, responsable financier du CHU de Munster.

Les caisses d'assurance maladie, pour leur part, soutiennent ces initiatives à partir du moment cependant où l'économie dégagée sera répercutée sur une baisse consécutive des forfaits, voire par le déremboursement complet du séjour hors hôpital.

C'est pourquoi des pourparlers sont menés pour parvenir à un "accord commun", a assuré Herbert Rebscher, président de la caisse des employés (DAK).

Certains CHU semblent d'ores et déjà tirés d'affaires grâce à des coopérations avec des investisseurs qui se sont engagés à prendre en charge la totalité des frais de construction et de maintenance pendant les trente premières années, souligne la revue KMA.

Le paysage hospitalier allemand subit actuellement un fort mouvement de concentration qui devrait conduire dans une quinzaine d'années à la disparition d'un tiers des 2.200 établissements d'aujourd'hui, notamment ceux du secteur public, rappelle-t-on.

Cette vague devrait aller au profit des chaînes de cliniques privées dont le nombre devrait croître d'un quart à 675 cliniques, selon un rapport du cabinet de consultants Ernst & Young (cf dépêche APM du 29 mars).

DEBAT ENTRE CLAUDE EVIN, PDT DE LA FHF, ET KEN DANIS, PDT DE LA FHP.

PARIS, 22 avril 2005 (APM) - Le président de la Fédération hospitalière de France (FHF), Claude Evin, a exprimé jeudi ses craintes concernant l'impact de la tarification à l'activité (T2A) sur l'avenir des missions de service public alors que le président de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) s'est réjoui de la transparence que la réforme introduit dans les

dépenses hospitalières.

L'ancien ministre Claude Evin, rompu à l'exercice du débat politique, et le président de la FHP, chirurgien vasculaire de formation, ont participé jeudi à un face à face sur la T2A, organisé par L'Association des journalistes de l'information sociale (Ajis).

"Le problème, c'est de savoir si avec ce nouveau mode d'allocation de ressources l'hôpital public pourra continuer à remplir les missions de service public qu'il assure aujourd'hui", s'est inquiété Claude Evin.

Même si la FHF déclare qu'elle adhère totalement au principe de la T2A, Claude Evin considère que le service public hospitalier risque d'être mis en péril par les groupes homogènes de séjour (GHS) et les missions d'intérêt général, tels qu'ils sont fixés cette année.

Un service d'urgences ne peut pas être assuré "correctement" si l'établissement ne dispose plus de chirurgie traumatologique, a-t-il souligné.

Ce constat sur l'impact de tarifs ou de missions d'intérêt général sous évalués est partagé par le président de la FHP.

Globalement, Ken Danis s'est montré toutefois moins pessimiste que le président de la FHF. Il estime que la T2A ne vise pas à réduire le volume des missions de service public mais à "savoir ce qu'on y met".

Cette recherche de transparence constitue pour lui un élément central de la T2A.

"Je suis totalement convaincu qu'il s'agit d'une bonne réforme pour sauver le système d'assurance maladie, aujourd'hui menacé" car il devient essentiel de rendre transparentes les dépenses hospitalières qui représentent près de la moitié des dépenses d'assurance maladie, a-t-il souligné.

Même si de nombreux textes orchestrant la mise en oeuvre de la T2A ne sont pas encore publiés et que "toute une série de GHS est totalement aberrante", Ken Danis se déclare optimiste. "Le système sera amélioré, nous allons justifier auprès des tutelles que les tarifs sont mauvais", a-t-il indiqué.

Dans le secteur privé, une étude des coûts est en train de se mettre en place et les premiers résultats devraient être connus à la fin de l'année. Une liste d'établissements présélectionnés a été fixée et la sélection finale devrait être connue sous 8 jours, a précisé à l'APM la FHP. Actuellement, les tarifs sont calculés de manière historique et ne correspondent pas exactement aux coûts réels, rappelle-t-on.

Après avoir observé que la transparence ne constitue pas la finalité de la réforme, Claude Evin a tenu à préciser que "l'hospitalisation publique a mis en oeuvre et accepté la transparence en matière de coûts depuis plusieurs années à travers l'échelle nationale des coûts". Ainsi, la transparence est possible indépendamment de l'entrée en vigueur de la T2A, a-t-il rétorqué à Ken Danis.

