

2009

UNE ANNÉE D'ENGAGEMENTS

FHP-MCO LA VIE DU SYNDICAT

LES DÉPÊCHES L'ACTUALITÉ DU MCO

ÉDITOS RÉTROSPECTIVE POLITIQUE DU PRÉSIDENT

3 QUESTIONS À PORTRAITS DE LA PROFESSION



FHP

MCO

MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

2019

UNE ANNÉE
D'ENGAGEMENTS

FHP.

FHP-MCO

LA VIE DU SYNDICAT

PAGES 6-29

LES DÉPÊCHES

L'ACTUALITÉ DU MCO

PAGES 32-87

ÉDITOS

RÉTROSPECTIVE POLITIQUE DU PRÉSIDENT

PAGES 90-133

3 QUESTIONS À

PORTRAITS DE LA PROFESSION

PAGES 136-176

MCO

LA VIE DU SYNDICAT UNE ANNÉE D'ENGAGEMENTS



« Au quotidien, une équipe
à votre écoute, une expertise
à votre disposition, n'hésitez
pas à nous solliciter ! ».

Lamine Gharbi,
PRÉSIDENT FHP-MCO

MCO

FHP MCO

UN SYNDICAT MOBILISÉ

Lamine GHARBI, Président est épaulé par un bureau composé de :

Frédéric DUBOIS Vice-président

Marc WASILEWSKI Trésorier

Sami-Frank RIFAÏ Secrétaire général

Ségolène BENHAMOU Membre du bureau

Bernard COUDERC Membre du bureau

Pascal DELUBAC Membre du bureau

Gilbert LEBLANC Membre du bureau

Sylvie PEQUIGNOT Membre du bureau

Alain PORET Membre du bureau

Gérard REYSSEQUIER Membre du bureau

Gilles SCHUTZ Membre du bureau

Pierre ENSCH Membre invité du bureau

Les décisions sont discutées et validées par un conseil d'administration composé de 56 membres.

Depuis le 22 octobre 2008, le bureau s'est réuni 11 fois, le conseil d'administration s'est réuni 9 fois.

Les procès verbaux du bureau sont diffusés systématiquement aux administrateurs, et ceux du conseil d'administration aux adhérents sur demande.

Un compte-rendu en images du conseil d'administration de 3 minutes vous sera envoyé par mail.

FHP MCO

DES LIENS AVEC VOUS

- **Le « 13h »**, une newsletter chaque jeudi, plébiscitée par 83 % d'entre vous. Déjà 44 numéros ! Au sommaire : la position politique du Président, des informations brèves, techniques ou générales sur la profession, la parole donnée aux adhérents « 3 questions à », la parole donnée une semaine sur deux aux régions.
- **Les dépêches.** Déjà 100 dépêches rédigées par les experts du syndicat envoyées par mail au fil de l'actualité.
- **Un nouvel espace MCO revisité et dynamisé, sur le site internet de la FHP.** Affichez votre clinique ! Votre clinique est votre fierté ? Envoyez-nous une photo de votre bâtiment et légendez votre photo. Chaque semaine, une nouvelle clinique est mise en valeur sur le site. Ces photos feront l'objet d'une publication.

20
10



UNE ANNÉE
D'ENGAGEMENTS

FHP
MCO

MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

FHP MCO

DES RENCONTRES POUR TRAVAILLER

Commission réforme statutaire

Lamine GHARBI

Commission de la Naissance

Marc WASILEWSKI, Gérard REYSSEGUIER

Commission Révision des normes

Pascal DELUBAC, Ségolène BENHAMOU

Commission Financement des établissements / ENCC / V11

Sami Frank RIFAÏ, Alain PORET, Gérard REYSSEGUIER

Commission Réa / SC / USI

Gilbert LEBLANC, Alain PORET

Commission Urgence / Permanence des soins

Christian GUICHARD, Sylvie PÉQUIGNOT

Commission soins palliatifs

Bernard COUDERC, Sami Frank RIFAÏ

DES RENCONTRES POUR ÉCHANGER



20
10

- Journée de sensibilisation au développement durable en santé organisée par la FHP-MCO et le c2ds, **mardi 8 décembre 2009, Paris**. Au programme : présentation d'une démarche globale de développement durable, focus sur le DD au bloc opératoire.

- « Les managers de clinique au féminin », **janvier 2010, Paris**

FHP MCO

CLINIQUES MCO, OU EN EST-ON ? UN OBSERVATOIRE ECONOMIQUE



UNE ANNEE
D'ENGAGEMENTS

FHP
MCO
MEDECINE CHIRURGIE OBSTETRIQUE

FHP MCO

EN DÉCEMBRE 2008, LA FHP-MCO PRÉSENTAIT À LA PRESSE LES RÉSULTATS DE L'OBSERVATOIRE (DONNÉES 2007) DU CABINET CTC CONSEIL.

- L'évolution du chiffre d'affaires de 2006 à 2007 s'est sensiblement ralentie avec un taux de + 1,8 %, en régression par rapport aux années précédentes.
- La masse salariale a progressé de + 2,8 % sachant que les frais de personnel constituent le plus gros poste de charges (53 %).
- La marge brute d'autofinancement baisse à un taux de 6,40 % du chiffre d'affaires contre 6,69 % en 2006.
- Le résultat d'exploitation et le résultat net se dégradent conduisant pour ce dernier à un ratio résultat net/chiffre d'affaires de + 1,9 % en données nationales corrigées. Il faut souligner que les cliniques spécialisées de petite taille souffrent particulièrement avec un ratio qui s'est dégradé à 0,9 %.
- Au niveau du bilan, le fonds de roulement atteint un seuil limite de 1 tandis que le besoin en fonds de roulement augmente.
- En 2007, c'est 33 % de l'échantillonnage représentatif qui sont en déficit.

FHP MCO

NOVEMBRE 2009, L'OBSERVATOIRE ÉCONOMIQUE DE CTC PRÉSENTE UNE SITUATION AGGRAVÉE

- 2008 montre une baisse du nombre d'entrées de - 1,6 % et des journées réalisées - 3,3 %. Les passages en ambulatoire et séances de chimiothérapie apparaissent en légère hausse par rapport à 2007, respectivement + 2,9 % et + 1,2 %.
- Les DMS sont stables : 5,6 j en médecine ; 4,4 j en chirurgie ; 4,8 j en obstétrique.
- La croissance du chiffre d'affaires s'élève à + 1,08 %. C'est le plus faible taux de croissance depuis 5 ans.
- La part de l'Assurance maladie dans le chiffre d'affaires des établissements s'élève à 88,2 %.
- Les recettes annexes représentent 11,8 % du chiffre d'affaires, dont 4,4 % pour les chambres particulières.
- Même s'il reste positif, 2,3 %, le résultat brut d'exploitation se dégrade fortement. Il semble se consacrer uniquement aux investissements et devient trop faible pour permettre la rémunération des investisseurs.
- Le résultat net moyen devient négatif à - 1 % du chiffre d'affaires.
- En valeur absolue, la masse salariale augmente globalement de 3,8 % entre 2007 et 2008. En 2008, elle représente 49,1 % du chiffre d'affaires. Ce ratio augmente de 0,7 point par rapport à 2007.

PLFSS2010
6 AXES POLITIQUES

20

**PROPOSITIONS
DE LA FHP-MCO**

FHP MCO

STABILISER EN 2010 LE DISPOSITIF ACTUEL DE CLASSIFICATION ET DE TARIFICATION

L'hospitalisation privée n'avait jamais connu un pareil bouleversement dans la détermination des conditions tarifaires que celles imposées par la campagne 2009. Le ministère évoquait même "un modèle de financement rénové". La mise en œuvre de la V11, la prise en compte de l'ENCC, l'intégration des DMI (dispositifs médicaux implantables), l'introduction de nouvelles CMA (complexité des cas)... a eu un impact négatif pour 50 % des établissements privés dont le chiffre d'affaires par patient a baissé mécaniquement du fait de ces nouvelles règles et calculs.

Un comité de suivi de l'application de la campagne tarifaire et plus précisément des éléments de cette plate-forme assorti d'un calendrier de travail, demandé expressément par la FHP-MCO, doit être mise en œuvre.

Enfin, la mise en place du dispositif LMD (licence-master-doctorat) et ses impacts sur la classification et la rémunération du personnel, notamment infirmier, doit être appréhendée dans un environnement stable.

ETUDE NATIONALE DE COÛTS/ENCC

1

MAINTENIR NOTRE RETRAIT DE L'ENCC

LA LOI N'EST PAS RESPECTÉE

Les termes de la loi ne sont pas respectés puisque nous avons deux échelles de coûts – publique et privé – et non une seule échelle à partir d'un échantillonnage représentatif. C'est l'objet de notre recours déposé auprès du Conseil d'Etat tendant à l'annulation de l'arrêté du 26 et 27 février 2009 fixant

FHP MCO

pour l'année 2009, l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités MCO et odontologie. La FHP-MCO vient de recevoir le mémoire en réponse du Conseil d'Etat et dispose d'un mois pour répondre à son tour.

UN ECHANTILLONNAGE NON STABILISE

La politique tarifaire 2010 dépend notamment des résultats de l'ENCC dont l'échantillonnage, non stabilisé, est modifié pour la campagne 2010 pour un tiers : 32 établissements participaient à l'échantillon 2006, 44 participent à celui de 2007 utilisé aujourd'hui.

DES REGLES DU JEU QUI CHANGENT

La profession avait été très surprise de découvrir sur le site de l'ATIH une nouvelle échelle de coûts sans explication ni même information, un mois après la publication des tarifs !

IMPACT DE LA CAMPAGNE 2009

2

REFUSER DE NOUVELLES MODIFICATIONS TARIFAIRES EN 2010 DUES A L'ENCC, DEMANDER UNE ENVELOPPE D'ACCOMPAGNEMENT D'UN MONTANT DE 100 MILLIONS D'EUROS

50 % DES ETABLISSEMENTS

Les premiers résultats montrent que 50 % des établissements connaissent une perte de chiffre d'affaires par séjour. Les établissements en grande difficulté sont d'abord ceux ayant un spectre d'activité restreint, ou bien encore, ceux bénéficiant de l'ancien régime SRA et n'ayant pas pu accéder à une reconnaissance de réanimation.

100 MILLIONS D'EUROS

Une enveloppe de 100 millions devait être débloquée pour accompagner les établissements injustement pénalisés. Malgré les demandes appuyées de la FHP-MCO, aucun critère d'éligibilité n'a été défini, la gestion de cette somme était confiée aux ARH, qui, en toute opacité, devaient la distribuer. Aujourd'hui, pas un seul établissement privé n'a reçu le moindre signal d'aide. Les établissements perdants ne pourront absorber en une année les effets d'un tel dispositif.

FHP MCO

ANOMALIES TARIFAIRES DE LA V14/ENCC

3

CORRIGER DES ANOMALIES DES REALITES EN DISCORDANCE AVEC LA METHODOLOGIE ANNONCEE

On peut citer les thèmes suivants : douleur, PTH, néonatalogie / accouchement, ophtalmologie, lithotritie.

4

ARRETER LES ACTIONS DESINCITATIVES DE 2009

La valorisation de la chirurgie ambulatoire doit être en cohérence avec la volonté politique de développement de cette activité

5

PRENDRE EN COMPTE L'IMPACT DES NOUVELLES NORMES

L'évolution récente des normes doit être mieux prise en compte, notamment en matière de cancérologie, de chirurgie cardiaque, et d'une manière générale, de cardiologie interventionnelle ; ou encore en maternité, le renforcement de la sécurité des bébés (bracelets) et la mise en œuvre d'actions telles que le dépistage de la surdité et les différentes vigilances, accroissent nos charges.

6

AVOIR UNE VOLONTE POLITIQUE EN COHERENCE AVEC NOS CHARGES ET LA TECHNICITE DE L'ACTE

LE CHOIX POLITIQUE DE LA TUTELLE EN 2009

Le financement de la césarienne, aujourd'hui évalué au regard des accouchements par voie basse, doit être revu en 2010.

Globalement, la valorisation de la prise en charge des bébés demeure insuf-

FHP MCO

fisante. Nous rappelons que 27 départements français ne disposent plus de maternités privées. Les parturientes n'ont alors plus le choix du lieu de la naissance de leur bébé. 184 maternités privées demeurent et prennent en charge moins de 30 % de l'activité en France. Enfin, nous rappelons que l'accouchement par voie basse a été identifié par les parlementaires comme un acte strictement identique dans les deux secteurs public et privé. Une maternité privée voit son acte rémunéré par l'assurance maladie 400 euros de moins qu'une maternité publique.

