



**FHP
AUVERGNE**

Dossier de Presse

Mobilisation des Cliniques Privées *REGION* **AUVERGNE**

FHP Auvergne

Rue de la Châtaigneraie

BP 125

63541 BEAUMONT

fhpa@wanadoo.fr

Contact :

Docteur Richard SIMON, Président

Stéphane TULIPANI, Délégué Général

06 60 68 80 89

www.fhpr2a.fr

SOMMAIRE

✓ **Les raisons de la mobilisation**

- S'agissant des raisons de la mobilisation
 - Pour quelle raison l'hospitalisation privée se mobilise t'elle ? p 3
 - La baisse de 3% n'est pas justifiée p 3
 - Quelles sont nos revendications ? p 4
 - Nous ne sommes pas hostiles à la maîtrise des dépenses p 4
- L'organisation du mouvement
 - En quoi consiste la grève du 19/09/06 p 5
 - L'information aux patients p 5

✓ **Annexe 1**

- Les tarifs du secteur public s'élèvent à 1,81 des tarifs privés p 6
- Contribution de chaque secteur aux dépenses d'Assurance Maladie p 7

✓ **Annexe 2**

- Cartographie de l'hospitalisation privée en France p 8
- Part de marché sur les activités p 9
- Opinion des Français sur le privé p11

✓ **Annexe 3**

- Interprétation des chiffres de la CNAM p 12

✓ **Les chiffres de l'hospitalisation privée en Auvergne** p 14

✓ **Les pôles d'excellence de l'hospitalisation privée en Auvergne** p 15

✓ **Article presse « Clinique en danger »** p 16

Affiches « Mobilisation des Cliniques »

LES RAISONS de La Mobilisation des Cliniques Privées

S'agissant des raisons de la mobilisation

✓ Pour quelle raison l'hospitalisation privée se mobilise-t-elle ?

L'hospitalisation privée se mobilise dans son ensemble contre la décision du Ministère de la Santé de procéder à une baisse de 3% des tarifs de remboursement par l'Assurance Maladie des actes de soins réalisés par les cliniques privées.

Pour la Fédération de l'Hospitalisation Privée, cette décision est arbitraire, aberrante et inacceptable:

- arbitraire car cette décision n'a fait l'objet d'aucune concertation avec les pouvoirs publics, et s'ajoute à une baisse déjà intervenue en Mars dernier
- aberrante car elle est basée par un chiffre non validé Les pouvoirs publics ne disposent en effet aujourd'hui d'aucune information pertinente et vérifiée leur permettant d'évaluer la réalité de la production de soins dans les établissements hospitaliers publics et privés (Cf Annexe 3 « Interprétation des chiffres de la CNAM page 12)
- Inacceptable car elle contrevient à l'esprit de la T2A en ne tenant pas compte de l'activité réelle et globale des deux secteurs hospitaliers.

✓ La baisse de 3% des tarifs n'est pas justifiée au regard de l'évolution des dépenses

La baisse annoncée de nos tarifs pénalise une fois de plus le secteur qui est jugé par tous (y compris les pouvoirs publics- Cf Rapport IGAS. Janvier 2006) comme le plus efficient en matière de gestion des ressources de l'Assurance Maladie, puisque le coût des soins dans les cliniques est pour l'Assurance Maladie de 41% inférieur à celui de l'hôpital. (Cf Annexe 1. page 6)

Les cliniques privées, qui accueillent désormais une personne hospitalisée sur deux, ne peuvent accepter d'être sanctionnées alors qu'elles attirent chaque année plus de français par la qualité de leur prestations et par l'absence totale de discrimination à l'admission (les cliniques privées soignent aujourd'hui autant de malades couverts par la CMU que l'hôpital public).

Cette place de l'hospitalisation privée dans la production de soins témoigne d'un transfert d'activité de l'hôpital vers les cliniques, qui gagnent ainsi chaque année des parts de marché (Cf. annexe 2).