Interrogé sur les risques de sélection des patients associés à la T2A, Ken Danis s'est déclaré convaincu que "l'utilisation meilleure des ressources que l'assurance maladie met à la disposition des systèmes hospitaliers permettra d'offrir de meilleurs soins aux patients".

Pour lui, les craintes sur un éventuel tri des patients sont "vaines". "Vous ne me ferez jamais croire que les médecins des hôpitaux et des cliniques vont se prêter à une quelconque diminution de la qualité des soins uniquement car le mode de facturation change", s'est insurgé Ken Danis en évoquant "la très haute valeur morale des gestionnaires et des médecins".

Il estime qu'une clinique ne prendra pas le risque de rompre les liens qu'elle entretient avec les généralistes et les autres professionnels d'un territoire de santé.

Ce sentiment n'est pas partagé par Claude Evin, qui déclare que le risque de tri des patients est bien réel, y compris à l'hôpital public, "à partir du moment où le type de pathologie traitée a un coût et est rémunéré en fonction d'un tarif".

"C'est un mécanisme tout à fait naturel", qui peut toutefois être contré par une juste évaluation des tarifs et des missions de service public, a-t-il ajouté.

CLAUDE EVIN : "LA T2A SE PASSE TRES MAL"

Pour le moment, Claude Evin estime que la mise en oeuvre de la T2A se passe "très mal".

L'absence d'expérimentation fait que "l'hôpital public se prend de plein fouet tous les effets pervers qui accompagnent normalement un changement de mécanisme", a-t-il déploré.

Pour lui, des effets pervers se retrouvent également dans la fongibilité des enveloppes des secteurs privé et public ainsi que dans l'objectif de convergence en 2012.

Le président de la FHF estime qu'avant de se lancer dans la convergence, il aurait été plus judicieux de traiter séparément chaque secteur et d'étudier indépendamment les tarifs de l'hôpital public et des cliniques.

cb/av/APM polsan

CBIDK002 22/04/2005 12:33 ACTU

Le président de la FHP répond aux craintes du président de la FHF de voir disparaître le service public hospitalier d'ici 2012

PARIS, 20 mai 2005 (APM) - Le président de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), Ken Danis, a tenu à répondre vendredi dans un communiqué aux craintes sur l'avenir du service public hospitalier du président de la Fédération hospitalière de France (FHF), Claude Evin.

Lors d'un entretien avec l'APM, Claude Evin a déclaré qu'il redoutait une disparition du service public hospitalier d'ici 2012, si le gouvernement ne revoit pas les modalités de mise en oeuvre de la tarification à l'activité (T2A) et notamment l'objectif de convergence des échelles tarifaires publique et privée (cf dépêche APM du 17 mai).

Après avoir rappelé l'importance de la T2A, Ken Danis souligne dans le communiqué la nécessité d'"aller jusqu'au bout de la réforme T2A, dont l'objectif n'est pas la disparition à moyen terme des hôpitaux publics, mais de laisser au contraire aux Français le libre choix dans l'accès aux soins".

Pour lui, cela passe "impérativement par une transparence dans la gestion des dépenses, grâce à un système de tarif unique pour un même soin, identique aux deux secteurs, [transparence] qu'offre justement la T2A".

Par ailleurs, Ken Danis revient sur la polémique qui oppose régulièrement les représentants des secteurs public et privé concernant les coûts de chaque secteur.

Il estime que l'hôpital public est plus cher que les cliniques, citant pour appuyer ses propos une phrase de la circulaire budgétaire du 1er mars: "en 2004, les tarifs du secteur privé représentaient en moyenne 60% de ceux du secteur public après correction des différences de champ (honoraires médicaux, DMI [dispositifs médicaux implantables], médicaments, analyses)".

S'agissant du remplissage des hôpitaux publics à environ 75% pour "faire face aux urgences et garder une marge de manoeuvre" d'après la FHF, Ken Danis considère que cela relève "plutôt d'une surcapacité en nombre de lits que d'une politique structurée d'accueil des urgences, comme l'ont montré les débats du mois d'avril lors de la grève dans les services d'urgences publique".

cb/hm/APM polsan
CBIEK004 20/05/2005 18:20 ACTU

La T2A en Allemagne: la restructuration en profondeur d'une chaîne d'hôpitaux publics berlinois a permis d'afficher un résultat bénéficiaire en moins de 3 ans
(par Arjen PETERS)

BERLIN, 4 mai 2005(APM) - La chaîne d'hôpitaux publics Vivantes à Berlin est parvenue en 2004 à atteindre l'équilibre financier avec un bénéfice net de 4,9 millions d'euros moins de trois ans après sa création par la fusion de dix centres déficitaires, ont rapporté les dirigeants de la société.