7

GELER LE DISPOSITIF DU FORFAIT DE HAUTE TECHNICITE (FHT) POUR L'EXERCICE 2010 DANS L'ATTENTE D'UNE TRANSPARENCE

62 GHS ont été retenus en 2009 pour « recevoir » une allocation de ressources issue du Coefficient Haute Technicité. Malgré les demandes répétées de la FHP-MCO, la profession ne dispose d'aucune visibilité sur ce dispositif.

ACCOMPAGNEMENT DE LA T2A

L'impact des rémunérations complémentaires de la T2A est, sur le plan micro-économique, tout aussi conséquent que celui de la nouvelle classification V11/ENCC. Il s'agit pour la FHP-MCO d'une priorité de négociation.

LES MIGAC

Cette enveloppe ne doit plus croître, au risque de venir obérer la capacité de la collectivité à augmenter de façon significative les tarifs des GHS ou des prestations de soutien de type réanimation ou surveillance continue.

8

STABILISER L'ENVELOPPE MIGAC ET MUTUALISER LES ENVELOPPES PERMANENCE DE SOINS (PDS) ET PRECARITE

L'enveloppe MIGAC doit cependant mieux prendre en compte les plans de santé publique de manière plus lisible et plus équilibrée. Une évaluation doit être régulièrement conduite.

Par ailleurs, les enveloppes Permanence de Soins et Précarité doivent être communes aux secteurs public et privé.

Au titre de l'exercice 2010, de nombreux établissements de santé publics et privés sont déjà mobilisés autour du Plan Pandémie Gripale.

FHP MCO

9

CORRIGER LE DISPOSITIF DE LA SURVEILLANCE CONTINUE ET CONDUIRE UNE POLITIQUE TARIFAIRE ADAPTEE EN REANIMATION, SURVEILLANCE CONTINUE ET SOINS INTENSIFS

La rémunération des services lourds (Réanimation, Unité de soins continus, Si) est insuffisante et des initiatives régionales font apparaître des cahiers des charges très disparates.

Nous souhaitons que soient prises en compte nos propositions de modifications de listes, l'application d'un prix de journée de 1_100 euros pour la réanimation et de 700 euros pour les soins intensifs et/ou de surveillance continue, et la normalisation d'un cahier des charges national.

10

COMPLETER LE DISPOSITIF ACTUEL DE FACTURATION DES MONITORINGS CONDUIRE UNE POLITIQUE TARIFAIRE EN CE QUI CONCERNE LES SERVICES EXTERNES

Les conditions de facturation des monitorings mises en place en 2009 sont extrêmement restrictives puisque seules les grossesses pathologiques peuvent bénéficier de cette dérogation, et ce, alors que le ministère s'était engagé solennellement sur cette question.

11

POURSUIVRE LES TRAVAUX SUR LE DISPOSITIF DE TARIFICATION DE SEH

Alors que l'AFSSAPS impose des recommandations, les actes SEH - sécurité et environnement hospitalier sont insuffisamment rémunérés.

FHP MCO

12

PERENNISER LE FINANCEMENT DES CLINIQUES ISOLEES

Des financements ont été accordés les années passées pour les cliniques isolées et assurant une mission de proximité. Ils doivent être maintenus et pérennisés.

13

METTRE EN PLACE LE NOUVEAU DISPOSITIF DANS LES MEILLEURS DELAIS

Rémunération des médecins (médecine Interne (Co,8), Urgentistes (YYYYo1o), Pédiatres, Oncologue (K14), Astreinte, PDS). La loi HPST apporte sous bien des aspects une réponse « par défaut » à un vrai problème : la juste rémunération des activités cliniques. Ce dispositif n'est qu'une réponse « d'attente » à l'évolution de la CCAM technique, mais essentiel.

14

DEFINIR LES RÈGLES DE TARIFICATION

La problématique de la facturation des prestations Inter-Hospitalières, notamment en cas de transfert de moins de deux jours, demeure. Le renvoi à des relations contractuelles ne suffit pas à gérer des situations où les dispositifs tarifaires publics et privés ne couvrent pas les mêmes champs.

15

MAINTENIR LE FINANCEMENT MIGAC DES EX POSU

Des enveloppes d'aides à la contractualisation (AC) étaient allouées pour accompagner l'absence de tarification des structures Ex-POSU. Il convient de poursuivre les efforts. Le retard pris dans la constitution des réseaux d'urgences ne doit pas pénaliser ces structures qui auront toutes leur place dans le dispositif à venir.

FHP MCO

16

REVALORISER LE FORFAIT ATU A 30 EUROS, OFFRIR LA POSSIBILITE DE FACTURER POUR LES RE-CONVOCATIONS, ET VALORISER LE MONTANT DES FAU SELON LE NOMBRE DE PASSAGES

La rémunération des services d'urgences est sous-évaluée.

17

PROCEDER A LA MODIFICATION DES TEXTES REGLEMENTAIRES

Nous ne disposons d'aucune lisibilité juridique sur la possibilité de facturer des chambres particulières en chirurgie ambulatoire. Cette demande est restée à ce jour sans suite. La modification réglementaire reste relativement simple.

FAIRE EVOLUER LE DISPOSITIF D'AVANCE DE FACTURATION

18

METTRE EN ŒUVRE LE DISPOSITIF D'EXCEPTION PREVU PAR LA LOI HPST ET METTRE EN PLACE UNE FACTURATION A 100 %.

Le dispositif d'avance de 85 % apporte une certaine satisfaction, mais, à bien des égards, il génère aussi des lourdeurs de fonctionnement, tant pour les caisses que pour nos services de facturation.

C'est pourquoi, un dispositif d'avance à 100 % constitue une démarche positive pour les deux parties.

FHP MCO

UNE POLITIQUE D'AUTORISATION GLOBALISEE

19

METTRE EN ŒUVRE UN DISPOSITIF GLOBALISE DES AUTORISATIONS

Le dispositif actuel des autorisations par son découpage rend complexe la gestion des autorisations et parfois même la cohérence.

A titre d'exemple, il conviendrait de globaliser le dispositif d'autorisation des urgences par une approche globale : Urgences/Médecine/Imagerie (Scanner, IRM,...).

20

PRENDRE EN COMPTE L'INNOVATION DES PRATIQUES MEDICALES ET ORGANISATIONNELLES

Il s'agit de financer des établissements mettant en œuvre des techniques et organisations innovantes. Ce point devait être mis en place avec la mise en œuvre de la T2A.

Certaines situations doivent être prises en compte d'ores et déjà de manière lisible et cohérente sur le plan médico-économique :

- Vidéo-Capsules,
- Implants multifocaux,
- Pose de bio-prothèses aortiques par voie percutanée,
- Le financement de la Robotique.
- La télémédecine.

- ...

FHP MCO

TARIF UNIQUE



UNE ANNÉE
D'ENGAGEMENTS

FHP
MCO
MEDECINE CHIRURGIE OBSTETRIQUE

FHP MCO

TARIF UNIQUE

Notre modèle de protection sociale, fondé sur une solidarité sans faille et sur notre secteur hospitalier qui combine établissements publics et privés, est reconnu dans le monde entier comme étant un des plus performants et un des plus efficaces.

Pourtant, aujourd'hui, ce modèle est en danger. Notre Sécurité Sociale plonge chaque année dans un déficit abyssal. Des solutions simples aux effets immédiats existent.

Par exemple, qu'est-ce qui justifie encore qu'un accouchement coûte à la Sécurité sociale 3 140 € à l'hôpital public et seulement 2 742 € ans une clinique ? Pourquoi faire perdurer une telle inégalité de traitement, injustifiée et coûteuse ? Un accouchement, sans difficulté particulière, se déroule dans les mêmes conditions techniques, les mêmes contraintes et les mêmes obligations, qu'il soit effectué au sein d'un hôpital ou dans une clinique. De nombreux actes n'engendrent pas ou peu de recherche et ne portent en eux aucune spécificité sociale qui pourrait justifier un tarif adapté.

« Le principe de la convergence des tarifs a été inscrite dans la loi en même temps que l'ensemble du dispositif de la T2A. La remise en cause de la loi s'inscrit dans la série trop longue des promesses non tenues qui mettent en cause la crédibilité des pouvoirs publics »

Lamine Gharbi, dans *APM*, 15 mai 2009

« La convergence tarifaire est le seul moyen d'une équité de traitement entre le public et le privé. Les cliniques ne doivent plus être les seules à faire des efforts de productivité ».

Lamine Gharbi, dans *Le Panorama du médecin*, 25 mai 2009.

« Il n'y a aucune raison pour qu'il existe deux tarifs différents pour une même prestation ».

Lamine Gharbi, dans *Le Parisien*, 8 juillet 2009

C'est pourquoi nous demandons aujourd'hui aux pouvoirs publics de mettre en place un tarif unique pour ces prestations hospitalières standard. Nous avons distingué 50 actes médicaux et prises en charge – consultables sur l'hostocomparateur – qui pourraient, dans un premier temps, faire l'objet d'un même tarif, créant ainsi les conditions d'un nouveau modèle économique qui garantirait l'avenir de notre système de santé.

En un an, un tarif unique appliqué sur les 50 GHM proposés permettrait une économie de 1,4 milliard d'euros, et de **8 milliards d'euros** sur l'ensemble des GHM MCO.

FHP MCO

UNE CAMPAGNE DE COMMUNICATION « TARIF UNIQUE »

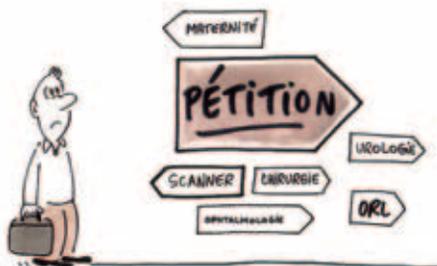
29 avril – Roselyne Bachelot propose le report de la convergence en 2018.

15 juin – la profession rend publique sa proposition de mettre ne place un « Tarif unique » en commençant avec une première liste de 50 GHM.

29 juin - Coup d'envoi d'une grande campagne d'information : mise en ligne d'un hostocomparateur, 500 spots radio, lettre ouverte à M Nicolas Sarkozy publiée dans le Journal du Dimanche et les plus grands quotidiens régionaux.

13 octobre – publication des résultats d'un sondage auprès des Français pour déterminer leur opinion vis-à-vis du tarif unique, envoi à 300 décideurs en santé d'une boîte de jeu « Arrêtons de jouer avec notre Sécu : osons le tarif unique ».

26 octobre – 600 spots radio, film de 6mns « un même métier, une même mission, un même tarif ? »



UNE ANNÉE
D'ENGAGEMENTS

FHP
MCO

MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

FHP MCO

UN AN APRÈS

1
AN
APRÈS

Normes d'implantation et de fonctionnement et autorisations

- Les textes définissant les règles d'implantation et de fonctionnement concernant la cardiologie interventionnelle ont été publiés en avril 2009.
- Le nouveau dispositif d'autorisation en matière de cancérologie sera achevé fin décembre 2009.
- Les textes de modifications des normes d'implantation et de fonctionnement en médecine et chirurgie ont été votés au CNOSS en attendant leur publication.

1
AN
APRÈS

Tarification et financement

- La nouvelle classification V11 et la prise en compte des coûts dans les tarifs a été mise en œuvre.
- Le dispositif définitif de la surveillance continue a été mis en application.
- La facturation des monitorings et des forfaits de sécurité dermatologique ont été mis en œuvre.

1
AN
APRÈS

Gestion des risques et qualité

- Les indicateurs IPAQ ont été confirmés.
- Les indicateurs ICALIN, ICSHA, Survivo ont fait l'objet d'une publication.

1
AN
APRÈS

Pharmacie à usage intérieur et contrat de bon usage du médicament

- La profession n'a pas validé l'accord cadre national de maîtrise des prescriptions des produits facturables en sus et des transports sanitaires.
- Le bilan des CBUM est en cours de réalisation.

1
AN
APRÈS

Contrôle T2A

- La politique des contrôles orientée sur la maximisation des sanctions financières est confirmée.

« La FHP-MCO s'est abstenue en séance du CNOSS car les textes posent autant d'interrogations qu'ils n'apportent de réponse » a commenté

Lamine Gharbi dans APM le 26 octobre 2009.

FHP MCO

1
AN
APRÈS

Relation avec le corps médical

- Le Président de la FHP-MCO, Lamine Gharbi, a rencontré les syndicats médicaux, représentatifs ou pas, afin d'envisager des actions communes pour mieux défendre les intérêts de l'hospitalisation privée.

1
AN
APRÈS

Lois et réformes

- La convergence prévue en 2012 est reportée en 2018.
- Les ARS sont mises en place.

1
AN
APRÈS

Enquêtes

- La FHP-MCO a pris ses responsabilités au regard des différentes enquêtes médiatiques ou ministérielles.

1
AN
APRÈS

Observatoire sur la profession

- L'observatoire CTC démontre une détérioration de la situation économique et financière des cliniques.
- L'hospitalisation privée lance une campagne de communication « Tarif unique » sans précédent.

