

# dialogue santé 11

FHP  
MCO  
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

FHP-MCO – Syndicat national des 600 établissements privés exerçant une activité en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO).

NOVEMBRE 2013

FHP-MCO, 81, rue de Monceau, Paris 8<sup>e</sup>

www.fhpmco.fr



**PLFSS 2014**

Entre espoir et désespoir

**Innovation**

La responsabilité sociale des entreprises, une réalité à la clinique  
Pasteur de Toulouse

**Avenant 8**

Le dernier round !



éditorial  
Lamine  
Gharbi

**PLFSS**

## LE SIGLE QUI DÉCIDE DE NOTRE AVENIR

**Seul un solide courage politique permettra de reprogrammer le logiciel de notre système de santé.**

Chaque année à l'automne, les parlementaires votent le budget de l'État et en particulier celui de la santé, le PLFSS (Projet de loi de financement de la sécurité sociale). Ainsi une enveloppe de 75,5 milliards d'euros (montant de l'ONDAM hospitalier) sera disponible pour l'exercice 2014. Si l'hospitalisation privée accueille environ 8 millions de patients par an, elle n'a qu'un seul financeur : la Sécurité sociale. Comment cette richesse commune de notre État-providence, fixée et contrainte, financera les besoins sanitaires de la population, qui bien que modélisables, gardent une dimension imprévisible ? En exerçant une régulation de la chaîne des producteurs de soins ! Les experts économistes de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) au ministère de la Santé, sous l'œil autoritaire de leurs collègues de Bercy, et la règle de trois en main, entrent en scène. Si le montant à dépenser est inscrit dans le marbre par le pouvoir législatif, et les soins plus nombreux à prodiguer, ce sont la valeur et le volume des actes qui deviennent la variable d'ajustement. Chaque année, notre système décrète les tarifs des 2300 pathologies en établissement hospitalier et leur volume, et s'en remet ensuite au génie des directeurs d'établissement pour satisfaire praticiens, patients, ARS et banquiers. Malgré une augmentation de l'ONDAM de 2,7 % en 2013, en bout de chaîne, nos tarifs

diminuaient de 0,57 %. Une mission impossible lorsque nous estimons à environ 3 % l'augmentation de nos charges.

Ces grandes masses financières abstraites votées au Parlement viennent mécaniquement impacter de façon bien réelle notre quotidien. Ainsi très en amont, la FHP-MCO s'active à défendre vos outils de travail, les établissements privés MCO, exerçant des actions de lobbying auprès des parlementaires et déposant des amendements ; vos syndicats médicaux œuvrent de même pour défendre votre exercice libéral. Une vision macro-économique nous enjoint à nous réjouir en période de crise d'une augmentation de 2,7 % du budget de la Sécurité sociale renouvelée pour 2014, mais la perspective d'une réalité de terrain dégradée nous motive à adopter une position fortement critique. Si les positions et les modalités d'action peuvent diverger, tous les représentants de notre secteur s'accordent à dire que la volonté d'optimisation des dépenses n'est pas au rendez-vous. Les réformes de surface n'y suffiront pas. Seul un solide courage politique permettra de reprogrammer le logiciel de notre système de santé en s'appuyant sur les médecins et les établissements rassemblés. Votre activité libérale s'exerce au sein d'une économie de la santé très encadrée et contrainte comme la nôtre, nous vous invitons à mieux comprendre ce que nous réserve l'édition 2014 du PLFSS.

**Lamine Gharbi**

Président du syndicat national FHP-MCO



# Une amélioration continue du financement?

Dès 2005 pour l'hospitalisation de court séjour, le financement des établissements publics et privés évoluait vers la « tarification à l'activité » ou communément appelée, T2A. Une onde de choc qui bousculait de nombreuses pratiques. Depuis 2013, une réforme de cette réforme de la T2A est en cours et vise un réajustement. Retour sur les différentes étapes de sa mise en œuvre et sur ses grands principes par le Dr Michèle Brami, médecin conseil à la FHP-MCO.

**L**a décision de passer en « tarification à l'activité » (T2A) a été prise en 2002 car, dans le secteur public, nous assistions à un essoufflement du financement par dotation globale, avec des situations de rente pour certains établissements, et d'étranglement pour d'autres, et pour tous une grande difficulté à entreprendre les investissements nécessaires (immobilier, renouvellement de matériels, etc.) Pour le secteur privé, une étude de la CNAMTS de la fin des années 1990 montrait que les tarifs de prestations des cliniques privées (prix de journée, frais de salle d'opération, etc.) pouvaient varier de 1 à 2,5 selon l'établissement, et la région. Le Pr Jean-François Mattei, à son arrivée au ministère de la Santé en 2002 pensait qu'il n'y avait pas de raison pour que le coût pour la collectivité de l'hospitalisation d'un malade diffère selon que le malade était hospitalisé à Lille ou à Marseille. Il décida d'initier la T2A. Pour cette réforme, le principe de départ était simple: à prestation égale, tarif égal.