✓ **Quelles sont nos revendications ?**

Nous souhaitons que :

- la fixation des tarifs de l'hospitalisation privée ne s'opère plus de façon arbitraire, sans aucune concertation avec les organisations représentatives et à partir de chiffres erronés.

Celle-ci doit s'organiser autour d'un dialogue avec le gouvernement, à partir de données fiables permettant la fixation des tarifs dans le respect de la convergence prévue par la loi entre les hôpitaux publics et les cliniques privées.

- la régulation des tarifs s'opère selon des modalités identiques pour l'hôpital public et les cliniques privées, c'est à dire en tenant compte de la production effective de soins par les établissements, et dans le cadre de la maîtrise médicalisée de l'enveloppe financière commune aux deux secteurs (ODMCO)

- les cliniques privées soient en mesure de préserver l'outil de travail des médecins libéraux en France et aient la capacité de combler les différences de rémunération entre les salariés de l'hôpital public et ceux des cliniques privées.

- la garantie de la totale liberté de choix des patients entre les cliniques privées et les hôpitaux publics soit assurée.

✓ **Nous ne sommes pas hostiles à la maîtrise des dépenses de santé**

Nous sommes favorables à la régulation des dépenses de santé car ces dépenses sont financées par la collectivité, c'est à dire par les cotisations des Français.

Les cliniques sont victimes d'une « régulation aveugle ». Nous demandons l'application des principes de la T2A avec la fongibilité de l'enveloppe hospitalière privée avec celle publique pour sa part liée à la T2A. Les cliniques privées ne doivent pas être la variable d'ajustement d'une régulation purement comptable !

Les cliniques participent depuis des années à la maîtrise du déficit de la sécurité sociale au prix d'un effort permanent de restructuration et de qualité de gestion. C'est également pour cette raison que nous avons soutenu et appliqué sans réserve la réforme de la T2A, considérant que les dépenses de l'Assurance Maladie pour le secteur hospitalier devaient désormais être établies en fonction de l'activité réelle des établissements. Seule une maîtrise médicalisée permettra d'ajuster le volume de soin aux besoins toujours croissant de la population.

En pénalisant le secteur hospitalier le plus économe des ressources de l'Assurance Maladie, les pouvoirs publics prennent le risque *in fine* d'aggraver le déficit de l'Assurance Maladie, du fait d'un transfert d'une partie de l'activité des cliniques vers l'hôpital public, pourtant plus cher pour l'assurance Maladie.

S'agissant de l'organisation du mouvement

✓ **En quoi consiste la grève du 19 septembre**

Le mouvement est national. Les cliniques se mobilisent dans un mouvement d'action qui prendra des formes différenciées selon les spécialités. Vous comprendrez qu'on ne peut laisser une femme accoucher devant notre établissement ou encore transférer un patient dialysé pour cette seule journée ? Nous prendrons en considération la dimension psychologique de nos patients ainsi que la gravité de l'état de santé des patients.

Mais généralement l'activité programmée dans les établissements (MCO, SSR, Psychiatrique) sera reportée en tenant compte de la sécurité des patients

✓ **L'information aux patients**

Nous informons nos patients dans chacun des établissements.

Nous défendons nos patients pour garantir leur libre choix en matière d'hospitalisation et limiter les dépenses assurance maladie.

Il faut ajouter que le succès des cliniques tient aussi à la relation individuelle et personnalisée qui se construit avec les patients. C'est la raison pour laquelle nous pensons qu'ils comprendront notre mobilisation

Annexe 1

Les tarifs du secteur public s'élèvent à 1,81 des tarifs privés (honoraires compris)

Source : Rapport IGAS n°2006 009 Janvier 2006 : Mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé (Données issues de la DHOS)

Après réintégration des honoraires de médecins et des dépenses de radiologie et de biologie aux tarifs du secteur privé et avec une pondération des écarts de tarif par la part dans le chiffre d'affaires (ce qui permet une comparaison plus juste) :

- **les tarifs privés sont de 41% inférieurs à ceux du public**
- **les tarifs publics sont supérieurs de 81% à ceux du privé**

Sur ces bases, la réduction des tarifs publics nécessaires à la convergence totale des tarifs serait de 41% en moyenne.