« Cela se traduira par une évolution du chiffre d'affaires comprise entre -5 % et +3 % selon le case mix des cliniques. Certaines ne s'en remettront pas (...) Ce sont des baisses arbitraires, basées sur une étude de coûts non représentative ».

Lamine Gharbi dans *Le Quotidien du médecin*, 19 février 2009

« On est stupéfaits. On ne s'attendait pas à une hausse aussi faible. Pour l'opération de la cataracte, la baisse de tarif sera de 10%. Certaines cliniques spécialisées ne s'en sortiront pas ».

Lamine Gharbi dans *Les Échos*, 17 février 2009

UNE ANNÉE
D'ENGAGEMENTS

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

FHP
MCO

LE SAVIEZ-VOUS ?

8

millions

C'est le nombre de patients accueillis chaque année par les cliniques et hôpitaux privés en France

Source : ATIH ET PMSI 2007/2008

FHP MCO

37 %

C'est l'écart moyen des tarifs constaté par les rapports officiels, entre les secteurs hospitaliers public et privé, à prestations identiques. C'est ce que coûte en moins à la Sécurité sociale – et donc à la collectivité – le secteur hospitalier privé en France.

Le secteur MCO privé prend en charge

- 60 % des interventions chirurgicales
- 75 % de la chirurgie ambulatoire en France
- 50 % des traitements du cancer
- 50 % de la dialyse
- 30 % des naissances
- 2 millions de patients dans 134 services d'urgence

Source : « Rapport sur la convergence tarifaire intersectorielle », ATIH, rapport au Parlement, Ministère de la Santé, [p. 7], 15 oct. 2008 ; « Avis sur la situation des établissements de santé », [p. 12], 23 avril 2009, Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie.

FHP MCO



Les appels répétés des scientifiques, le Grenelle de l'environnement, l'engagement d'Al Gore ou encore celui de Nicolas Hulot, enfin, et tout récemment la création d'une première chaire « développement durable » au Collège de France, constituent un faisceau d'éléments qui nous amène à nous interroger sur l'impact de notre activité sur notre santé et celle de notre planète. Professionnels de santé, nous avons une obligation, celle de soigner une population mais aujourd'hui plus qu'hier, nous avons également une mission, celle de favoriser une santé durable. Nous ne pouvons qu'accompagner les 750 cliniques de médecine, chirurgie, obstétrique privées à s'engager dans cette double approche curative et préventive. Le développement durable dans le secteur hospitalier est certes une approche nouvelle mais déjà inscrite dans la troisième version de la certification, elle vient surtout prolonger la démarche qualité que nous connaissons bien. Nous sommes confiants dans la volonté de nos professionnels à s'y engager car ces questions résonnent particulièrement juste dans nos établissements.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

FHP MCO



La FHP-MCO a signé un partenariat avec le Comité pour le développement durable en santé (c2ds), association de professionnels de l'hospitalisation publique, privé et PSPH, qui a pour objectif d'informer, de motiver et d'accompagner les acteurs à s'engager dans une démarche de développement durable. Le c2ds participe à la formation « Développement durable » des experts visiteurs de la HAS dans le cadre de la V3.

- Journée de sensibilisation au développement durable en santé, organisée par la FHP-MCO et le c2ds, mardi 8 décembre 2009, Paris
- Une rubrique « Développement durable » est intégrée au « 13h »
- Une newsletter « Cliniques et développement durable » FHP-MCO et c2ds sera publiée 3 fois par an. La prochaine est à recevoir fin novembre 2009.

Le c2ds met à la disposition des établissements l'IDD santé (outil d'autodiagnostic en DD gratuit – 350 questions avant d'aller plus loin), le « Guide des pratiques vertueuses », le film « Vers un monde de la santé », 6 modules de formation, des groupes de travail thématiques et régionaux.

Pour en savoir + : www.c2ds.com

DÉPÊ

LES DÉPÊCHES TOUTE L'ACTUALITÉ DU MCO

CHES

NORMES D'IMPLANTATION ET DE FONCTIONNEMENT ET AUTORISATIONS

PAGES 36, 37, 38, 39, 55, 56, 57, 58, 62, 69, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 83, 84

TARIFICATION ET FINANCEMENT

PAGES 32, 35, 39, 40, 41, 45, 46, 49, 50, 54, 57, 60, 61, 70, 72, 73, 76, 79, 82, 83

GESTION DES RISQUES ET QUALITÉ

PAGES 37, 38, 41, 42, 44, 45, 48, 60, 65, 66, 67, 68, 77, 81, 82

PHARMACIE À USAGE INTÉRIEUR ET CONTRAT DE BON USAGE DU MÉDICAMENT

PAGES 63, 71, 80, 81

CONTRÔLE T2A

PAGES 50, 51, 52, 56, 85

RELATION AVEC LE CORPS MÉDICAL

PAGES 60, 61, 63, 64, 70, 76, 86

LOIS ET RÉFORMES

PAGES 32, 33, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 53, 55, 65, 78

ENQUÊTES

PAGES 56, 57, 59, 60, 61, 62, 64, 65, 68

OBSERVATOIRE SUR LA PROFESSION

PAGES 34, 36, 67, 68, 69, 72, 83, 84, 85, 86

DÉPÊCHES

28 NOVEMBRE 2008

POLITIQUE TARIFAIRE : LE MINISTÈRE ACCUSÉ D'EXCÈS DE POUVOIR PAR LA PLUS HAUTE JURIDICTION DE NOTRE PAYS !

Le Conseil d'État vient de rendre une décision en date du 21 novembre 2008 par laquelle il déclare l'annulation des arrêtés des 27 février 2007 et 27 février 2008 fixant pour 2007 et 2008 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

Cette décision a été prise suite à la requête du syndicat SCS/Le-MCO, de la FHP Languedoc-Roussillon, de la FHP Rhône-Alpes et d'un certain nombre d'établissements de santé.

Les motifs d'annulation sont l'excès de pouvoir et le non respect de l'article L162-22-9 du Code de la Sécurité Sociale, stipulant que les tarifs nationaux des prestations d'hospitalisation doivent être « déterminés à partir des données afférentes au coût relatif des prestations établi sur un échantillon représentatif d'établissements ». La commissaire du gouvernement avait préalablement rappelé que cette exigence était essentielle à la tarification à l'activité et au processus de convergence.

Toutefois, pour éviter de désorganiser gravement la prise en charge des malades, et conformément à la jurisprudence « AC » du 11 mai 2004, le Conseil d'État a décidé que les tarifs soient toutefois réputés définitifs, c'est-à-dire qu'il annule ainsi toutes conséquences financières.

L'absence d'outils médico-économiques pour bâtir une politique tarifaire de façon durable est reconnue et les conséquences en sont ainsi tirées. L'objectif n'était pas de récupérer des indûs mais d'inciter notre ministère de tutelle à une politique tarifaire responsable et juste. Savourons donc cette première victoire et poursuivons nos justes revendications d'équité de tarifs et de convergence inter sectorielle.

1^{ER} DÉCEMBRE 2008

LES ÉCONOMIES DE LA CNAM

La CNAMTS détaillait mercredi dernier à ses partenaires conventionnels les économies espérées dans le cadre de la maîtrise médicalisée en 2009.

Alors que le gouvernement attend une économie de 520 millions d'euros, les propositions de la CNAMTS atteindraient 468 millions d'euros pour 2009, dont 221 millions d'euros pour les médicaments. Les économies sont les suivantes :

- 33 millions sont attendus sur les antibiotiques
- 62 millions sur les statines
- 5 millions sur les anxiolytiques - hypnotiques
- 35 millions pour les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)
- 54 millions sur les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine
- (IEC) et les sartans
- 16 millions sur les anti-ostéoporotiques
- pas d'économies attendues sur les antidépresseurs
- 17 millions sur les antidiabétiques
- 69 millions sur les indemnités journalières
- 59 millions sur les transports
- 59 millions sur les affections de longue durée (ALD)
- 25 millions sur les actes
- 35 millions sur les antiagrégants plaquettaires

A ajouter une centaine de millions d'euros d'économies attendue dans le cadre du dispositif d'encadrement des actes des masseurs-kinésithérapeutes en série, prévu dans le PLFSS.

2 DÉCEMBRE 2008

LE RAPPORT ANNUEL DES MIGAC

Alors que la loi oblige le Ministère à diffuser le rapport annuel des MIGAC aux députés chaque année avant le 15 octobre, ces derniers viennent de le recevoir le 20 novembre !

Le rapport précise que la dotation Migac a augmenté en 2007 de 9,7 % par rapport à 2006, à près de 6 milliards d'euros. Cette hausse est inférieure aux évolutions de 2005 (15,4 %) et 2006 (11,3 %). Pour 2008, la progression a été fixée à 6,1 %.

L'enveloppe MIGAC représentait 8,2 % de l'ONDAM en 2005, 8,9 % en 2006 et 9,3 % en 2007. Pour 2008, le poids des Migac devrait s'établir à 9,9 %, soit une hausse de 0,6 point.

Les ARH ont alloué 99,81 % des crédits Migac aux établissements en 2007 et les poids relatifs de chaque région dans le total des Migac entre le début et la fin de campagne 2007 sont restés globalement stables.

Les établissements privés ont obtenu en 2007 53,17 millions d'euros de Migac, soit 0,9 % de l'enveloppe totale contre 0,7 % en 2006 et 0,4 % en 2005. Ce taux varie en 2007 de 0,3 % à 2,2 % selon les régions. « Ce faible poids (en progression toutefois constante depuis 2005) ne doit pas surprendre dans la mesure où la notion même de Migac correspond majoritairement à des missions non prises en charge dans les établissements privés », explique le ministère.

Près des deux tiers des MIGAC ont financé les plans et programmes de santé publique (18,5 % du total des mesures nouvelles), celles relatives au personnel (18,5 %), la poursuite du plan Hôpital 2007 et des aides à l'investissement (10,6 %) et le renforcement des enveloppes régionales d'aide à la contractualisation (15,9 %).

S'agissant des crédits d'aide à la contractualisation, les crédits ont augmenté de 27 % entre 2006 et 2007 passant de 1,5 milliard d'euros à près de 1,9 milliard.

Les crédits d'aide à la contractualisation, 36,7 % du total des crédits Migac, se regroupent dans six catégories: l'investissement (45,2 %, soit 856 millions d'euros), la restructuration et l'accompagnement des établissements déficitaires dans le cadre de contrats de retour à l'équilibre (22,4 %), le développement d'activité (7,8 %), le renforcement de l'offre existante (6,8 %), le maintien d'une activité déficitaire dans le schéma régional d'organisation sanitaire (Sros, 2,4 %) et autres (15,1 %).

Le rapport confirme une attribution plus transparente grâce notamment à une mise à jour annuelle de la liste des MIG qui garantit la « sécurité juridique de la liste pour une année budgétaire complète et facilite la mise à jour annuelle par les ARH de l'avenant MIG du CPOM ».

Il rappelle notamment que la liste des MIG n'ouvre pas automatiquement droit à financement sur une simple base déclarative des établissements et que les ARH doivent fixer le montant alloué pour chaque mission dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) après négociation. Il souligne également que la dotation Migac n'est pas sanctuarisée et peut participer à un éventuel plan de retour à l'équilibre, le financement à 100 % des MIG n'étant pas automatique.

Les remontées d'informations des dotations sont optimisées grâce à un guide d'aide à la contractualisation sur les Migac, mis à disposition des ARH et des professionnels.

DÉPÊCHES

8 DÉCEMBRE 2008

COMMUNIQUÉ DE PRESSE CÉSARIENNE FHP-MCO

Voici le communiqué de presse que la FHP-MCO a envoyé à ce jour.

Notre équipe est à votre disposition sur ce sujet.

TAUX DE CÉSARIENNE DANS LES CLINIQUES PRIVÉES :

LA FHP-MCO DENONCE LES PROPOS DE LA FHF

L'augmentation du taux de césarienne est un facteur qualité et un phénomène mondial.

L'amélioration des indicateurs de morbidité en périnatalité est directement corrélée à l'augmentation du taux de césarienne. En effet, il y a 20 ans, on ne pratiquait pas de césarienne pour les naissances en siège et on acceptait un taux de 2 % de séquelle neurologique. Ce taux serait totalement inacceptable aujourd'hui. Il en est de même avec les enfants en surpoids où des séquelles dystrophiques étaient observées par accouchement par les voies naturelles.

L'évolution est inéluctable.

L'Italie revendique un taux de 37,5 % de césarienne.

Arrêtons la querelle aveugle et stérile des données brutes : le public réalise 19,6 % de césarienne et le privé en réalise 21,5 % !

D'ailleurs, 2 fois plus de césariennes ont été réalisées dans le public (110 000) que dans le privé (51 000).