## Un plan beaucoup plus ambitieux

Cette réforme des financements s'est inscrite dans une stratégie globale, concertée et cohérente, portant à la fois sur la réforme des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), sur la gouvernance à l'hôpital et sur l'amélioration de la qualité des établissements de santé. En rupture complète avec le passé, la réforme des SROS proposait de qualifier un établissement, non plus par sa capacité en nombre de lits autorisés ou occupés, mais par son activité. La nouvelle gouvernance de l'hôpital, en créant la notion de pôle regroupant plusieurs services, avait pour ambition d'inciter les équipes médicales à mieux coopérer et se coordonner, en passant outre la notion du sacro-saint service hospitalier complètement autonome. Enfin, la réforme tenait également à s'assurer de la qualité des soins dispensés et du fonctionnement hospitalier. Depuis les ordonnances de 1996, les établissements devaient être volontaires pour demander à l'ANAES une accréditation. Avec la réforme de 2004, la HAS remplace l'ANAES, et les établissements sont soumis à une certification obligatoire, renouvelable tous les 5 ans. A ce stade, il faut se souvenir que la ré-

forme du financement des hôpitaux et la mise en place d'un financement proportionnel à l'activité réellement développée, n'était pas un concept de droite ou gauche, ni une innovation soudaine puisque la Loi de finance de la Sécurité sociale pour 2000, portée par Martine Aubry, dans le gouvernement de Lionel Jospin, avait déjà proposé une expérimentation de tarification à la pathologie, pour laquelle les services du ministère avaient travaillé de 2000 à 2002.



## Une tendance internationale

De surcroît, cette réforme s'inscrivait dans un mouvement international puisque la plupart des pays occidentaux, confrontés à la même croissance de leurs dépenses de santé, mettaient en place des systèmes de financement tous plus ou moins adossés à une mesure de l'activité enregistrée par un système d'information médicalisé (en France: le PMSI, dans les pays anglo-saxons: les DRG)

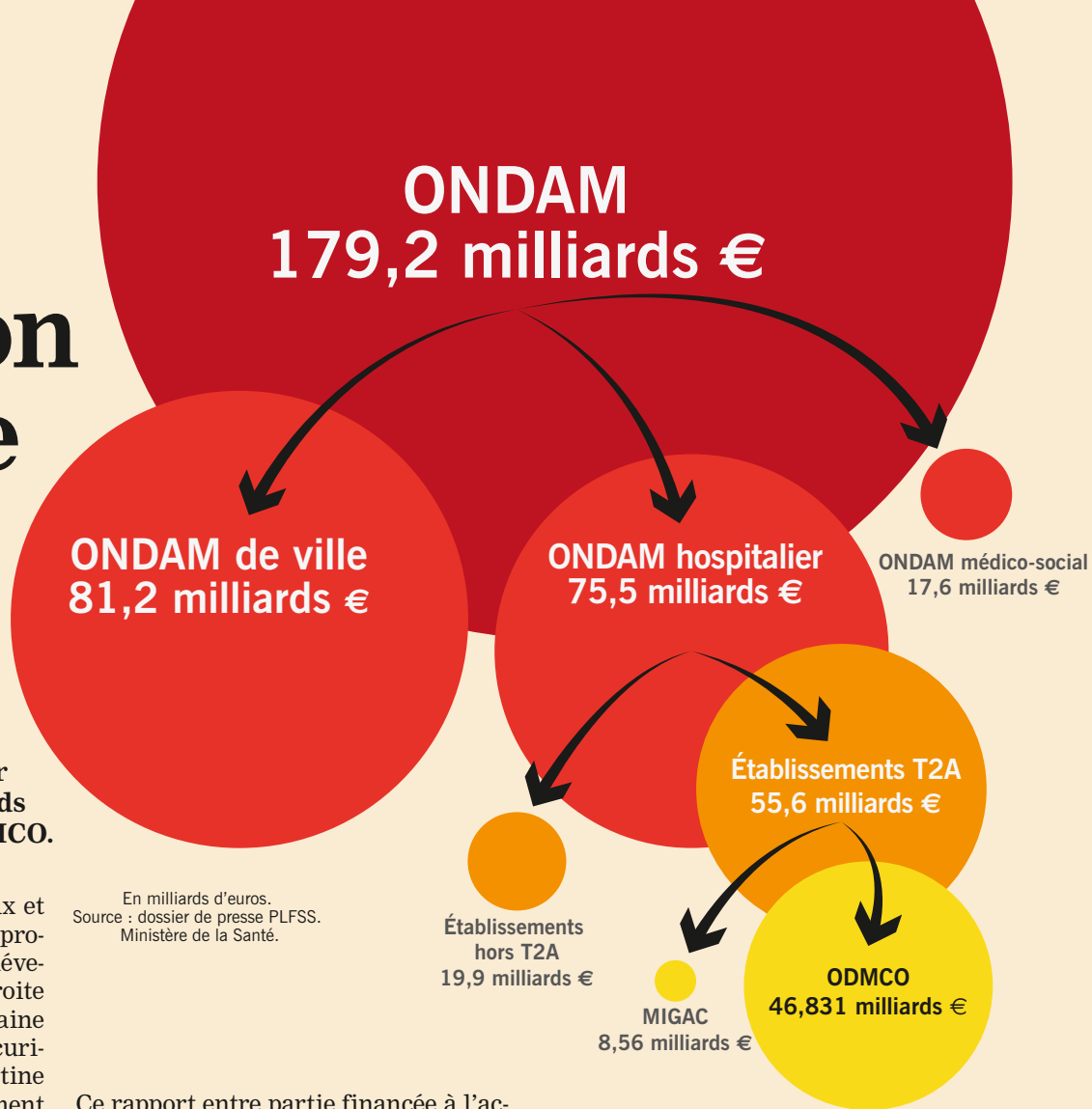
La notion de *Prospective Payment System* (PPS): paiement forfaitaire défini à l'avance pour un type de prise en charge, avait séduit les opposants à la dotation globale ou à la tarification à l'acte. Elle suppose la description de l'activité produite par l'établissement au moyen d'une classification médicalisée des séjours, et un financement au moyen d'une grille tarifaire adossée à cette classification.