Sur la base de la structure d'activité publique, l'augmentation des tarifs du privé pour un alignement sur ceux du public serait de 81%.

* * * * *

A titre d'illustration, voici la comparaison de quelques tarifs perçus par chacun des secteurs (**SOURCE** : Arrêtés tarifaires publiés au Journal Officiel de la République) :

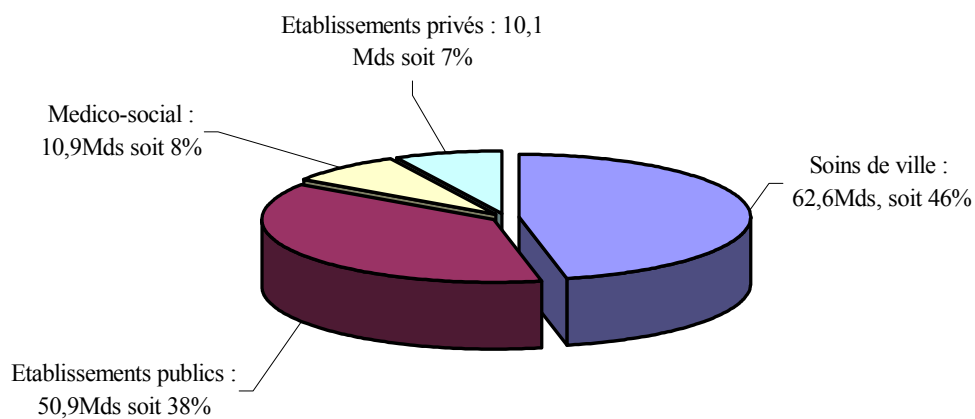
PATHOLOGIE TRAITEE	TARIF Clinique Privée au 1/09/06*	TARIF Hôpital public au 1/09/06**	Ecart tarifs clinique/hôpital
Appendicite	1412 €	2518 €	44 %
Accouchement	2672 €	3261 €	18 %
Cataracte	1599 €	2192 €	27 %
Prothèse de hanche	4437 €	5942 €	25 %
Endoscopie	562 €	783 €	28 %
Arthroscopie	1205 €	2008 €	39 %
Hernie inguinale	1513 €	2345 €	35 %
Ablation de la vésicule	2146 €	3463 €	38 %
Prostate	2254 €	3057 €	27 %
...

* Ce tarif est calculé en incluant les honoraires des praticiens.

** Pour les Missions d'Intérêt Général, les hôpitaux publics sont rémunérés de façon spécifique en plus des tarifs
Les tarifs du secteur privé et public sont fixés réglementairement (Journal Officiel de la République).

Contribution de chaque secteur à l'objectif national des dépenses d'assurance maladie

Poids de chaque secteur dans l'ONDAM 2005
(Source : Comptes de la Sécurité Sociale, juin 2006)



Activité chirurgicale

France Entière	Part du secteur Privé sur l'ensemble de l'hospitalisation		
Spécialité OAP (méthode de regroupement de GHM en pôle d'activité)	Total	Lourd (a)	Léger (b)
Ophthalmologie	75%	40%	78%
ORL, Stomatologie	74%	27%	75%
Vasculaire périphérique	68%	56%	71%
Tissu cutané et tissu sous-cutané	64%	58%	64%
Uro-néphrologie	61%	53%	63%
Orthopédie, Rhumatologie (hors traumatologie)	57%	53%	58%
Gynécologie	55%	54%	57%
Digestif	52%	43%	54%
Autres prises en charge (dont endoscopies)	46%	19%	47%
Hématologie	45%	39%	46%
Cardiologie	44%	33%	52%
Endocrinologie	41%	41%	39%
Maladies infectieuses (hors VIH)	39%	38%	50%
Système nerveux	34%	36%	32%
Pneumologie	33%	33%	34%
Total	61%	48%	64%