L'argument économique en faveur de la césarienne en clinique est faux et fallacieux. L'étude de coût réalisée par le ministère de la santé et diffusée en octobre 2008 démontre qu'un établissement privé perd 347 euros à chaque fois qu'une césarienne est effectuée dans ses murs !...

Le praticien est de son côté rémunéré 313,50 euros quel que soit le mode d'accouchement (voie naturelle ou césarienne).

Aucune dérive médico-économique n'est soupçonnable tant du côté des praticiens que des cliniques privés. Remettre en cause notre éthique et celle de nos praticiens est purement scandaleux.

De plus, nos maternités sont soumises au même cahier des charges et réglementation qu'une maternité publique. A ce titre, nous garantissons la même permanence des soins 24h00 sur 24, 7 jours/7 pour tout mode d'accouchement sans distinction.

Les évolutions de notre société

Depuis plusieurs années, les professionnels de la naissance constatent des évolutions notables : âge de plus en plus tardif des mamans, développement de la procréation médicalement assistée.

A l'écoute de leurs parturientes, les gynécologues-obstétriciens libéraux prennent en compte ces évolutions sociétales. A l'inverse de leurs homologues publics, ce sont eux qui réalisent les accouchements de leur cliente.

Aujourd'hui plus encore qu'hier une grossesse est précieuse. Sur le plan éthique et sécuritaire, on ne nous reprochera jamais une césarienne, alors que l'absence de césarienne sera préjudiciable toute la vie de l'enfant.

Nous soutenons fermement nos praticiens dont l'éthique et le professionnalisme ont été mis en cause par des propos diffamatoires.

16 DÉCEMBRE 2008

ATIH VERSION 11 DES GHM

Nous vous invitons à consulter la une du site de l'ATIH intitulée :
Version 11 des GHM : informations 15/12/2008

<http://www.atih.sante.fr>

<http://www.atih.sante.fr/?id=00022000BoFF>

Version 11 des GHM : GHM, CMA, codes CIM-10, guide méthodologique

Version 11 des GHM : GHM, CMA, codes CIM-10, guide méthodologique

Afin de permettre la préparation des établissements à la version 11 des GHM, l'ATIH met à disposition les informations les plus attendues : les GHM, les nouvelles CMA avec leurs niveaux, les nouveaux codes CIM-10 et le chapitre IV du guide méthodologique.

Tous ces documents sont à considérer comme provisoires et ne sont publiés que pour aider les responsables de DIM à anticiper les informations qu'ils auront à diffuser avant l'application de la version 11. C'est la raison pour laquelle les fichiers sont proposés au format Excel et non au format pdf afin de pouvoir les intégrer facilement dans des programmes d'information ou d'analyse de données en ce qui concerne les nouvelles CMA.

Le fichier des GHM fournit le libellé des racines de GHM (sauf pour les CMD 14, 15 et 25), les 3 premiers caractères du numéro de GHM et les niveaux de sévérité qui s'appliquent à chaque racine avec la signification suivante :

- 1-4 pour les 4 niveaux ;
- Z pour une racine non éligible aux 4 niveaux ;
- J pour un GHM d'activité ambulatoire ;
- T pour un GHM de très courte durée ;
- E pour un GHM destiné aux RSA de patients décédés ;
- A, B, C ou D pour les niveaux des CMD 14, 15 et 25.

Les numéros de GHM sont volontairement incomplets car un certain nombre d'entre eux n'ont pas encore leur numérotation définitive.

Le fichier des CMA ne comprend pas les nouveaux codes CIM-10 étendus qui seront des CMA et comprend des codes pères qui seront modifiés dans la version définitive. Certains niveaux sont également susceptibles d'être modifiés.

Le fichier CIM-10 pour 2009 ne contient que les codes ajoutés. Les modifications de libellés, d'inclusions, d'exclusions ou de notes ainsi que les suppressions ne font pas partie du document provisoire.

Le chapitre IV du guide méthodologique : il présente les modifications du chapitre IV de la version actuelle du guide (fascicule spécial n° 2006/2 bis modifié du Bulletin officiel) : définitions et consignes de recueil des diagnostics et des actes du RUM. Toutefois seule la publication à venir du Guide méthodologique complet au Bulletin officiel pourra être considérée comme la référence officielle.

DÉPÊCHES

16 DÉCEMBRE 2008

OBSERVATOIRE CTC CONSEIL

Nous vous invitons à prendre connaissance de la Synthèse de l'Observatoire Economique des Cliniques réalisée comme chaque année par le cabinet CTC Conseil, ainsi que le communiqué de presse qui a suivi.

Le message de la dégradation des comptes de nos établissements adressé à nos tutelles (en 2007, 33 % des établissements sont en déficit, soit 337 cliniques) a bien été repris par la presse (AFP, le Monde, le Figaro, APM, le Quotidien du Médecin, Décision Santé...).

COMMUNIQUÉ

Observatoire économique et financier des cliniques MCO - CTC conseil

La baisse des résultats rend la situation économique des cliniques préoccupante.

Le cabinet CTC conseil qui a mis en place depuis plusieurs années l'Observatoire économique et financier des cliniques MCO vient de présenter avec la Fédération de l'Hospitalisation privée FHP et le syndicat de spécialité FHP-MCO les résultats des cliniques de médecine, chirurgie et d'obstétrique sur l'année 2007.

Les chiffres clés marquent une dégradation sensible des résultats

- L'évolution du chiffre d'affaires de 2006 à 2007 s'est sensiblement ralentie avec un taux de +1,8 % en régression par rapport aux années précédentes
- La masse salariale a progressé de +2,8 % sachant que les frais de personnel constituent le plus gros poste de charges (53 %)
- La MBA - marge brute d'autofinancement – baisse à un taux de 6,40 % du chiffre d'affaires contre 6,69 % en 2006
- Le résultat d'exploitation et le résultat net se dégradent conduisant pour ce dernier à un ratio Résultat net/chiffre d'affaires de +1,9 % en données nationales corrigées. Il faut souligner que les cliniques spécialisées de petite taille souffrent particulièrement avec un ratio qui s'est dégradé à 0,9 %.
- Au niveau du bilan, le fonds de roulement atteint un seuil limite de 1 tandis que le besoin en fonds de roulement augmente.

En 2007, c'est 33 % des établissements qui sont en déficit, soit 237 cliniques. Une clinique par semaine ferme ou se regroupe avec un autre établissement.

Des perspectives préoccupantes

« Ces résultats constituent un signal d'alarme. Nous voulons pouvoir investir au service des patients. Il n'est pas acceptable que l'assurance maladie ne nous finance aujourd'hui qu'à hauteur de 90 % de nos charges » a déclaré Lamine GHARBI, Président de la FHP-MCO.

Les remboursements de l'Assurance maladie ne couvrent en effet que 90 % des charges des cliniques. Les 10 % manquants proviennent des produits annexes comme les chambres particulières.

Sur l'année 2008, le ralentissement de l'activité s'est confirmé et laisse augurer d'une année 2009 également en baisse au niveau du volume.

« Avec un Ondam à 3,3 %, nous souhaitons que nos tarifs en 2009 nous permettent de faire face à nos difficultés. Il n'est plus possible que des prélèvements MIGAC destinés à financer les établissements de santé publics déficitaires pénalisent le taux d'évolution des tarifs » a conclu Jean-Loup DUROUSSET, Président de la FHP.

5 JANVIER 2009

DOSSIER D'AUTORISATION EN CANCÉROLOGIE

Le traitement du cancer est désormais une activité de soins soumise à autorisation de l'ARH (art. L 6122-1 et R.6122-25 du code de la santé publique), après avis du comité régional d'organisation sanitaire.

Cette activité est encadrée par des conditions d'implantation et par des conditions techniques de fonctionnement fixées réglementairement par :

Le décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et modifiant le code de la santé publique.

DÉPÊCHES

Ce décret détermine le champ de l'autorisation et sa déclinaison spécifique en modalités thérapeutiques : traitement médical, chirurgical ou réalisé par radiothérapie externe, par curiethérapie ou par utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées des tumeurs solides et hémopathies malignes.

Il conditionne l'autorisation ou son renouvellement au respect de **seuils d'activités** pour certaines thérapeutiques : chirurgie, radiothérapie externe, chimiothérapie. Pour la chirurgie, ces seuils sont précisés pour certains appareils anatomiques ou par pathologie (chirurgie du sein, chirurgie digestive, chirurgie urologique, chirurgie du thorax, chirurgie gynécologique et chirurgie ORL) (**arrêté du 29 mars 2007**). Il permet, pour les établissements se situant lors de l'autorisation dans une activité au moins égale à 80 % du seuil d'activité minimale, d'accorder l'autorisation, sous réserve de l'atteinte du seuil dans un délai précisé (18 ou 36 mois).

La circulaire n° DHOS/O/INCA/2008/101 du 26 mars 2008 diffuse la méthode élaborée pour analyser l'activité de traitement du cancer soumise à des seuils d'activité. Le guide annexé à la circulaire permettra à l'ensemble des acteurs de s'approprier la méthodologie utilisée et de mesurer, de manière homogène, le niveau d'activité réalisée et soumise à seuils.

Le décret n° 2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux **conditions techniques de fonctionnement** applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.

L'INCA a également défini des critères d'agrément, arrêtés lors du conseil d'administration du 20 décembre 2007 (et devenus opposables en vertu du décret du 13 juin 2008).

Les établissements autorisés auront un **délai de 18 mois à compter de la date d'autorisation pour se mettre en conformité** avec les dispositions de ces deux décrets (36 mois lorsque l'autorisation concerne l'exercice de l'activité de soins par la modalité de radiothérapie externe pour la condition d'activité minimale annuelle ainsi que pour la disposition particulière concernant l'autorisation dérogatoire d'un site isolé de radiothérapie externe avec un seul accélérateur).

J'ai le plaisir de porter à votre connaissance le dossier type d'autorisation pour les activités de cancérologie. Certaines régions ont déjà entamé des démarches notamment de la part des A.R.H.. Ce dossier vient constituer une aide à l'élaboration de votre demande d'autorisation. Les calendriers peuvent varier d'une région à une autre. Il vous appartient donc d'être vigilant sur le calendrier régional.

J'attire également votre attention sur l'intérêt de porter vos engagements normatifs sur des minima afin d'éviter toute problématique sur ceux-ci lors de l'évaluation de votre dossier.

8 JANVIER 2009

TROIS DÉCÈS DURANT LES FÊTES DE NOËL : UN TRIPLE ENJEU

Le premier concerne bien évidemment le fait que l'organisation (plus que sur celui des moyens) des réseaux des urgences doit être établie en fonction des compétences disponibles et non de la nature juridique des établissements. La présence ou non d'un service de réanimation doit être intégrée dans le processus de décision relatif à l'orientation des patients. Pour reprendre les termes du Professeur Guy Vallancien, « Les Français se fichent d'être pris en charge dans un hôpital ou une clinique, ils veulent avant tout des soins de haute qualité et en payer le juste prix sans devenir les otages des querelles de chapelle et de clan ». Face aux enjeux de santé publique de notre nation, il est urgent de stopper les attitudes sectaires et dogmatiques. Rappelons tout de même que de nombreux établissements de santé privés assurent une prestation de service d'urgences qui n'est pas nécessairement reconnue.

Le deuxième porte sur le fait que les demandes de placement doivent utiliser une terminologie médicale adaptée. Selon que l'on demande « une place en réanimation » ou « la réalisation d'une coronarographie en urgence nécessitant très probablement une place en réanimation », la réponse

DÉPÊCHES

ne sera pas forcément la même. L'information doit impérativement être transmise de manière pertinente, au moment opportun et à la bonne structure, indépendamment de son statut. Le troisième est celui des moyens. Le Président de la République, Monsieur Nicolas SARKOZY a rappelé que. « Si l'augmentation indéfinie des moyens était la réponse à tout, cela se saurait ! ». Effectivement, la réponse n'est pas nécessairement dans le « toujours plus », mais bien dans la recherche de l'efficacité organisationnelle. A titre d'exemple, concernant les services de réanimation, comment expliquer un écart de 1 à 10 de la « couverture » de la population d'une région à une autre ? Par ailleurs, Monsieur le Ministre Eric WOERTH a clairement pris position sur la situation de l'Hôpital « La part des dépenses de santé consacrée à l'hôpital est de 64 % en France, contre 50 % en moyenne pour les pays de l'OCDE. Il y a très peu de suppressions de postes à l'hôpital et la règle du non-remplacement d'un fonctionnaire sur deux ne s'applique pas dans la fonction publique hospitalière. » Les discours de nos hommes politiques évoluent indéniablement. Mais, ce n'est pas suffisant. Il convient maintenant que cela se traduise dans les actes de décision et de gestion. La planification est de la responsabilité de l'État. Il lui appartient de mieux coordonner les critères d'autorisation d'une région à une autre en s'appuyant sur les compétences présentes et les besoins de la population. Le statut juridique n'est en rien un critère discriminant d'une prise en charge médicale et paramédicale adaptée. Il appartient aussi à l'État d'être plus efficace dans la maîtrise budgétaire de ses hôpitaux et de mettre fin aux quelques 750 millions de déficit.