La tarification à l'activité est donc totalement différente d'une tarification à l'acte avec laquelle elle est pourtant souvent confondue.

Comme dans beaucoup d'autres pays, le modèle français a maintenu un financement de type « dotation globale » pour toutes les activités impossibles à recenser patient par patient. La part réservée à cette modalité, de l'ordre de 15 %, France entière, pour l'ensemble du tissu hospitalier, peut varier de 0 % (de nombreuses cliniques privées) à 30 % pour certains CHU assumant des charges d'enseignement et de recherche et des missions d'intérêt général (MIG): SAMU, centre de dépistage anonyme et gratuit, etc., ou encore bénéficiant d'Aide à la contractualisation (AC).

La T2A à la française est donc un système mixte associant une grosse partie de financement directement liée à l'activité et une partie moindre de financement forfaitaire.

En milliards d'euros.  
Source : dossier de presse PLFSS.  
Ministère de la Santé.



Ce rapport entre partie financée à l'activité et partie financée plus « globale-ment » (85/15) place la France en tête des pays ayant opté pour une modalité de financement mixte, la plupart des autres pays ne consacrant pas plus de 70 % au financement au DRG (directement liée à l'activité).

Pour éviter des ruptures de financement, la transition entre le financement avant 2004 et la T2A s'est faite de façon progressive, en utilisant un coefficient de transition par établissement pour le secteur privé et une montée en charge progressive pour le secteur public.

## Vers une équité de traitement

La mise en œuvre du principe de base de la réforme (à prestation égale, tarif égal) supposait également une convergence tarifaire intrasectorielle et intersectorielle.

La convergence intrasectorielle a été réalisée dans le respect du calendrier initial, et l'absence d'équité de financement entre établissements d'un même secteur tarifaire a aujourd'hui disparu. La convergence intersectorielle (comparaison du tarif du GHS<sup>1</sup> du public avec la somme: GHS + honoraires + dépassements d'honoraires du privé, même si ces derniers ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie) a été introduite progressivement, soulevant une opposition croissante du secteur public, puisqu'il s'agissait pour chaque activité médicale, d'amener le tarif vers celui du secteur le plus efficient, c'est-à-dire vers celui du secteur privé dans la très grande majorité des cas. En 2012 la décision politique d'arrêter cette convergence a été prise au motif de la disparité de clientèle prise en charge entre les deux secteurs.

## Améliorer la T2A

En même temps, il est décidé une « réforme de la réforme », avec la mise en place d'un Comité de réforme de la tarification hospitalière (CORETAH). Pas de remise en cause profonde de la tarification à l'activité mais plutôt la volonté d'exaucer le souhait des établissements publics de disposer d'une plus grande marge de manœuvre. L'ob-

jectif est d'aménager, d'ajuster la T2A sans bouleversement de l'existant. Deux grands axes de travail sont clairement tracés: le financement de la qualité et le parcours de soins.

La T2A a été accusée de contribuer à une diminution de la qualité des soins, même si aucune étude n'avait été réalisée en son temps pour connaître l'impact de la dotation globale sur cette même qualité...

Pour répondre à cette critique, le projet IFAQ (Incitation financière à l'amélioration de la qualité) a été mis en œuvre au début de l'année 2013 afin d'améliorer le financement des établissements sur des critères de qualité. Le principe est simple: il s'agit de mesurer en début d'année, un certain nombre de résultats sur des indicateurs de qualité et de les mesurer en fin d'année pour apporter un financement complémentaire si une progression positive est constatée.