Source : base PMSI 2004 Ont été exclus de ces analyses : les séjours : « grand brûlés, transplantation » pour lesquels le secteur privé n'a pas d'autorisation, les activités « radiothérapie » en raison de leur prise en charge au sein des cabinets libéraux, les activités à la frontière du champ MCO : « psychiatrie, toxicologie » .

En soins de suite et de réadaptation (SSR), il existe aujourd'hui près de 400 unités d'accueil qui assurent **30 %** des séjours (dont **40 %** des séjours de personnes âgées de plus de 80 ans), L'accroissement rapide des cliniques privées symbolise tout le dynamisme du secteur privé et montre ses capacités d'adaptation aux besoins de la population française.

Quant aux **cliniques psychiatriques privées**, elles accueillent chaque année quelque 100 000 patients dans leurs 140 établissements, ce qui représentent près de **30 %** des hospitalisations psychiatriques complètes en France. Les cliniques psychiatriques privées demeurent plus que jamais des acteurs incontournables. Elles développent les alternatives à l'hospitalisation et s'insèrent dans le plan de santé mentale.

✓ Le secteur des cliniques privées est un secteur essentiel

Plus de **40 000** médecins libéraux ou salariés, biologistes et pharmaciens, qui emploient eux-mêmes 40 000 salariés, exercent leur activité dans les cliniques privées.

Les cliniques privées emploient directement 130 000 personnels de soins, administratifs et techniciens salariés, dont 39 000 IDE et cadres infirmiers, 27 000 aides soignants et 2 700 sages-femmes.

Cet ensemble représente plus de **210 000 personnes au total**.

Les cliniques privées ne sont pas des établissements pour les « riches » : elles accueillent près de 50% des patients bénéficiant de la CMU

- ◆ Les cliniques accueillent, dans des établissements à taille humaine, tous les assurés sociaux sans exception.
- ◆ L'hospitalisation privée remplit **une mission de service public au service du public**. Grâce à elle, notre système de soins peut répondre à la demande des patients en garantissant à chacun la liberté de choix.
- ◆ Les cliniques prennent en charge 48% des patients bénéficiant de la **CMU**. Les assurances complémentaires remboursent les frais d'hospitalisation restant à la charge du patient (chambre particulière, repas des accompagnants...).

La qualité et la sécurité sanitaire sont la priorité absolue des cliniques privées

Résolument engagée dans une démarche de qualité (création du Bureau de l'Assurance Qualité de l'Hospitalisation dès 1993), l'hospitalisation privée assure une obligation de résultats qui n'a d'égale que l'importance des financements qu'elle doit mobiliser dans l'avenir. **Satisfaire aux exigences des patients en matière de qualité et de sécurité sanitaire nécessite un investissement tant du corps médical que de l'ensemble des personnels de tous les établissements.**

Les cliniques privées contribuent majoritairement à la maîtrise des dépenses d'assurance Maladie

L'Assurance Maladie ne se redressera pas, ne sera pas sauvée, si la question de la maîtrise et la bonne allocation des dépenses hospitalières, qui représentent 48% de son budget, ne sont pas traitées. Sauver l'Assurance Maladie, c'est donc régler le problème du coût et du financement des dépenses hospitalières. En cas d'échec, c'est tout le domaine de l'hospitalisation, c'est toute l'Assurance Maladie qui risque de se déchirer.

✓ Transparence de tous les acteurs privés et publics et de toutes les missions

C'est le maître mot. Pour qu'il en soit ainsi, les missions et prestations de chaque établissement doivent d'abord être clairement identifiées pour être correctement tarifées. La tarification des soins et des missions d'intérêt général (MIGAC) doit permettre à l'assurance Maladie de savoir à quoi servent ses dépenses.