12 JANVIER 2009

4^E TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Un nouvel indicateur de résultat basé sur les infections à staphylocoques dorés résistants à la pénicilline (SARM) figurera au prochain tableau de bord.

Il s'agit d'une densité d'incidence de SARM calculée sur 3 ans (2005 à 2007) et non sur une année, sa valeur étant trop fluctuante.

La somme des infections à SARM sera divisée par le nombre de journées d'hospitalisation ; la différence entre les cas acquis ou importés ne sera pas faite.

Sa valeur sera donnée pour 1000 journées.

L'ambulatoire, la HAD, les MECSS et les établissements comptabilisant moins de 90 000 journées sur trois ans ne seront pas concernés. Les données SARM seront publiées mais les établissements ne seront pas classés.

Ce 4^{ème} tableau comprendra par ailleurs les données 2007 des 4 indicateurs déjà mis en place (Icalin, Icsa, Surviso, ICATB). Un score agrégé sera calculé sur ces 4 indicateurs mais ne prendra pas en compte le SARM.

Ces informations seront rendues officielles par le ministère fin janvier.

12 JANVIER 2009

PROJET DE DOSSIER-TYPE RELATIF À LA PROCÉDURE D'AUTORISATION DES ACTIVITÉS DE CANCÉROLOGIE

La semaine dernière, nous vous adressions, un projet de dossier-type relatif à la procédure d'autorisation des activités de Cancérologie. Pour répondre à certaines questions que nous avons eues, nous souhaitons vous apporter les précisions suivantes portant, d'une part, sur les modalités de calcul de l'activité de traitement du Cancer et, d'autre part, sur la cancérologie pédiatrique.

1) Proposition pour le calcul de l'activité de traitement du cancer en chirurgie

Les dossiers de demande d'autorisation de traitement du cancer pour la chirurgie prévoient que les établissements communiquent le nombre d'interventions réalisées :

- pour les 6 activités soumises à seuils, selon la méthodologie élaborée par l'INCa (circulaire du 26 mars 2008)
- pour les autres disciplines, sans aucune méthode spécifiée

Après consultation de l'INCa qui ne souhaite pas actuellement élaborer de méthode mais ne conteste pas notre proposition, nous vous conseillons de retenir la méthode suivante pour effectuer vos calculs.

DÉPÊCHES

Cette méthode s'inspire largement de celle retenue pour l'évaluation des OQOS (arrêté du 8 juin 2005) pour la chirurgie des cancers et reprend les critères généraux de la méthodologie pour les activités soumises à seuils (circulaire DHOS/INCa du 26 mars 2008)

Les séjours permettant de mesurer l'activité de chirurgie cancérologique non soumise à seuil seront sélectionnés sur trois critères suivants :

1° Présence d'un Diagnostic Principal (DP) de cancer (recherche d'un code CIM-10 de tumeur invasive, in situ ou à évolution imprévisible)

2° Présence d'un acte opératoire classant, repéré par le caractère chirurgical du Groupe Homogène de Malades (GHM) dans lequel est classé le séjour (3ème caractère du code du GHM égal à C)

3° Age du patient égal ou supérieur à dix-huit ans.

Vous trouverez en pièce jointe la liste des codes CIM 10 de cancers concernant les activités non soumises à seuils. Pour ce faire, nous avons pris l'ensemble des codes CIM 10 de cancers (invasif, in situ ou à évolution imprévisible) auquel nous avons soustrait les codes CIM 10 retenus pour les activités soumises à seuils.

2) Cancérologie pédiatrique

La prise en charge des patients de moins de 18 ans a fait l'objet de critères spécifiques, qui viennent compléter les critères d'agrément déjà publiés pour la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie (pour les plus de 18 ans). Ils ont été adoptés par le Conseil d'Administration de l'INCa le 17 décembre 2008.

13 JANVIER 2009

FACTURATION SURVEILLANCE CONTINUE

Avancement des travaux concernant les nouvelles modalités de facturation de la surveillance continue (à priori applicables au 1er mars 2009)

Ce nouveau système vient mettre fin au régime dérogatoire applicable depuis deux ans pour les établissements ayant la possibilité de facturer des prestations de type « SRA/SSC » (annexes de 1978). Il se substitue à l'actuelle tarification de surveillance continue « SRC » aujourd'hui d'un montant de 73€47.

Sur les modalités de facturation des patients en Surveillance Continue

Le séjour concerné doit réunir les conditions suivantes :

1. Se dérouler dans une unité de soins continus reconnue.
2. Réunir des critères médicaux:

Malades sortant de réanimation (supplément réanimation)

ou

IGS sans l'âge > 6 et au moins un élément de la liste dite diagnostique

ou

IGS sans l'âge >= 15

ou

Acte de la liste des interventions nécessitant une surveillance répétée et méthodique.

Les listes pressenties de diagnostics et d'actes, que vous pouvez télécharger ci-dessous, ne devraient évoluer qu'à la marge.

Sur le montant du supplément de la Surveillance Continue

Le montant de ce supplément n'est pas connu à ce jour. La demande de la FHP-MCO est d'obtenir un niveau équivalent à celui des soins intensifs (suppléments « STF »), à savoir 321€96.

Nous restons sur ce sujet aussi dans l'attente des arbitrages du cabinet de la Ministre.

14 janvier 2009

L'hôpital doit être un modèle d'adaptabilité au XXIe siècle

<< L'hôpital doit être un modèle d'adaptabilité au XXIe siècle >>

DÉPÊCHES

Lors de ses deux dernières interventions sur la santé les 9 et 11 janvier dernier, Nicolas Sarkozy a tenu un discours offensif appelant au changement, même si le ton vis à vis des personnels se voulait plus « affectueux »: « La France vous aime » a-t-il déclaré ! 2009 ne sera pas une année d'annonces mais de « résultats tangibles, concrets, perceptibles par tous... La réforme de l'hôpital est une des priorités du Gouvernement pour 2009, elle l'est pour moi » a-t-il affirmé.

« Entre 1998 et 2008, la France au travers des dépenses de l'assurance maladie au profit des hôpitaux a augmenté le budget de près de 50 %, c'est 23 milliards d'euros de plus pour l'hôpital et les cliniques ». Pour mémoire, l'ONDAM 2009 s'élève à 69 milliards d'euros, ce qui correspond à une augmentation de 3,1 %.

Nicolas Sarkozy a appelé les hôpitaux et les cliniques à mettre en place des indicateurs de qualité qui permettront de « valoriser la performance ».

Temps d'attente réduit de moitié

En 2006, un ministre, un député et un directeur d'hôpital ont fait auditer les Urgences de l'hôpital Beaujon (AP-HP). Les consultants ont observé les allées et venues des malades et du personnel hospitalier. Le film passé en accéléré ressemblait à « panique dans une fourmière » ! Sans augmentation des moyens, l'application de leurs recommandations ont permis de réduire de moitié le temps d'attente des malades et augmenté la satisfaction des salariés. Dont acte !

Ça suffit la pagaille !

Revenant sur les décès survenus à l'hôpital en fin d'année, Nicolas Sarkozy déclarait « Ça suffit la pagaille en la matière... chacun, en ville comme à l'hôpital, doit prendre sa part de la charge que représentent ces urgences potentielles ». Les futures ARS auront une « responsabilité unique » des urgences et des soins non programmés. Roselyne Bachelot a été félicitée par l'Élysée et Matignon pour avoir tenu tête aux syndicats de médecins, et en particulier à Patrick Pelloux, qui demandaient sa démission. À propos de la coqueluche des médias depuis la canicule, elle déclarait « M. Pelloux n'est pas du tout représentatif, c'est un manipulateur politique. Il n'est pas du tout populaire parmi ses confrères ». La FHP et la FHP-MCO sauront rebondir sur ces déclarations lors de la réunion « de crise » sur les urgences avec l'ensemble des acteurs, organisée le 20 janvier par le ministère.

Une confiance des Français renouvelée

Selon un sondage CSA du 9 janvier, les Français font confiance à 77 % à l'hôpital public. C'est un point de moins que dans le sondage CSA réalisé pour l'Expansion en 2004.

S'agissant des urgences des hôpitaux publics, 72 % des personnes interrogées ont déclaré avoir tout à fait ou plutôt confiance dans leur fonctionnement. Des différences sont toutefois à noter : en Ile-de-France, 63 % des personnes interrogées sont satisfaites, contre 74 % ailleurs ; les femmes, les jeunes et les catégories sociales supérieures sont plus critiques.

14 JANVIER 2009

10 MILLIONS D'ÉCONOMIE EN SUPPRIMANT LES DOUBLONS A L'AP HP

L'AP HP se lance dans la réforme de son siège et dans le regroupement des 38 établissements actuels en 13 groupes hospitaliers.

Le siège se répartit sur une vingtaine de sites qui coûtent 350 millions d'euros. 10 millions seront économisés par le biais des effectifs, baisse de 10 à 15 %, et la suppression de doublons, déclarait Benoît Leclercq, directeur général.

L'AP HP affiche un déficit de 37 millions d'euros en 2008 qui serait plutôt dû à l'augmentation du poste des médicaments, la hausse des matières premières et légèrement à la hausse des dépenses de personnel. A fin novembre, l'activité 2008 avait progressé de 3 %, un taux supérieur à l'objectif fixé.

À savoir : L'AP HP emploie 90 000 personnes alors que le secteur privé dans son ensemble pèse 120 000 salariés et 35 000 praticiens.

DÉPÊCHES

Les CHU seront réformés

Vendredi 9 janvier, Nicolas Sarkozy a missionné le Professeur Jacques Marescaux pour diriger une commission de réforme des CHU qui rendra ses conclusions à la mi-avril. Il a appelé à faire la "révolution" dans les CHU en estimant qu'il "faut une réalisation tranchant absolument avec la situation actuelle". La réforme sera ensuite conduite par Valérie Pécresse, ministre de la recherche et de l'enseignement supérieur.

"En 2006, la France assurait 4,2 % des découvertes mondiales en recherche biomédicale contre 6,7 % pour l'Allemagne et 8,6 % pour le Royaume Uni. À effectifs et budgets sensiblement identiques, les chercheurs britanniques produisent donc deux fois plus de savoir que leurs homologues français" a-t'il dénoncé en reprenant les conclusions d'un rapport rendu public jeudi.

Un milliard en 2008

"Il manquera 800 millions ou plus probablement un milliard en 2008, dont 450 millions pour les CHU, et le secteur public part avec un handicap de 500 millions en 2009" déclarait Gérard Vincent, délégué général de la FHF. La FHF évaluait à 750 millions d'euros en 2007 l'écart entre ce qu'il faut pour maintenir l'existant et ce que donnait l'ONDAM.

20 JANVIER 2009

CCAM - FACTURATION DE L'ACTE HGQD002 ET FORFAIT VIDÉO-CAPSULE

Facturation HGQD002 et forfait rémunérant la vidéo-capsule

Nous avons été destinataire d'une information portant sur la version 15 de la CCAM contenant notamment les modalités de facturation de l'acte HGQD002 et du forfait rémunérant la vidéo-capsule qui l'accompagne.

Il nous a été indiqué que les modalités de facturation électronique (B2, SESAM Vitale) seront précisées dans une circulaire CNAM-TS en cours de diffusion.

Dans l'attente de la mise à disposition de la circulaire, nous vous adressons un document présentant un exemple de facturation électronique du forfait VDE par un établissement (flux B2).

21 JANVIER 2009

ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES GRAVES ET ENQUÊTE ENEIS2

Les événements indésirables graves (EIG) liés aux soins sont un thème de préoccupation majeure, à la fois pour les usagers, les professionnels de santé et les décideurs.

La réduction des EIG figure parmi les objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Il y a cinq ans, pour répondre aux besoins exprimés par la DGS et la DHOS, une enquête pionnière - dite ENEIS - avait été réalisée. Son but : connaître l'incidence des EIG, analyser leurs causes immédiates et comprendre comment on peut, au mieux, les éviter. Les résultats de cette enquête ont fait l'objet de plusieurs publications et sont actuellement la référence en France en la matière. En accord avec la DGS, la DHOS, l'InVS, l'Afssaps et la HAS, la DREES va rééditer cette enquête en 2009 selon les mêmes principes.

L'enquête sera effectuée sur un échantillon aléatoire représentatif d'établissements de santé publics et privés et sera réalisée dans des unités de soins sélectionnées par tirage au sort. Des enquêteurs externes à l'établissement, infirmiers diplômés d'Etat et médecins, rencontreront respectivement le cadre de santé et un médecin de l'unité pour identifier les patients présentant un événement indésirable grave.