Enfin, la seconde mesure vise la mise en œuvre du parcours de soins. Si la

T2A répond très bien aux besoins concernant les pathologies aiguës, elle s'avère moins adaptée en ce qui concerne les pathologies chroniques qui s'inscrivent dans une continuité, et pour lesquelles l'ensemble de la prise en charge du malade doit être prise en compte pour que l'évaluation soit

juste. Toutefois, cette notion de parcours de soins mérite encore un affinement de sa définition et de ses modalités pratiques de financement.

Aujourd'hui, 8 ans après la mise en place de la réforme, la dynamisation du secteur public est largement engagée, et la « révolution culturelle » à peu près intégrée.

1. GHS: tarif du groupe de malades présentant des caractéristiques médico-économiques voisines

*Le principe de départ était simple: à prestation égale, tarif égal.*

# LE BUDGET 2014 EST-IL À LA HAUTEUR DES ENJEUX ?

DR MICHEL CHASSANG, PRÉSIDENT DE LA CSMF ET DE L'UNAPL

## C'EST L'ONDAM LE PLUS BAS DEPUIS 1998

«Ce sera une véritable performance de respecter cet ONDAM qui augmente de 2,4 % quand on sait que le tendancier est à 3,8 %... Cela suppose 2,45 milliards d'euros d'économies ! Une somme pareille ne se débloque pas en un tournemain. Cela se fait au prix d'économies gigantesques dont les deux tiers sont à la charge de la ville et un tiers à la charge de l'hôpital. La CSMF considère que ce budget ne dégage pas les marges de manœuvre nécessaires à une réorganisation profonde de notre système de soins et notamment pour amorcer le virage de la déshospitalisation en renforçant la médecine de ville. Il y a donc déséquilibre ! Cela se fait aussi au détriment des honoraires médicaux avec une baisse de 130 millions d'euros des honoraires en radiologie et biologie. Tout cela arrive alors que les ONDAM des trois années précédentes ont été sous-exécutés, c'est-à-dire que la dépense était inférieure à ce qui était prévu initialement. Dans ces conditions, personne ne peut comprendre pourquoi on diminue la valeur de certains honoraires médicaux. Tout cela n'a aucun sens. On a bien noté que les belles paroles du gouvernement contrastent fortement avec la réalité. Quand on voit que 20 millions sont consacrés à l'ONDAM, on voit que cela est bien maigre au regard des enjeux. Nous demandons que, dans les contrats responsables, soient prévus au minimum la prise en charge des compléments d'honoraires pour les praticiens qui ont signé le Contrat d'accès aux soins. Il ne manquerait plus que, pour les 8700 praticiens qui ont signé le contrat d'accès aux soins (un tiers des praticiens éligibles), les complémentaires ne respectent pas leur signature ni ce à quoi elles s'étaient engagées, c'est-à-dire la prise en charge des compléments d'honoraires. La CSMF renouvelle également ses doutes sur la généralisation du tiers payant qui va poser de très nombreux problèmes techniques qu'il ne faut pas sous-estimer. Nous souhaitons que les obstacles techniques soient traités et exigeons une garantie de paiement sans complications ni frais supplémentaires pour les médecins, quelle que soit la situation de leurs patients avec ou sans carte Vitale. Toutes ces contraintes vont à l'encontre de cette volonté de renforcer la médecine de ville pour faire en sorte que les gens aillent moins à l'hôpital et y restent moins longtemps. C'est contradictoire parce qu'on a l'impression qu'on conserve les acquis de l'hôpital et que l'on met une fois de plus la pression sur la médecine de ville.»



On a l'impression qu'on conserve les acquis de l'hôpital et que l'on met une fois de plus la pression sur la médecine de ville.

prévu initialement. Dans ces conditions, personne ne peut comprendre pourquoi on diminue la valeur de certains honoraires médicaux. Tout cela n'a aucun sens. On a bien noté que les belles paroles du gouvernement contrastent fortement avec la réalité. Quand on voit que 20 millions sont consacrés à l'ONDAM, on voit que cela est bien maigre au regard des enjeux. Nous demandons que, dans les contrats responsables, soient prévus au minimum la prise en charge des compléments d'honoraires pour les praticiens qui ont signé le Contrat d'accès aux soins. Il ne manquerait plus que, pour les 8700 praticiens qui ont signé le contrat d'accès aux soins (un tiers des praticiens éligibles), les complémentaires ne respectent pas leur signature ni ce à quoi elles s'étaient engagées, c'est-à-dire la prise en charge des compléments d'honoraires. La CSMF renouvelle également ses doutes sur la généralisation du tiers payant qui va poser de très nombreux problèmes techniques qu'il ne faut pas sous-estimer. Nous souhaitons que les obstacles techniques soient traités et exigeons une garantie de paiement sans complications ni frais supplémentaires pour les médecins, quelle que soit la situation de leurs patients avec ou sans carte Vitale. Toutes ces contraintes vont à l'encontre de cette volonté de renforcer la médecine de ville pour faire en sorte que les gens aillent moins à l'hôpital et y restent moins longtemps. C'est contradictoire parce qu'on a l'impression qu'on conserve les acquis de l'hôpital et que l'on met une fois de plus la pression sur la médecine de ville.»