Identifier ces missions, c'est donc assurer la bonne gestion des ressources de l'Assurance Maladie, donc des cotisations des Français. En faisant ainsi la transparence sur les coûts, l'hospitalisation dans son ensemble peut entrer dans un cercle vertueux : celui de la qualité au meilleur coût.

80% des Français ont une bonne opinion des cliniques privées *

Ce résultat témoigne de l'attachement des Français aux cliniques privées. D'un niveau égal à celui qu'ils confèrent à l'hôpital public, cet attachement met en lumière l'unanimité de tous les Français pour la dualité et le libre choix garanti par le système hospitalier français.

- **83% des Français ont le sentiment que les cliniques privées assument bien leurs missions et répondent à leurs attentes tant pour la qualité des soins que pour l'accompagnement, le suivi et l'accueil du patient dans ces établissements.**

Contrairement à certaines idées reçues, les Français démontrent qu'ils ne sont pas seulement satisfaits des conditions de la prise en charge dans les établissements ((confort, sécurité, accueil etc...)) mais aussi et surtout de la qualité des soins. Pour eux, il n'y a pas de distinction entre la qualité de la prise en charge et la qualité des soins qui sont toutes deux assurées à un très haut niveau dans les cliniques privées. Pour les Français, les cliniques privées sont avant tout des établissements hospitaliers de très grande qualité.

- **82% des Français se disent « très satisfaits » du professionnalisme des équipes soignantes**
- **1 Français sur 2 est favorable au développement de la production de soins par l'hospitalisation privée dans les prochaines années**

Conséquence de leur attachement à la dualité du système hospitalier Français et à leur reconnaissance de la qualité des soins dans les cliniques privées, les Français se prononcent en faveur du développement des cliniques privées dans la production de soins.

****Un sondage Sofres, décembre 2005.***

Annexe 3

Interprétation des chiffres de la CNAM

La CNAM-TS reste prudente face à l'interprétation de ses chiffres :

Déjà, fin février la CNAM publie une note technique jointe à son communiqué de presse mensuel, où la caisse exprime elle-même une mise en garde quant aux interprétations liées à ses indicateurs de court terme :

« Ces évolutions du mois (données du mois comparées aux données équivalentes du même mois l'année précédente) doivent être interprétées avec prudence :

- d'une part elles sont susceptibles d'être biaisées par des variations dans les délais de remboursement, qui viennent s'ajouter aux évolutions de la consommation de soins proprement dite. Ces biais peuvent s'avérer importants sur des périodes aussi courtes, et ne peuvent être neutralisés, même en corrigeant les données pour tenir compte du nombre de jours ouvrés.
- Des phénomènes conjoncturels peuvent également affecter les évolutions, et l'on constate d'ailleurs que les séries mensuelles de dépenses sont souvent assez « chahutées ».

Pour ces raisons, il est important de garder à l'esprit que ces taux d'évolutions du mois, communiqués par souci de transparence, ne reflètent pas obligatoirement des tendances structurelles.

...

Cet ensemble d'indicateurs se substitue aux indicateurs d'évolution dite « à période comparable de l'année précédente » (PCAP), dont la signification est, au même titre que l'indicateur mensuel et pour les mêmes raisons, difficile à interpréter pour les premiers mois de l'année. »

Ainsi, dans la synthèse de 4 pages pour le mois de janvier 2006, la CNAM affiche une progression des dépenses Assurance Maladie en mois de remboursements pour les établissements de santé privés (en données provisoires) de : + 21,8 %

Un mois plus tard, cet indicateur chute à : + 15,3 %

Deux mois plus tard, la CNAM publie ses chiffres de dépenses en mois de soins (comparaison janvier 2006/janvier 2005) : + 9,2 %

Le même indicateur pour février 2006 : + 27,3 %

Un mois plus tard, cet indicateur chute à : + 22,4%

Toujours en mars le communiqué de presse indiqué un taux de croissance de février 2006/février 2005 (données CVS/CJO) de 8 %

Le même indicateur pour mars 2006 : + 29,5 %

(cette publication date du mois de mai, il s'agit de la dernière fiche de synthèse disponible)

Pour les premiers mois de l'année, les profondes variations de ces indicateurs mettent en relief les difficultés que la CNAM peut avoir pour fournir des valeurs fiables et définitives.