DÉPÊCHES

Compte tenu du sujet, nous sommes particulièrement attentifs à la confidentialité des données recueillies. Cette étude a obtenu l'avis favorable d'opportunité du Conseil national de l'information statistique (CNIS). Elle bénéficiera des dispositions de la loi de 1951 qui confèrent un statut « d'enquête statistique publique » permettant de garantir aux établissements enquêtés le secret statistique de manière absolue et pérenne. Le protocole respectera également les exigences de la CNIL sur les données individuelles ainsi que les dispositions de la loi du 4 mars 2002.

Les établissements de santé de notre secteur ont peu participé à la première enquête ENEIS. Pourtant, l'intérêt de ce type d'enquête et les garanties présentées par les pouvoirs publics en terme de confidentialité des données des établissements, militent pour que les établissements privés s'y engagent. En l'espace de 5 ans, la culture de gestion des risques des établissements s'est considérablement étendue.

Par ailleurs, deux groupes travaillent sur la déclaration des EIG :

- Un COPIL, piloté par l'InVS, destiné à mettre en place et encadrer l'expérimentation de déclaration des EIG
- Un groupe juridique organisé par la DGS qui réfléchit, avec les experts concernés, aux questions juridiques posées par la mise en place de l'expérimentation, afin de rédiger le décret d'application prévu par l'article L.1413-16 du code de la santé publique

23 JANVIER 2009

COMMUNIQUÉ DE PRESSE : LISTE NOIRE DU MINISTRE DE LA SANTE

La FHP et la FHP-MCO réaffirment leur engagement en matière de qualité des soins et de transparence vis-à-vis des patients

La FHP et la FHP-MCO se félicitent de la forte évolution du taux des cliniques et hôpitaux privés classés en catégorie A dans le Tableau de bord des infections nosocomiales. Ces résultats illustrent les progrès accomplis sur ces dernières années en matière de lutte contre les infections associées aux soins.

Néanmoins, dans le cadre du classement 2009 de L'Express, la publication de la « Liste noire du ministère de la Santé » attire plusieurs commentaires :

- Ce n'est pas un seul critère de qualité, aussi important soit-il, qui peut donner une information pertinente aux patients en matière de qualité. Seule une démarche globale tenant compte de multiples indicateurs, est en mesure d'apporter la garantie aux patients.
- C'est ainsi que l'indicateur Survivo, qui a trait à la surveillance des infections du site opératoire, ne saurait, pris isolément, établir l'existence de faibles taux d'infections nosocomiales.
- Dans ces conditions, il est regrettable de mettre à l'index des établissements qui n'ont pas pu participer à la surveillance de leurs sites opératoires une seule année donnée (le classement est établi à partir de données relatives à 2007). Cette manière de faire, ne tient pas compte de l'obligation faite à un établissement de raisonner globalement sa gestion des risques.

Les professionnels de l'hospitalisation privée sont engagés depuis de nombreuses années dans les démarches qualité ainsi qu'en témoignent les résultats des démarches de certification.

Plus globalement « Notre responsabilité de professionnels de santé nous oblige à tout mettre en œuvre pour diminuer drastiquement le nombre des événements indésirables graves à court terme. Il n'y a pas de bons ou de mauvais élèves épinglés un jour, il y a une dynamique d'amélioration continue de nos pratiques à observer tous les jours et par l'ensemble de nos équipes » a déclaré Lamine GHARBI, Président du Syndicat national FHP-MCO.

« Notre implication dans les processus d'amélioration continue de la qualité et notre volonté de renforcer la transparence de l'information vis-à-vis des patients sont totales. En 2009, nous allons poursuivre nos travaux dans ces domaines en partenariat avec les associations de patients » a précisé Jean-Loup Durousset, Président de la FHP.

L'Hospitalisation privée se veut en effet moteur de l'évolution en marche.

26 JANVIER 2009

CAMPAGNE TARIFAIRE 2009

Voici les seules informations dont nous disposons à ce jour concernant la campagne 2009 :

- Une réunion aux alentours du 06 février pour discuter des arbitrages ;
- Une réunion le 13 février destinée à nous présenter la synthèse des arbitrages ;
- La tenue de réunions régionales.

5 réunions sont organisées par la DHOS dans la semaine du 16 au 20 février rassemblant les établissements de santé publics et privés concernés :

- Une réunion à Paris organisée par l'ARHIF qui rassemblera les établissements concernés d'Île-de-France, Centre, Nord-Pas-de-Calais, Picardie, DOM/TOM le 17 février à 9h30 (et non 14h30)
- Une réunion à Lyon organisée par l'ARH RA et qui rassemblera Auvergne, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon, Corse le 18 février à 9h30
- Une réunion à Bordeaux organisée par l'ARH Aquitaine et qui rassemblera Limousin, Poitou-Charentes, Midi-Pyrénées le 16 février à 14h30
- Une réunion à Rennes organisée par l'ARH Bretagne et qui rassemblera Basse-Normandie, Haute-Normandie, Bretagne, Pays de la Loire le 20 février à 14h30
- Une réunion à Nancy organisée par l'ARH Lorraine et qui rassemblera Lorraine, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Bourgogne, Alsace le 19 février à 14h30

Soyez assurés que nous resterons extrêmement vigilants sur les propositions qui nous seront effectuées. Des actions seront arrêtées lors du prochain Bureau et Conseil d'Administration. Des actions fermes doivent être envisagées dans le cas où nos propositions, qui ont été remises au cabinet de la Ministre, n'auraient pas été prises en compte.

Je vous rappelle notre ligne politique qui été communiquée.

La position de la FHP-MCO relative à la campagne tarifaire 2009 est la suivante :

1° La ligne politique est inchangée :

La FHP-MCO est favorable à la modernisation de la tarification dans le sens d'une meilleure équité de la rémunération des différentes activités. Mais elle ne peut pas accepter d'engager ses établissements dans cette logique, en l'absence d'engagements précis, quantifiés et datés sur le processus de convergence intersectorielle. Par conséquent, la FHP-MCO ne saurait envisager de voir modifier l'échelle tarifaire des GHS tant que les pouvoirs publics n'auront pas commencé à honorer leurs engagements initiaux en faveur de la convergence tarifaire.

Revaloriser les 487 GHM déficitaires pour un coût de 493 millions d'euros.

Nous proposons aussi que l'ENCC ne constitue pas la référence de manière systématique.

2°. De plus, des enjeux de santé publique nous amènent à prendre d'autres options que la seule ENCC. La LFSS a d'ailleurs sur ce point allégué la référence à l'ENCC.

Nos priorités sont les suivantes :

- Les tarifs de la chirurgie ambulatoire ne doivent pas baisser pour être en cohérence avec les ententes préalables et constituer un incitatif à son développement.
- Les tarifs de cancérologie, notamment la chimiothérapie ambulatoire, doivent faire l'objet d'une attention particulière à une période où le processus de reconnaissance d'activité est en cours dans de nombreuses régions. Les enjeux de santé publique sont ici fondamentaux. A ce titre, il convient de soutenir cette activité par une politique tarifaire volontariste.
- Les tarifs de soins palliatifs doivent eux aussi attirer notre attention à un moment où une volonté politique est annoncée pour renforcer ce type de prise en charge, que ce soit dans des unités individualisées ou des lits identifiés.
- Les activités de chirurgie cardiaque et d'une manière générale de cardiologie interventionnelle, constituent là aussi des enjeux importants à un moment où le processus de reconnaissance d'activité doit être profondément modifié. Il convient de soutenir

DÉPÊCHES

cette activité par une politique tarifaire adaptée, d'autant que l'ENCC ne peut être prise en compte sur cette thématique.

- La tarification des activités de césarienne et des bébés.
- Enfin, la tarification des activités « lourdes » de réanimation, de surveillance continue et de soins intensifs constitue une véritable problématique depuis de nombreuses années en raison de l'insuffisance tarifaire. Il convient de soutenir les établissements de santé privés qui assurent les prises en charge les plus lourdes afin qu'ils ne se découragent pas et qu'ils continuent à afficher leur volonté d'assurer, au sein de leur métier, des prises en charge complexes.

27 JANVIER 2009

4 PROPOSITIONS DE LA MINISTRE

Suite à la première des deux réunions prévues au ministère pour comprendre les décès accidentels survenus dans des établissements hospitaliers durant les fêtes, et dans l'attente de rapport IGAS prévu pour mars, Roselyne BACHELOT a fait part de 4 propositions :

- moderniser la régulation : le futur DGARS aura un pouvoir d'intervention en cas de nécessité. Il devra disposer des informations exhaustives et actualisées issues des établissements de santé. Le dispositif initié dans le cadre du plan Hôpital 2012 dans cet objectif sera renforcé.
- désengorger les centres 15 et libérer du temps pour la régulation médicale. Présentation à venir d'une plate-forme internet et téléphonique permettant une information directe des citoyens. 10 M€ seront débloqués sur deux ans afin de généraliser ce dispositif dans toutes les régions (dispositif pilote en Gironde).
- pour le circuit du médicament : un groupe d'experts sera missionné afin d'auditer les défaillances du circuit du médicament et de proposer un référentiel opposable et réaliste, incluant toutes les contraintes de sécurité, de fiabilité, et de traçabilité.
- soumettre au débat les différentes options relatives à la continuité des soins. Mme la ministre demande aux médecins libéraux de lui faire des propositions très rapidement. N'hésitez pas à nous faire part des vôtres afin que la FHP-MCO soit une réelle force de propositions également.

3 FÉVRIER 2009

CAMPAGNE TARIFAIRE 2009. LES CLINIQUES MCO PRENNENT LES DEVANTS

Article publié le 30.01.09 par l'agence de presse HOSPI MEDIA

Dans l'attente des arbitrages du ministère de la Santé concernant la campagne tarifaire 2009, le syndicat FHP-MCO fait part dans un communiqué de l'inquiétude des directions des établissements hospitaliers privés sur le sujet.

Les enjeux de cette campagne sont élevés, souligne-t-elle. "Les effets cumulés de la mise en oeuvre de la V11, l'évolution du coefficient de technicité, de la surveillance continue et des tarifs dans leur ensemble vont impacter selon les simulations jusqu'à plus ou moins 20 % le chiffre d'affaires des établissements", estime la FHP-MCO.

Or, rappelle-t-elle, selon l'Observatoire économique des cliniques MCO, 33 % des établissements étaient déficitaires en 2007 et un grand nombre parvenait juste à l'équilibre. Pour ces derniers, "la très faible augmentation des tarifs attendue sera catastrophique", indique la FHP-MCO, qui précise qu'une présentation définitive de cette campagne par le ministère est prévue le 13 février prochain, pour se poursuivre en région au sein des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) du 16 au 20 février.

DÉPÊCHES

4 FÉVRIER 2009

CAMPAGNE TARIFAIRE 2009 NOUVELLE STRUCTURE DU FICHER D'EXPORT NOÉMIE

La CNAMTS vient de nous adresser, par l'intermédiaire de la DHOS, la documentation relative à la nouvelle structure du fichier d'export Noémie (fichier SSI), « table des GHS/GHT » mise à jour au 29/01/2009, ainsi que des précisions quant aux règles de traitement de la valeur de fin de séjour notée « B ».

Cette nouvelle valeur de nature d'interruption ou de fin de séjour « B » sert surtout à « signaler » les séjours minorés selon la nouvelle règle « EXB ». Cette information est utile pour le cas de séjours avec une « sortie normale » (cas général : remplacement du code « S » par le code « B »).

Néanmoins, dès qu'intervient un des événements listés ci-dessous, les codes « habituels » sont prioritaires en regard du code « B » :

Pour une durée de séjour inférieure au seuil bas et selon les événements suivants :

- Transfert < 48 h (échange) : code « E » et GHS réduit (base de remboursement et montant dépense) ;
- Transfert > 48 h (établissement A à établissement B) : code « T » et GHS réduit ;
- Transfert > 48 h (établissement A à établissement B puis retour dans l'établissement A) : code « T » + GHS réduit et code « R » avec coefficient réducteur sur le GHS retour (pour un GHM identique).

Rappel : lorsque le code interruption est similaire à « E »/« T »/« R », le numéro finess de d'établissement est obligatoire.

- Transfert MCO/PSY (établissement mixte) : code « P » et GHS réduit.
- Décès : code « D » sans minoration du GHS.

La FHP MCO se tient à votre disposition pour de plus amples informations si nécessaire.

9 FÉVRIER 2009

INDICATEURS IPAQ

Les premiers résultats portant sur les indicateurs IPAQ issus de l'expérimentation 2007, réalisée auprès d'une centaine d'établissements de santé publics et privés sont aujourd'hui publiés. Ces tableaux de bord doivent vous permettre de positionner les résultats de votre établissement par rapport à ceux de l'échantillon.