La chaîne Vivantes a été créée en 2001 par le regroupement, qui constituait une première en Allemagne, de dix établissements publics berlinois totalisant près de 17.000 salariés. L'ensemble réalisait un chiffre d'affaires de l'ordre de 920 millions d'euros mais présentait un déficit cumulé de 80 millions d'euros.

Trois ans plus tard, le chiffre d'affaires a été réduit d'un cinquième, tombant à 746 millions d'euros mais avec la réalisation d'un premier bénéfice net, a indiqué Wolfgang Schäfer, directeur général de Vivantes, lors d'une conférence de presse présentant les résultats 2004.

Le bénéfice est même trois fois plus élevé que le 1,6 million d'euros prévu pour 2004 après un déficit de 70 millions d'euros en 2003, a-t-il précisé.

Afin de consolider cet équilibre, les activités devraient continuer à diminuer de 2% en 2005, en raison de la nouvelle tarification des prestations par forfaits (système similaire à la tarification à l'activité T2A en France, ndlr), a estimé Jörg-Olaf Liebetrau, responsable financier de Vivantes.

MCKINSEY EN RENFORT

Ce tour de force est le fruit d'une profonde restructuration interne encadrée par le cabinet de consultants McKinsey, entraînant l'abandon d'un centre hospitalier refait à neuf et la suppression d'un cinquième des postes avec un effectif tombé à 13.500 personnes.

Ces restructurations ont été rendues nécessaires par la réduction de 86 millions d'euros du budget hospitalier accordé autrefois par les caisses pour préparer l'introduction en 2004 du nouveau système tarifaire, a expliqué Jörg-Olaf Liebetrau.

Les mesures prises ont consisté à optimiser le taux d'occupation des lits et des salles d'opération, notamment par la réorganisation des unités de soins intensifs et des urgences ainsi que par la mise en place d'un organigramme détaillé du fonctionnement médical.

D'autres dispositions ont permis d'améliorer la rentabilité des services non médicaux, comme la lingerie, le nettoyage, les cantines, les achats, les soins ambulatoires et l'administration.

"Globalement, nous avons pu économiser 137 millions d'euros sur les dépenses de personnel, 25 millions d'euros sur les frais de matériel et 37 millions d'euros dans d'autres domaines", a précisé le responsable financier.

En échange d'une garantie d'emploi jusqu'en 2010, le personnel a accepté la suppression d'avantages salariaux jusqu'en 2008, dont le treizième mois de salaire, conduisant à une économie de 32 millions d'euros, a ajouté, pour sa part, Ernst-Otto Kock, directeur du personnel.

Une nouvelle étape dans la réorganisation de Vivantes interviendra le 1er juillet avec le partage en cinq régions d'activités, au lieu de trois actuellement, qui seront gérées chacune par un directeur local.

De plus, une coopération médicale a été signée avec le centre hospitalier universitaire (CHU) Charité de Berlin, deuxième plus grand réseau hospitalier berlinois avec une "part de marché" de 20%, notamment pour aider celui-ci à sortir de sa situation de crise financière.

PRIVATISATION A MOYEN TERME

A moyen terme, le Sénat de Berlin, qui est actuellement le seul actionnaire de Vivantes, envisage de privatiser Vivantes, éventuellement en vue d'une cession à une chaîne de cliniques privées, a laissé entendre Thilo Sarazin, sénateur des Finances de Berlin.

L'un des candidats vraisemblablement intéressé par une expansion dans la partie orientale de l'Allemagne est la chaîne Rhön, deux de ses tentatives de reprise d'établissements dans les régions occidentales d'Allemagne ayant été rejetées coup sur coup récemment par l'Office allemand de la concurrence en raison des positions monopolistiques auxquelles Rhön aurait accédé dans ces régions, rappelle-t-on.