DR ROGER RUA, PRÉSIDENT DU SML

## A L'OUEST RIEN DE NOUVEAU !

«Ce PLFSS ressemble aux autres et encore une fois on ne s'attaque pas aux vrais problèmes. Le SML a bien réfléchi et nous le redisons, c'est dans le tout curatif que le bât blesse. Il faut vraiment commencer à investir dans le préventif. On demande à tout le monde de se serrer la ceinture, mais on ne propose pas de solution constructive, même si dans la Stratégie nationale de santé présentée par Marisol Touraine fin septembre, des éléments positifs sont énoncés sur la place de la prévention. Avec l'ONDAM, on fait des progrès depuis 3 ans. La France va-t-elle pouvoir supporter une augmentation indéfinie de la part de son PIB consacrée à la santé ? On se demande vraiment pourquoi en France on est si en retard. Il faudrait d'abord mieux éduquer les patients pour les aider à se prendre en main et sortir de cet assistanat. Ce n'est pas parce que l'on n'a pas les moyens qu'il faut se laisser aller pour autant. De même il faudrait, par exemple, s'attaquer au problème des addictions (alcool, cigarette, sucre...) au lieu de travailler sur les restrictions. C'est en s'attaquant aux problèmes concrets que l'on pourra faire des économies. Mais on ne prend pas le problème dans le bon sens. On prend des décisions sans concerter les Français. Demandons-leur par exemple si la généralisation du tiers payant les intéresse et les responsabilise vraiment. Au lieu de ça, on cherche des boucs-émissaires. Il faut vraiment du courage politique pour responsabiliser tous les acteurs. Or la santé n'est pas anodine, elle concerne tous les Français qui sont à la fois patients et payeurs.»



La France va-t-elle pouvoir supporter une augmentation indéfinie de la part de son PIB consacrée à la santé ?

Il faudrait, par exemple, s'attaquer au problème des addictions (alcool, cigarette, sucre...) au lieu de travailler sur les restrictions. C'est en s'attaquant aux problèmes concrets que l'on pourra faire des économies. Mais on ne prend pas le problème dans le bon sens. On prend des décisions sans concerter les Français. Demandons-leur par exemple si la généralisation du tiers payant les intéresse et les responsabilise vraiment. Au lieu de ça, on cherche des boucs-émissaires. Il faut vraiment du courage politique pour responsabiliser tous les acteurs. Or la santé n'est pas anodine, elle concerne tous les Français qui sont à la fois patients et payeurs.»

DR DIDIER LEGEAIS, PRÉSIDENT DU SYNDICAT DES MÉDECINS DE L'ISÈRE ET VICE-PRÉSIDENT DE L'UCDF

## UNE VOLONTÉ DE NOUS ASSERVIR...

«L'objectif final du gouvernement est visiblement d'asservir le corps médical, progressivement, en mettant en place d'abord une logique de tiers payant pour tous, puis en voulant diminuer la capacité de revenus des établissements et des professions libérales. On privilégie l'offre de soins publique et, à long terme, on veut rendre la vie très compliquée aux établissements privés. Nous sommes donc très inquiets sur l'avenir. De façon un peu surprenante, on reconnaît que le PLFSS est insuffisant. On reconnaît implicitement que le bon tarif est 250 % le tarif opposable, soit 2,5 fois le tarif de la Sécurité sociale. On reconnaît également que la base de l'assurance maladie est insuffisante mais on empêche quand même les contrats responsables d'aller au-delà de ce seuil et on veut même bloquer les tarifs de remboursement à 100 % de dépassement. Patients et médecins sont pris en otage et le tout est légiféré par décret. Donc, oui, il y a bel et bien une volonté de détruire toute l'activité médicale libérale. En tant que médecins, nous ne sommes plus force de proposition politique mais dans une résistance permanente. D'une part, on assiste aujourd'hui à un exode de l'élite médicale française, mais d'autre part nous accueillons plus de 30 000 médecins avec des diplômes étrangers. On fait venir des médecins, qui parlent souvent mal français et qui, pour 10000 d'entre eux, n'ont pas de diplômes reconnus par le Conseil de l'ordre. Notre système de soin, tel qu'il est conçu à la base, est parfaitement équilibré pour les cotisants. Mais comme le gouvernement élargit le nombre d'étrangers AME en situation irrégulière, qui ne travaillent pas et ne cotisent pas, le nombre de non cotisants sur le territoire national va atteindre les trois à quatre millions. Cela signifie que les cotisants, par leur générosité, offrent des soins à des étrangers qui ne travaillent pas dans le pays, à hauteur de neuf milliards d'euros par an. A cela s'ajoutent trois à quatre millions de Français en situation précaire, bénéficiaires du régime CMU, à qui on offre des soins. Ce sont en tout plus de 20 milliards d'euros offerts à des non cotisants. Le système perd de l'argent certes, mais pour cause de mauvaise gestion. Nos politiques ont fait le choix de la solidarité nationale voire internationale. Je n'ai absolument rien contre les étrangers qui viennent travailler, et donc cotiser, chez nous mais nous ne pouvons raisonnablement pas financer les soins de personnes qui ne cotisent pas. Nous sommes dans une logique d'assistanat et de mensonge absolu.»