Il s'agit bien là des résultats de l'expérimentation et les tableaux de bord sont susceptibles d'évoluer dans le cadre de la généralisation en cours.

Alors, à vous de piloter !

10 FÉVRIER 2009

PRODUITS ET PRESTATIONS EN SUS

Je vous informe que la liste des produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation est disponible sur le site internet de la CNAMTS www.ameli.fr.

Elle est consultable et/ou téléchargeable à partir du chemin d'accès suivant : dans l'espace « Professionnel de santé », puis « Directeur d'établissement de santé » ou « Médecin », dans « Codage », puis « la Liste des produits et prestations » et enfin « La L.P.P. en sus des prestations d'hospitalisation ».

Ce document permet de connaître l'ensemble des dispositifs médicaux pris en charge en sus

DÉPÊCHES

d'une prestation d'hospitalisation dans les secteurs public et privé et indique pour chaque code LPP, l'effectivité de la prise en charge du code, en fonction du secteur d'activité de l'établissement, les dates réglementaires (arrêté et JO) liées au code ainsi que les dates d'effet.

Cette liste des Produits et prestations figurant sur la liste T2A est actualisée au Journal Officiel du 29 janvier 2009.

12 FÉVRIER 2009

L'IGAS LANÇAIT UN PAVÉ DANS LA MARRE QUELQUES JOURS AVANT L'ÉTUDE DU PROJET DE LOI HPST

L'IGAS se montre très critique sur les écarts de rémunération qui existent à l'hôpital entre les spécialités. Selon le rapport, ils sont liés à la PDS et sont "déconnectés" de l'activité réelle des praticiens et de leur implication dans la gestion de l'hôpital. A titre d'exemple, des médecins sont en "sous activité" manifeste au sein de l'hôpital et très engagés dans des activités extérieures" mais aucune incitation à faire de l'activité n'est mise en œuvre. Un autre exemple cite les anesthésistes et urgentistes qui, du fait des indemnités de garde, tirent beaucoup mieux leur épingle du jeu.

L'IGAS critique aussi la CCAM en pointant la forte disparité entre les revenus des médecins libéraux et hospitaliers, mais également une tarification des actes plus favorable aux spécialités médico-techniques qu'aux spécialités cliniques (le revenu d'activité moyen déclaré aux impôts par les radiologues atteint 168 000 euros, celui des généralistes 71 000 euros). A noter qu'au sein même des spécialités, les disparités sont très fortes et sont souvent liées aux dépassements d'honoraires.

Le rapport identifie trois défauts majeurs à la CCAM : "un champ limité, des faiblesses structurelles dans la détermination du coût de la pratique et l'absence d'articulation avec la tarification des établissements dans le cadre de la T2A."

L'IGAS formule 23 recommandations pour renforcer le pilotage des politiques de rémunération des praticiens et notamment une nouvelle CCAM pour "refonder les rémunérations sur des bases plus objectives et en cohérence avec les enjeux stratégiques du système de soin". "Différenciée selon les spécialités", la nouvelle CCAM devra être "étendue à toutes les activités" et devra "valoriser les charges liées à l'environnement des activités médicales de manière articulée avec la tarification des établissements". Pour chaque spécialité, l'ensemble des activités serait analysé et pondéré avec des critères tels que "la compétence, la responsabilité et la pénibilité". Pour le secteur public et PSPH, l'IGAS propose de "développer un management des équipes médicales liant les rémunérations à l'activité et aux résultats". Dans le secteur privé, l'IGAS recommande d'élargir les contrats conclus entre les praticiens libéraux et les établissements privés pour qu'ils prennent en compte les activités transversales ou d'intérêt général.

Activité libérale à l'hôpital

Le rapport révèle que le montant total des honoraires et dépassements perçus au titre de l'activité libérale à l'hôpital s'élevait à 311,5 millions d'euros en 2007, se décomposant comme suit : 250,4 millions pour les honoraires et 61,1 millions pour les dépassements.

Sur les 43 593 praticiens pouvant statutairement prétendre à cette activité, 4 452 l'exerçaient, dont 61 % en secteur 1. La chirurgie, la gynécologie et la radiologie concentrent la moitié des effectifs. Le rapport épingle également les activités extérieures : contributions scientifiques, expertises, consultations auprès de laboratoires...pour des sommes pouvant aller de 1 500 à 5 000 euros.

L'IGAS souligne les dérives souvent ignorées par les directions des établissements et pratiquées par un nombre limité de praticiens (en secteur 2 à Paris, le dépassement est en moyenne de 366,5 % du tarif de la sécurité sociale et plus précisément de 417,5 % pour les chirurgiens). L'IGAS suggère, entre autres, l'élaboration d'une "charte déontologique".

Dernière circulaire d'allocation campagne tarifaire 2008 : 3,276 millions d'euros attribués au secteur privé.

Le Ministère vient de diffuser la 3ème et dernière circulaire d'allocation dans le cadre de la campagne tarifaire 2008. 3,276 millions soit 1,26 % sont attribués au secteur privé sur une enveloppe de 259 millions.

- 1,030 million est dédié au processus de correction du coefficient de haute technicité (48 établissements concernés)

DÉPÊCHES

- 1,983 million est dédié au soutien des maternités en difficulté (24 maternités concernées ; sur les 30 dossiers défendus, 6 ont été écartés sur des critères économiques objectifs, à savoir des résultats déficitaires sur 2006 et 2007 en cumulé.)
 - 200 000 euros sont dédiés au financement des ex POSU (3 établissements concernés)
 - 70 000 euros sont dédiés aux cliniques vertes (isolées sur leur territoire) (1 clinique)
- Ces attributions correspondent à des demandes de la FHP, relayées par la FHP-MCO.

16 FÉVRIER 2009

CAMPAGNE TARIFAIRE 2009 : DÉBRIEFING DE LA RÉUNION AU MINISTÈRE DU 13 FÉVRIER

Des réponses à nos 6 priorités

- Chirurgie ambulatoire : tarif unique ambulatoire/hospitalisation pour 18 GHM,
- Cancer : approche globale – effet revenu maîtrisé à « au pire » -1 %,
- Soins Palliatifs : création d'un GHM « court séjour » et action forte pour les unités dédiées,
- Césariennes et maternité : respect du rapport tarifaire actuel accouchement voie basse et césarienne,
- Chirurgie cardiaque/activités lourdes : pas de baisse des prix des GHS dont le tarif est supérieur au coût et augmentation des autres GHS dont le coût est supérieur au tarif,
- Activités de Surveillance Continue : tarifs à 80 % du tarif Soins Intensifs.

Pas de publication des tarifs des GHS, mais, des explications sur la méthodologie tarifaire (garde-fous)

- Chirurgie ambulatoire : pas de baisse de plus de 30 % de l'écart entre le prix et le coût.
- Exemple : un GHS a un coût de 200 et un tarif de 300. Le nouveau tarif sera de 270.
- Régime spécifique pour la cataracte avec un garde fou complémentaire (à la mesure ci-dessus) de 10 % du tarif existant.
- Exemple : un GHS a un coût de 100 et un tarif de 200. Le nouveau tarif sera de 180.
- Des variations de l'effet revenu par CMD maîtrisé entre -2 % et 3 % (sauf en cancérologie et soins palliatifs – cf. ci-dessus)
- Effets revenus globaux avec prise en compte : effet brut V11/ENCC à 173 millions d'euros. Effet « repère » en prenant en compte les priorités à 154 millions (schéma cible). Pour 2009, 61 millions de redistribution soit 0.8 % de la masse financière.

Coefficient Haute Technicité : 62 GHM désignés + actions ciblées sur autre GHM

- 236 millions à redistribuer jusqu'en 2012
- 59 millions pour 2009
- GHM gagnant au titre V11/ENCC : 25 % du chemin à parcourir en 2009
- Maintien des tarifs pour les autres GHM dit « perdant » en 2009
- Autres actions sur GHS non compris dans la liste des 62 : répartition sur tous les autres GHS de la chirurgie.

Surveillance Continue : 80 % du tarif des Soins Intensifs

Applicatifs du nouveau dispositif [Liste diagnostic avec IGS, sortie de Réa, listes actes CCAM]

DMI : Intégration de 3 types de dispositifs

- Implants de réfection de paroi,
- Implants Colpo-suspension,
- Grains d'IODE.

Financement de la Précarité : 58 Cliniques (pour 5 millions d'Euros) éligibles en régions Ile-de-France, DOM, PACA, Nord-Pas-de-Calais, Languedoc.

Autres points

- Objectif : maîtriser les effets revenus par une politique d'Aide à la Contractualisation.
- Maintien de la politique des coefficients de transition existants

DÉPÊCHES

- OD MCO + MIGAC : +3,5 %
 - dont OD MCO : + 3,3 %
 - dont MIGAC : + 4,6 % (hors effet champ PDS et Précarité)
- Financement de la PDS médicale du public par MIGAC pour 760 millions.

Le compte n'y est pas : mobilisons-nous ! Rapprochez-vous de vos FHP région pour coordonner la présence massive et bruyante de la profession lors des 5 réunions régionales de présentation de cette campagne tarifaire au cours desquelles une motion commune sera lue. Aujourd'hui, première réunion à Bordeaux !

16 FÉVRIER 2009

ENQUÊTE DHOS PROGRAMME DE GESTION DES RISQUES

Afin d'évaluer la situation des établissements de santé au regard des recommandations contenues dans la circulaire DHOS E2-E4 n° 176 du 29 mars 2004, relative à la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé, la DHOS a confié la réalisation d'une enquête au Cabinet DEDALE.

Les répondants à l'enquête sont les ARH, les DRASS et les autres structures régionales d'appui à la gestion des risques, ainsi que les établissements de santé publics, PSPH et privés.

Cette enquête a été validée par le Comité des Enquêtes de la DHOS, puis testée auprès de structures et d'établissements volontaires. À aucun moment la FHP-MCO n'a été sollicitée pour valider cette démarche.

Aussi, faisant suite à un débat en Conseil d'Administration, en l'absence de participation de notre fédération, et face à l'absence d'informations sur la campagne tarifaire 2009, il est recommandé de ne pas participer à cette enquête.

Espérant pouvoir compter sur une absence massive de participation à ce questionnaire, je vous en remercie.

16 FÉVRIER 2009

COMMUNIQUÉ DE PRESSE : CAMPAGNE TARIFAIRE 2009 - LE COUPERET VIENT DE TOMBER

(Voici le communiqué que la FHP-MCO a envoyé à la presse suite au rendez-vous au ministère cet après-midi).

Campagne tarifaire 2009 : 0,47 % d'augmentation des tarifs de l'activité hospitalière privée en médecine, chirurgie, obstétrique

L'hospitalisation privée s'enfonce davantage dans la crise !

Le couperet vient de tomber : après une très laborieuse phase de calcul, le cabinet de la ministre vient d'annoncer aux représentants de l'hospitalisation privée le taux d'augmentation des tarifs à partir duquel chaque établissement va pouvoir élaborer son budget 2009 : 0,47 %.

Par ailleurs, une enveloppe de 100 millions d'euros est débloquée au titre de crédit de contractualisation pour les établissements publics et privés perdants du fait de l'effet mécanique de l'impact des nouvelles règles du jeu 2009, c'est-à-dire l'application des résultats de l'Etude Nationale de Coûts et la mise en œuvre de la V11 qui voit le nombre des GHM multiplié par 3.

La distribution de cette enveloppe est laissée à la discrétion des ARH. Par ailleurs, les services de la DHOS évaluent l'impact de ces nouvelles règles à + ou - 5 % sur le chiffre d'affaires pour 2009. A terme, la profession évalue l'effet à + ou - 20 %.

Depuis 2005, les tarifs de ce secteur ont augmenté de 1 % (2009 : 0,47 ; 2008 : 0,5 % ; 2007 : 1 % ; 2006 : -1 %) !

L'effet ciseau tant redouté entre les revenus et les charges aura en 2009 un effet catastrophique sur la santé économique et sociale des établissements privés.

L'augmentation de la masse salariale, qui représente la moitié environ des charges, augmente annuellement de façon mécanique de 2 points. L'ensemble des charges a explosé : énergie, restauration, transports, traitement des déchets... Soulignons enfin le besoin constant d'investissement du secteur.

DÉPÊCHES

Pour Lamine GHARBI, Président du syndicat national FHP-MCO, « Cette campagne tarifaire est totalement inacceptable. De plus, le ministère fait preuve d'un amateurisme incroyable : à 14 jours de la mise en place de la réforme, il s'avère totalement incapable de nous donner les simulations et les impacts établissement par établissement ».

Si le dossier n'était pas aussi sérieux – rappelons que 30 % des établissements vont avoir une baisse de recettes de plus de 10 % – on pourrait presque en rire. C'est malheureusement dramatique, dans un secteur où déjà 33 % des établissements sont déficitaires. Si nous devions prendre en charge nos patients comme nous traite le ministère, nous serions face à une catastrophe sanitaire majeure.