A partir du mois de mai, seuls les communiqués de presse mensuels ont fait l'objet d'une publication.

Ainsi, le communiqué du 23 mai fait état d'un taux de croissance (avril 2006/avril 2005) de 8,2 % (données CVS/CJO).

Le communiqué du 20 juin, pour le même indicateur que précédemment, affiche une progression de + 15,1 %.

Au 19 juillet, le taux de progression affiché est de + 14,2 % (juin 2006/ juin 2005) la mise en garde quant à l'interprétation des chiffres publiés est complétée en précisant :

« Une partie de cette croissance résulte toutefois du rattrapage, au début de l'année 2006, du retard de facturation de séjours de l'année 2005 lié au passage de la T2A »

Le dernier communiqué de presse disponible date du 22 août, il indique une progression de 8,8 % entre juillet 2006 et juillet 2005 (données CVS/CJO), et une progression de 11,3 % entre les périodes janvier-juillet 2006 et janvier-juillet 2006.

Ce communiqué réitère la précaution d'interprétation évoquée le mois précédent pour les établissements privés :

« S'agissant des cliniques privées, une partie de cette croissance résulte du rattrapage, au début de l'année 2006, du retard de facturation de séjours de l'année 2005 lié à la mise en place de la T2A. »

Dans ce même document, les précautions d'interprétations concernant les chiffres relatifs aux établissements publics sont énoncées ainsi :

« Les versements aux établissements sanitaires publics restent à un niveau bas (+0,5% sur les sept premiers de l'année par rapport à la même période de 2005). Ce taux d'évolution doit être interprété avec prudence. En effet, il est lié d'une part au calendrier de versement de la part tarifée à l'activité et d'autre part à la mise en oeuvre tardive de mesures prévues dans l'enveloppe hospitalière de l'ONDAM. »

LES CHIFFRES DE L'HOSPITALISATION PRIVEE EN AUVERGNE

✓ **Les structures**

- 18 établissements de santé privés (Médecine/Chirurgie/Obstétrique, Psychiatrie, Soins de Suite et Réadaptation)
- 16 MECS (Maisons d'enfants à Caractère Sanitaire) représentant plus de 850 lits – 1^{ère} région de France dans cette prise en charge de l'enfant
- La 3^{ème} maternité privée de France

✓ **La capacité d'accueil**

- Environ 2000 lits et places de médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, soins de suite et réadaptation soit près de 17% du total des lits et places de la région Auvergne

✓ **Les praticiens**

- Plus de 1000 praticiens exercent dans le secteur hospitalier privé

✓ **Les salariés**

Près de 2500 personnels paramédicaux et d'encadrement (Médical, paramédical et administratif)

✓ **Les activités de soins autorisées**

- Plus de 461 admissions en **réanimation** sur un total de 3849 (**soit 12%**)
- Plus de 4355 **accouchements** sur un total de 13673 (**soit 32%**)
- Plus de 69661 séances de **radiothérapie** sur un total de 79400 (**soit 88%**)
- Plus de 34363 venues en **chimiothérapie** sur un total de 48171 (**soit 71%**)
- Plus de 49052 séances de **traitement de l'insuffisance rénale chronique** sur un total de 102195 (**soit 48%**)