En tant que médecins, nous ne sommes plus force de proposition politique mais dans une résistance permanente.

On privilégie l'offre de soins publique et, à long terme, on veut rendre la vie très compliquée aux établissements privés. Nous sommes donc très inquiets sur l'avenir. De façon un peu surprenante, on reconnaît que le PLFSS est insuffisant. On reconnaît implicitement que le bon tarif est 250 % le tarif opposable, soit 2,5 fois le tarif de la Sécurité sociale. On reconnaît également que la base de l'assurance maladie est insuffisante mais on empêche quand même les contrats responsables d'aller au-delà de ce seuil et on veut même bloquer les tarifs de remboursement à 100 % de dépassement. Patients et médecins sont pris en otage et le tout est légiféré par décret. Donc, oui, il y a bel et bien une volonté de détruire toute l'activité médicale libérale. En tant que médecins, nous ne sommes plus force de proposition politique mais dans une résistance permanente. D'une part, on assiste aujourd'hui à un exode de l'élite médicale française, mais d'autre part nous accueillons plus de 30 000 médecins avec des diplômes étrangers. On fait venir des médecins, qui parlent souvent mal français et qui, pour 10000 d'entre eux, n'ont pas de diplômes reconnus par le Conseil de l'ordre. Notre système de soin, tel qu'il est conçu à la base, est parfaitement équilibré pour les cotisants. Mais comme le gouvernement élargit le nombre d'étrangers AME en situation irrégulière, qui ne travaillent pas et ne cotisent pas, le nombre de non cotisants sur le territoire national va atteindre les trois à quatre millions. Cela signifie que les cotisants, par leur générosité, offrent des soins à des étrangers qui ne travaillent pas dans le pays, à hauteur de neuf milliards d'euros par an. A cela s'ajoutent trois à quatre millions de Français en situation précaire, bénéficiaires du régime CMU, à qui on offre des soins. Ce sont en tout plus de 20 milliards d'euros offerts à des non cotisants. Le système perd de l'argent certes, mais pour cause de mauvaise gestion. Nos politiques ont fait le choix de la solidarité nationale voire internationale. Je n'ai absolument rien contre les étrangers qui viennent travailler, et donc cotiser, chez nous mais nous ne pouvons raisonnablement pas financer les soins de personnes qui ne cotisent pas. Nous sommes dans une logique d'assistanat et de mensonge absolu.»

Notre système de soin, tel qu'il est conçu à la base, est parfaitement équilibré pour les cotisants. Mais comme le gouvernement élargit le nombre d'étrangers AME en situation irrégulière, qui ne travaillent pas et ne cotisent pas, le nombre de non cotisants sur le territoire national va atteindre les trois à quatre millions. Cela signifie que les cotisants, par leur générosité, offrent des soins à des étrangers qui ne travaillent pas dans le pays, à hauteur de neuf milliards d'euros par an. A cela s'ajoutent trois à quatre millions de Français en situation précaire, bénéficiaires du régime CMU, à qui on offre des soins. Ce sont en tout plus de 20 milliards d'euros offerts à des non cotisants. Le système perd de l'argent certes, mais pour cause de mauvaise gestion. Nos politiques ont fait le choix de la solidarité nationale voire internationale. Je n'ai absolument rien contre les étrangers qui viennent travailler, et donc cotiser, chez nous mais nous ne pouvons raisonnablement pas financer les soins de personnes qui ne cotisent pas. Nous sommes dans une logique d'assistanat et de mensonge absolu.»



Budget Sécu : économies axées sur l'hôpital et le prix des médicaments

### Le Monde

L'Assurance-maladie encore loin de l'équilibre

Le budget 2014 de la Sécurité sociale prévoit un déficit de 12,8 milliards d'euros, dont 6,2 pour la branche maladie



PLFSS 2014 : la branche maladie à la diète



La descente aux enfers de l'Assurance maladie (et donc de notre système de santé) s'accélère!

