La FHP-MCO estime que le montant des économies (280 millions d'euros par an) annoncé par l'assurance maladie et qui pourraient être réalisé en faisant sortir les mamans au bout de trois jours des maternités, au lieu de quatre aujourd'hui, es t fortement improbable.
Il ne correspond en rien à la baisse réelle de coûts que cela engendrerait pour les établissements, compte tenu notamment de charges plus importantes en début de séjour (bloc, accouchement,
etc.)
. De plus, une réduction de la durée de séjour ne se décrète pas en raison des obligations de sécurité et d'accompagnement du retour à domicile.

« Il s'agit là d'un effet d'annonce de la part de la CNAMTS, sans fondements économiques précis et sans lien avec la réalité de la prise en charge quotidienne et des moyens mobilisés au cours d'un séjour obstétrical. Si
elle était répercutée telle quelle sur les établissements, cette mesure d'économie conduirait à déstabiliser complètement des maternités déjà bien fragiles
»
, déclare Ségolène Benhamou, vice-présidente du syndicat des cliniques et hôpitaux privés spécialisés en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) de la Fédération de l'hospitalisation privée.

La réduction des durées de séjour n'entraînera pas automatiquement ni proportionnellement de s réductions de coût, estime la FHP-MCO, et ce pour deux raisons
:

- la structure des coûts de prises en charge n'est pas linéaire mais dégressive. Les moyens mobilisés sont plus importants le premier jour avec le recours au bloc obstétrical ou bien encore le besoin de recours aux professionnels médicaux et paramédicaux. Le coût de la dernière journée est le plus faible.

- la baisse de la durée de séjour ne remet pas en cause les charges de l'établissement en place. Par exemple, la structure immobilière demeure avec le coût correspondant (loyers, amortissement, matériels médicaux, personnels, etc.). La charge en soins est plus faible le dernier jour et ne dégagerait que peu de temps, exception faite du temps consacré à la visite

quotidienne.

« Si la durée de séjour diminue, ce n'est pas pour autant que la sécurité minimale permettra de réduire les effectifs dans les services d'hébergement et encore moins dans les blocs obstétricaux
.
Les accouchements ne sont que très partiellement programmés. Les équipes doivent toujours être disponibles et réagir régulièrement en extrême urgence pour assurer la sécurité
: une hémorragie de la délivrance, une réanimation bébé et autres urgences vitales doivent être assurées pour la sécurité de la population française »
, rappelle Ségolène Benhamou.

De plus, toute baisse de la durée moyenne de séjour ne peut s'effectuer sans s'interroger sur les moyens à œuvre - et leurs coûts - pour assurer la continuité des soins et leur sécurité et qualité à domicile. Elle ne peut se décréter et doit faire l'objet d'un accompagnement.

« En obstétrique, plus encore que dans d'autres spécialités, un volet « éducation » à la prise en charge d u nouveau-né est essentiel (notamment pour les femmes primipares) si on ne veut pas observer une croissance des incidents, de
s
recours aux services d'urgences et in fine des dépenses de ville pour les nourrissons
»
, souligne la vice-présidente de la FHP-MCO.

Enfin, et contrairement à ce que dit la CNAMTS, la baisse de la durée moyenne de séjour n'est pas significative pour les femmes qui ont adhéré au projet PRADO (Programme de retour et d'accompagnement à domicile) et il n'y a pas eu d'évaluation pluriannuelle du coût de ce programme . « La durée moyenne de séjour en maternité a déjà bien diminué depuis plusieurs années, ce qui rend l'utilité du programme PRADO discutable », relève Ségolène Benhamou.

La FHP-MCO demande officiellement la communication de la méthodologie de la valorisation de ces soi-disant économies.

« De même que pour la chirurgie ambulatoire, ce n'est pas l'absence d'hospitalisation qui va permettre de réduire les coûts mais bien la réorganisation des structures hospitalières », conclut la vice-présidente de la FHP-MCO.

A propos de la FHP-MCO

La FHP-MCO regroupe 580 cliniques et hôpitaux privés spécialisés en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) participant aux missions du service public de la santé. Acteur incontournable du paysage sanitaire français, l'hospitalisation privée MCO représente 27% de l'offre de soins nationale et 36% des hosp
italisations. Les cliniques et hôpitaux privés
accueillent chaque année 8,5 millions de patients pour une capacité de 66.000 lits et places, dont 2,2 millions de passages par an da
ns 132 services d'urgence
. Le secteur privé MCO est le leader nat
ional en chirurgie (54
% des actes réalisés) et le second en médecine (25% des séjours médicaux) et obstétrique (27% des naissances). Il réalise également 6
6
% de la chirurgie ambulatoire, 32% des séances de chimiothérapie, 34% de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique. Environ 150.000 salariés (infirmières, sages-femmes, aides soignants et hôteliers) y travaillent, ainsi que 41.000 praticiens libéraux et salariés.