Les Pôles d'excellence de l'hospitalisation privée en Auvergne

CHIRURGIE

Plus d'un patient sur deux est accueilli en établissement de santé privé
60003 entrées soit près de **55%** de l'activité de chirurgie totale

ANESTHESIE ET CHIRURGIE AMBULATOIRE

49584 venues soit près de **96%** des venues

OBSTETRIQUE

L'Auvergne possède la 3^{ème} maternité privée de France (la Châtaigneraie pratiquant plus de 3000 accouchements/an et possédant un service de néonatalogie niveau 2)

Près de 3 bébés sur 10 naissent dans le secteur privé

URGENCES

Malgré de nombreuses demandes, aucune structure privée n'est autorisée pour l'accueil et le traitement des urgences cependant, nous possédons le premier centre « urgences mains » de la région et toutes les structures prennent en charge de nombreux patients en interventions non programmées (cardiologie, etc...).

Plusieurs structures doivent être autorisées site d'urgences fin 2006.

Les établissements de santé privés de la région offrent également une participation non négligeable :

- en **MEDECINE** (environ 10% des entrées)
- en **SOINS DE SUITE ET READAPTATION** (10% des entrées)
- ainsi qu'en **PSYCHIATRIE** (30% des entrées)

L'hospitalisation privée représente également près de **65% de l'hospitalisation partielle** avec plus de 51316 venues.

Cliniques en danger

OUI, LES CLINIQUES PRIVÉES COÛTENT MOINS CHER QUE L'HÔPITAL PUBLIC !

Chaque année, 60% des patients de la région Auvergne font confiance à l'Hospitalisation Privée pour leurs interventions chirurgicales (96 % pour la chirurgie ambulatoire), plus de 35% des accouchements ont lieu en Clinique avec une prise en charge optimum. L'hospitalisation Privée Auvergne représente également 30% de la prise en charge des patients en Psychiatrie, environ 10% des Soins de suite et réadaptation, 88% de la radiothérapie, 71% de la chimiothérapie et poursuit ses efforts pour accueillir de plus en plus de patients dans ses services de médecine (aujourd'hui environ 15% des prises en charge).

Si vous avez fait le choix de l'Hospitalisation privée, c'est pour ses équipes médicales et paramédicales compétentes et présentes, la qualité de son accueil et de son hôtellerie, la garantie de la sécurité sanitaire, la maîtrise des techniques de pointe ou encore pour une prise en charge dans une structure à taille humaine accueillant tous les patients.

Pour une pathologie traitée dans les mêmes conditions, l'hôpital public coûte plus cher à la sécurité sociale, à la collectivité et par conséquent à vos cotisations :

PATHOLOGIE TRAITÉE	TARIF Clinique Privée au 1/09/06*	TARIF Hôpital public au 1/09/06**	Ecart tarifs clinique/hôpital
Appendicite	1412 €	2518 €	44 %
Accouchement	2672 €	3261 €	18 %
Cataracte	1599 €	2192 €	27 %
Prothèse de hanche	4437 €	5942 €	25 %
Endoscopie	562 €	783 €	28 %
Arthroscopie	1205 €	2008 €	39 %
Hernie inguinale	1513 €	2345 €	35 %
Ablation de la vésicule	2146 €	3463 €	38 %
Prostate	2254 €	3057 €	27 %
...

* Ce tarif est calculé en incluant les honoraires des praticiens.

** Pour les missions d'intérêt général, les Hôpitaux sont rémunérés par des enveloppes financières spécifiques. Les tarifs du secteur privé et public sont fixés réglementairement (Journal Officiel de la République).

En décidant

- de **diminuer uniquement les tarifs des Cliniques de 3%** de manière injustifiée et inéquitable
- **d'imposer un forfait de 18€ à la charge du patient**

le Ministre de la Santé prend des décisions incohérentes pour réguler les dépenses de l'Assurance Maladie.