### Les Echos

Sécu : déficit ramené sous les 13 milliards d'euros en 2014

### L'Humanité

Le PLFSS 2014 : c'est un budget d'austérité

### ANTI JARGON

- ANAES** Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
- ATH** Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
- CLAHP** Comité de liaison et d'action de l'hospitalisation privée
- CNPCMEHP** Confédération nationale des présidents de CME de l'hospitalisation privée
- CORETAH** Comité de réforme de la tarification hospitalière
- CPOM** Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- CSMF** Confédération des Syndicats Médicaux Français
- IFAQ** Incitation financière à l'amélioration de la qualité
- MIGAC** Mission d'intérêt générale et d'aide à la contractualisation
- ODMCO** Objectifs des dépenses d'assurance maladie relatifs aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique
- ONDAM** Objectif national des dépenses d'assurance maladie
- PLFSS** Projet de loi de financement de la Sécurité sociale
- PMSI** Programme de médicalisation des systèmes d'information
- SML** Syndicat des médecins libéraux
- SROS** Schéma régional d'offre de soins
- UNALP** Union nationale des professions libérales



Qui accompagne tous les professionnels de la santé tout au long de leur vie ?

Notre engagement, c'est vous.



RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE PROTECTION JURIDIQUE - EPARGNE RETRAITE PREVOYANCE - SANTE - LOCAL PROFESSIONNEL - HABITATION - AUTO - FINANCEMENT

3233\* ou macsf.fr

\* Prix d'un appel local depuis un poste fixe. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé.

# CLINIQUES ET PRATICIENS, TRAVAILLONS ENSEMBLE

LE BUDGET 2014 EST SOUMIS À UNE CURE D'AMAIGRISSEMENT DE 2,4 MILLIARDS D'EUROS !

## MÉDICAMENTS

**50 millions**  
en établissement

**870 millions**  
en ville

## DISPOSITIFS MÉDICAUX

**50 millions**  
en établissement

**70 millions**  
en ville

## MAÎTRISE MÉDICALISÉE

**600 millions**

Contrôles de l'Assurance maladie des médecins et établissements, mise sous accord préalable, etc.

dialogue  
**santé**

*Dialogue santé* est édité par la FHP-MCO, syndicat national des établissements 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. Novembre 2013. Directeur de publication : Lamine Gharbi, président de la FHP-MCO. Rédaction, conception : BVM Communication. Photos : ©Shutterstock

SANTÉ VERTE



La clinique Pasteur, fleuron du développement durable en santé

## Contrôle EMAS ÉTHIQUE ET PERFORMANCE, LA CLÉ DU SUCCÈS

« Dominique Pon, directeur de la clinique Pasteur à Toulouse, vous êtes un des très rares établissements hospitaliers en France à être certifié ISO 14001 et enregistré EMAS en 2013. Pourquoi ?

Pour moi, la notion de développement durable ou plus largement de responsabilité sociale pour les cliniques est devenue, elle devrait être considérée comme faisant partie de nos missions de base. Il ne doit pas s'agir d'une étiquette supplémentaire. Cela devrait être au cœur de tous nos projets d'établissement en tant qu'entreprises de santé responsables. Le fait que notre établissement ait obtenu les certifications ISO 14001 et EMAS n'est pas extraordinaire en soi, car c'est assez simple à obtenir en réalité. Ce qui me paraît étrange, c'est que nous soyons si peu nombreux à nous être engagés dans ce type de démarche. En fait, je vois ces labels comme une reconnaissance institutionnelle du travail réalisé en interne par nos salariés et nos médecins. Il n'y pas de MIGAC ou de subvention à la clé, il n'y a pas de reconnaissance particulière de nos tutelles, il y a juste le sentiment d'un travail logique-ment accompli.

Quand on mène ce type de démarche et qu'on parle de responsabilité sociale, il faut à tout prix éviter la démagogie et l'hypocrisie. Il faut s'efforcer de traduire cet effort par des actions concrètes et ne pas rester dans le verbiage. En tant que dirigeant, il faut aussi montrer l'exemple, en impulsant une logique managériale proche du terrain, en privilégiant le dialogue, l'exigence et la transparence. En réalité, ce n'est pas la démarche de développement durable qui change les rapports avec le personnel et les médecins, c'est l'inverse : il faut d'abord avoir

une logique de fonctionnement responsable avec ses médecins, ses cadres et l'ensemble du personnel, en toute transparence et confiance pour tendre vers une politique de développement durable. A partir de ce socle, on peut construire ensuite une démarche plus globale de RSE. Je rencontre par exemple la totalité des mille salariés de mon établissement deux fois par an. Ce sont au minimum 50 réunions annuelles, ce qui, bien sûr est très lourd à gérer. Mais, il n'est pas question de prendre des décisions depuis une tour d'ivoire. Il peut aussi m'arriver sur un problème particulier de faire des immersions ponctuelles dans certains services afin de me rendre compte, par moi-même, des problèmes rencontrés sur le terrain. En sens inverse, je présente aussi à l'ensemble des salariés et des médecins un bilan complet sur les projets, les succès et les échecs, les enjeux à venir et ce que j'attends de chacun d'entre eux en termes de comportement. Toutes les données présentées au CA sont aussi présentées aux salariés. L'impact de cette politique de transparence est clair : dans la mesure où ils comprennent qu'il y a une logique globale et qu'on a tous à y gagner, ce sont les employés qui trouvent les meilleures idées d'optimisation des processus, les économies possibles, les améliorations de pratiques. A mon sens, ils sont presque toujours plus pertinents que les cabinets d'audit ! Les employés qui sont sur le terrain savent souvent mieux que quiconque ce qui ne fonctionne pas et pourquoi !

Dans l'avenir, nous souhaitons poursuivre cette dynamique dans le cadre d'une démarche de type ISO 26000 en développant davantage nos relations avec les parties prenantes (le quartier, le monde associatif, les collectivités, les industriels...).

## LE LIVRE BLANC DES CME PRIVÉES

Une publication de 30 pages, en 8 axes, réalisée par la Confédération nationale des présidents de CME de l'hospitalisation privée (CNPCMEHP) vient d'être envoyée aux parlementaires, tutelles et médias pour mieux connaître les CME privées. Le docteur Jean-Luc Baron, son président, demande la rémunération des fonctions transversales exercées par les CME, en les valorisant en moyenne à près de 34 000 euros par an (le CLAHP l'avait estimée en 2007 à 22 300 euros). Il propose qu'elle provienne des médecins (cotisations, redevances...), des établissements et des tutelles. « Il devient urgent de valoriser ce temps passé à l'accomplissement de ces missions », sinon « il est à craindre une lassitude, pour ne pas parler d'épuisement, des médecins engagés dans les CME ». Par ailleurs, le docteur Baron a appelé les ARS à mieux reconnaître les spécificités des CME du privé, en les associant aux nominations institutionnelles et aux CPOM.

## DR JEAN-LUC BARON PRÉSIDENT DE LA CNP CME-HP

# AVENANT N°8, CAS: UN PROCESSUS DE SAUVETAGE

« En tant que président de CME, c'est un soulagement de savoir enfin le processus engagé, car les batailles syndicales ont quelque part troublé le travail des CME autour de la gestion des risques et de la sécurité patient. En effet on a assisté à un rejet en bloc de "tout projet" par certains. Concernant spécifiquement la signature du Contrat d'accès aux soins (CAS), aucun mouvement de désespoir. Débarrassé de ce poids des luttes syndicales, certains font enfin chauffer leur calculette et il y a fort à parier que de nouveaux contrats vont être signés, car de nombreux chirurgiens, anesthésistes et spécialistes exerçant sur les plateaux techniques y ont intérêt notamment en province.

Ce CAS est un début de réponse pour les médecins qui pourront afficher, vis-à-vis de leurs patients, cette volonté de modérer leurs honoraires dans une période où la crise affecte un bon nombre d'usagers. Leur effort devra rapidement être récompensé par l'engagement de l'Assurance maladie à prendre en charge une partie de leurs cotisations sociales.

Pour les patients, c'est déjà un succès puisque le chiffre global des dépassements est orienté à la baisse, mais le vrai succès viendra du respect par les complémentaires de la signature par leurs représentants de l'avenant n°8, et de la solvabilisation pour les patients des compléments d'honoraires des médecins qui ont choisi d'adhérer au CAS.

A l'évidence c'est un processus de sauvetage du système des compléments d'honoraires, qui, faut-il le rappeler, sont une compensation de tarifs parfois très insuffisants, en tous les cas bien inférieurs à la majorité de nos confrères européens. Ce n'est sûrement pas le bonheur extrême, sauf pour les anciens CCA bloqués en secteur I, mais cela nous sauve de la douleur d'une décision qui aurait pu voir le jour en cas d'échec du CAS. Marisol Touraine avait prévenu lors de sa visite d'une clinique privée en juillet dernier, bien que très confiante dans l'aboutissement du processus "il n'y aura pas de nouvelle négociation, et si parlementaires et sénateurs me demandent de légiférer, je ne pourrai pas m'y opposer."

Dans la perspective d'un prochain décret concernant les CME, la CNPCMEHP a été force de proposition au sujet des orientations stratégiques, budgétaires et financières pluriannuelles de l'établissement et la politique en matière de coopération de l'établissement. Par ailleurs, nous avons demandé que soit rajouté un avis consultatif sur les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels médicaux et internes en médecine. Nous sommes toujours dans l'attente d'une version définitive du décret. J'ose espérer que si les CME publiques ont été entendues, nous le serons également dans un souci d'équité. »