Aujourd'hui nos Dirigeants mettent en péril l'indispensable complémentarité entre les deux systèmes hospitaliers public et privé, organisent la disparition de nombreux établissements et surtout risquent de priver chaque Français de sa totale liberté de choix.

Le secteur privé coûte moins cher à la collectivité et malgré ça, le gouvernement impose aujourd'hui un impossible effort aux cliniques et aux patients : Nous devons dire STOP !!

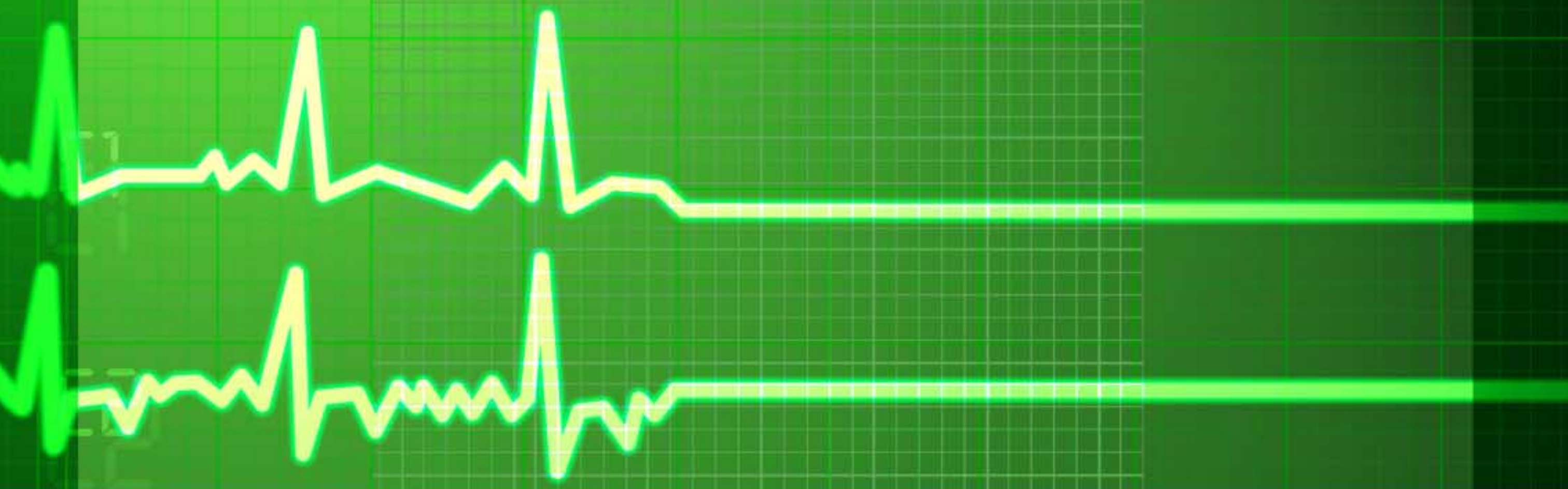
POURREZ vous encore faire le choix de vos soins demain ?

Liste des établissements de santé privés de la région Auvergne :

Clinique de la Châtaigneraie ; Pôle Santé République ; clinique des Chandiot, Clinique des Cézeaux, Clinique de la Plaine ; Clinique la Pergola ; Polyclinique Saint François Saint Antoine ; Polyclinique Saiit Odilon ; CMC Tronquières ; CMS Chambon sur Lignon ; Clinique de l'Auzon ; Clinique des Queyriaux ; Clinique du Grand Pré ; Clinique du haut Cantal ; Clinique Bon Secours ; Clinique le Clos de Beauregard ; Clinique des Sorbiers ; 15 Maisons d'enfants à caractères sanitaires

OCTOBRE 2006
Cliniques en danger

**QUAND VOTRE CLINIQUE
N'EXISTERA PLUS...**



**...VOUS N'AUREZ
PLUS LE CHOIX.**

Préserver l'hospitalisation privée,
c'est respecter la liberté de choix des Usagers.