Le ministère est toutefois disposé à nous communiquer les simulations de la V11/ENCC par établissement, à condition de disposer d'une autorisation écrite d'accès à vos données, aussi, nous vous prions de bien vouloir nous retourner l'attestation ci-jointe dans les meilleurs délais

25 FÉVRIER 2009

PROPOS DE R. BACHELOT SUR RTL DIMANCHE SOIR

"L'hôpital n'est pas une entreprise, c'est un service public", déclarait dimanche soir Roselyne BACHELOT sur RTL.

La ministre souhaite-t-elle rassurer ses troupes ou n'a-t-elle jamais eu l'intention de réformer profondément le secteur public ? L'hospitalisation privée est-elle un secteur dont on attend demain la prise en charge de missions de service public et/ou des entreprises auxquelles les financements adhoc seront refusés ? ...Ou l'art de toujours répondre ce que son interlocuteur veut entendre.

Interrogée à propos de la loi HPST sur RTL dimanche soir, la ministre de la santé Roselyne BACHELOT ajoutait : "j'ai voulu défendre un hôpital qui, pour résoudre ses difficultés, va se recentrer autour de son cœur de métier, c'est-à-dire un projet médical élaboré par des médecins à qui je donne un véritable pouvoir à l'hôpital" ; elle poursuit "par ailleurs, l'hôpital a besoin de moyens et il a besoin d'organisation" mais il n'est pas "rationné" ajoute-t-elle en soulignant l'augmentation de son budget de 3,1 % et les deux milliards d'euros "d'argent frais" en sus.

Hôpital 2012 : deux fois plus d'argent pour la Guadeloupe

"Je veux vraiment accélérer l'effort que je fais pour la Guadeloupe" indiquait-elle également.

"D'ores-et-déjà dans le plan que je défends, le plan d'investissement (le plan Hôpital 2012), j'ai décidé par tête d'habitant de consacrer deux fois plus d'argent aux habitants des Antilles qu'à un habitant de la métropole et je vais continuer".

27 FÉVRIER 2009

CODAGE UCD REPORT DU CALENDRIER

Nous vous informons d'une modification du calendrier concernant la mise en place du codage UCD initialement prévue au 1er mars 2009. Nous sommes intervenus tant auprès de la CNAMTS que de la DHOS pour obtenir un report. Nous avons obtenu une réponse favorable à notre demande dans les conditions suivantes :

DÉPÊCHES

« Étant donné les difficultés que vous me remontez et eu égard à la superposition de la mise en œuvre de la V11 et de celle du codage UCD, nous répondons favorablement à votre demande. Ainsi, nous ne refuserons la facturation des produits en sus des prestations d'hospitalisation non codés qu'à partir du 1er avril 2009. Bien évidemment nous accepterons en mars les flux contenant les codages UCD. »

27 FÉVRIER 2009

CIRCULAIRE DHOS CAMPAGNE TARIFAIRE 2009

Vous trouverez ci-joint la circulaire de la DHOS portant sur la mise en œuvre de la campagne tarifaire 2009 dans les établissements de santé privés MCO. Cette circulaire rappelle plusieurs grands points connus de la profession, à savoir :

- L'utilisation de la V11.11 avec un renvoi au site de l'ATIH (www.atih.sante.fr),
- Les modalités de facturation pour les séjours à cheval au 1er mars 2009. Sur ce point, nous demandons de faire preuve d'une plus grande souplesse dans la possibilité de réaliser des avoirs/refacturations.
- Les tarifs qui seront disponibles sur le site de la CNAMTS (www.ameli.fr) quelques jours après leur publication au JO. Nous restons à ce jour dans l'attente de cette publication.
- La prise en compte des coefficients de transition.

Il est à souligner que cette circulaire ne rappelle pas que le Coefficient Haute technicité (CHT) est supprimé au 1er mars 2009. Une partie de cette somme est allouée à l'allocation tarifaire de 62 GHS (cf liste jointe), et l'autre partie, à la revalorisation du Forfait Haute Technicité (FHT).

L'arrêté prestation publié hier est également joint à cette dépêche.

28 FÉVRIER 2009

PUBLICATION ARRÊTÉ TARIFICATION 2009

Je vous informe que l'Arrêté relatif à la tarification 2009 des établissements de santé privés MCO a été publié. Une note synthétique est jointe. Sur la base des attestations reçues, nous demanderons au Ministère les simulations d'impact de la V11/ENCC. Des simulations internes seront également réalisées par l'équipe de la FHP-MCO. Par ailleurs, je vous informe qu'un Conseil d'Administration Exceptionnel a été fixé le 11 mars prochain en lieu et place du Bureau initialement prévu. L'objet premier de ce Conseil sera d'arrêter les actions, notamment juridiques, à conduire dans le cadre de cette campagne tarifaire 2009.

6 MARS 2009

INFORMATION ET RECOMMANDATIONS SUR LES CONTRÔLES T2A

Point d'information et recommandations sur les contrôles T2A

La campagne de contrôle 2008 a débuté depuis quelques mois, du fait des contraintes de la mise à jour des outils de contrôle et de la disponibilité des données d'activité.

Nous nous permettons aujourd'hui d'attirer votre attention sur les trois grandes thématiques de la campagne en vous faisant part de quelques retours d'expériences, à savoir :

I. Quelques données sur les ATU :

Définitions [Article R 162-32 du CSS]

La prise en charge des frais occasionnés par les soins dispensés dans les services et les unités d'accueil et de traitement des urgences est assurée par des forfaits ATU « accueil et traitement des urgences ».

Ces forfaits sont facturés pour chaque passage non programmé dans un service d'urgence autorisé dès lors que ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation en MCO au sein de l'établissement.

DÉPÊCHES

Les contrôles

- Ces contrôles ne concernent que les ex-DQN, du fait de l'absence de facturation individuelle des établissements ex-DG.
- Le but est d'identifier les éventuelles « reconvoctions » correspondant donc à des consultations programmées : sélection des établissements présentant les taux les plus élevés d'ATU répétitifs.

• Attention :

Dans certaines régions, les médecins conseils ont contesté la notion d'urgence en se basant sur la définition de l'urgence au sens CCAM * (possibilité pour le médecin de facturer des majorations la nuit, les dimanches et les jours fériés), et en enlevant la référence à la nuit et aux jours fériés.

L'UCR et l'ARH de ces régions ont accepté les arguments des établissements, au motif que « la nature de l'urgence, réelle ou ressentie, n'entre pas dans les conditions de facturation d'un ATU ».

* Définition CCAM de l'urgence permettant de facturer un modificateur à l'assurance maladie (§ 19.03.01) = « réalisation d'un acte non prévu 8 heures auparavant entre 20h et 8h, le dimanche ou un jour férié, pour une affection mettant en danger la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et entraînant la mobilisation rapide de ressources humaines et matérielles »

II Quelques données sur les CMA :

Définitions

- Initialement, les CMA étaient « les diagnostics associés dont la présence, toutes choses étant égales par ailleurs, augmente la durée de séjour d'au moins 24 heures dans 75 % des cas » (Manuel des GHM -ATIH)
- Il s'agit de diagnostics, symptômes et autres motifs de recours significatifs d'une majoration de l'effort de soins et de l'utilisation des moyens par rapport au seul diagnostic principal - DP - en raison, soit :
 1. D'une prise en charge supplémentaire (investigation, traitement) du fait d'une affection nouvelle : par exemple cystite aiguë pendant le séjour (= DAS cystite).
 2. D'un problème préexistant, pris en charge au cours de l'hospitalisation : exemple d'un diabétique hospitalisé pour un autre motif principal (= DAS diabète car son traitement est poursuivi et mobilise des moyens).
 3. D'une complication pendant le séjour.
- Cette pathologie alourdit le séjour. Ce n'est donc pas un ATCD guéri ou une maladie stabilisée non traitée, ni un facteur de risque
- La thérapeutique doit être prescrite et dispensée par l'établissement
- Il doit y avoir mobilisation de ressources intrinsèques à l'établissement
- Les CMA sont répertoriées dans une liste exhaustive de diagnostics concernant l'ensemble des GHM.

Depuis la version 4, les codes appartenant à la liste « CMA » ne sont plus considérés systématiquement comme des CMA et une liste d'exclusions a été élaborée.

Cette liste comprend les affections qui, associées à un DP, ne constituent pas une complication significative. Ainsi, le DP d'ulcère gastroduodéal avec hémorragie est incompatible avec le DAS d'hémorragie digestive.

Trois conditions doivent donc être remplies pour qu'un RSS soit classé dans un GHM avec CMA :

1. qu'un code appartenant à la liste « CMA » soit mentionné comme DAS
 2. que le DP du RSS n'exclut pas le caractère CMA de l'affection
 3. que le GHM soit segmenté « avec ou sans CMA » (W / V)
- > La CMA permet de mieux valoriser le séjour

Important - Quelques conseils

Nécessaire traçabilité dans le dossier patient de la majoration d'effort de soins et de

DÉPÊCHES

l'utilisation de moyens

- Moyens humains
- Moyens techniques : biologie, radiologie
- Moyens thérapeutiques : attention ils doivent être issus de la pharmacie de l'établissement et non un traitement personnel

La tenue du dossier patient est donc fondamentale car même si le codage de la CMA est justifié, les contrôleurs peuvent le refuser si rien n'est mentionné dans le dossier

Les contrôles

- Les contrôles ciblent les établissements ayant un taux de GHM compliqué / GHM non compliqué supérieur à la référence nationale.

Deux raisons principales peuvent expliquer cet écart :

1. La lourdeur des patients pris en charge dans l'établissement : par exemple la pose de pacemakers chez des insuffisants cardiaques.
2. Le « surcodage » :
 - Codage anémie post-hémorragique quand utilisation de « cells-saver ».
 - Asthme sans traitement particulier ou traitement personnel du patient.

III – Quelques données sur les Soins palliatifs

2 types de contrôles :

1. Contrôles administratifs = reconnaissances contractuelles (contrôle de facturation).
2. Contrôles sur site : adéquation du codage à la prise en charge des patients. Il n'existe pas de référentiels, ni de critères d'inclusion des patients, malgré nos demandes itératives. Les travaux menés par la SFAP depuis plusieurs années n'ont toujours pas abouti. L'assurance maladie a élaboré un arbre de décision afin d'harmoniser les décisions des médecins contrôleurs.

Malgré cet arbre décisionnel, remise en cause par les médecins conseils du codage en soins palliatifs.

- Patients « sortis vivants »
- Patients décédés trop rapidement après l'hospitalisation
- Patients ayant eu chimio ou radiothérapie

Définition retenue par la CNAMTS

Pathologie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale
 + Prise en charge multidisciplinaire coordonnée
 + Prise en charge associant au moins 3 soins de support (douleur, prise en charge psychologique, nursing, divers symptômes vecteurs d'inconfort – toux – dyspnée - nausées, nutrition, kinésithérapie, prise en charge sociale)

En conclusion

- Ciblage plus performant dans le privé (DATIM + bases de facturation assurance maladie)
- Contrôles portant sur les activités « mal définies » (séjours 0 j, soins palliatifs, surveillance continue)
- Importance de la traçabilité dans le dossier patient
- Ne pas hésiter à nous remonter les dossiers litigieux pour que nous intervenions auprès de la CNAMTS

Les services de la FHP-MCO, et tout particulièrement le Dr Martine BINOIS, sont à votre disposition pour toutes difficultés lors des contrôles.

DÉPÊCHES

9 MARS 2009

CAMPAGNE TARIFAIRE 2009 - V11-ENCC

La campagne tarifaire 2009 a été, et reste encore, complexe à ce jour. De nombreuses modifications viennent se cumuler :

- Nouvelle « règle du jeu » de détermination des tarifs sur la base des coûts issus de l'ENCC (et non sur les tarifs historiques),
- Multiplication des tarifs avec la V11 (trois fois plus),
- Nouvelle « règle du jeu » de rémunération de la Surveillance Continue,
- Trois nouveaux DMI intégrés dans les tarifs : Implants de réfection de paroi, implants Colposuspension, Grains d'IODE
- Nouvelle règle de rémunération de la Haute Technicité (suppression du Coefficient de Haute Technicité)
- Nouvelle règle de rémunération de la Précarité (58 cliniques désignées)

Cette remise à plat des « règles du jeu » de la T2A rend difficile la mesure des impacts et appelle à être prudent dans les évaluations.

Lors des réunions régionales, l'État nous a annoncé « un serpent de recettes » des établissements variant de -5 % à +5 %.

Nous avons demandé les simulations d'impacts sur nos établissements auprès de la DHOS. Nous restons dans l'attente de leur communication.

Cependant, les services économiques de la FHP, du BAQIMEHP et de la FHP-MCO ont travaillé toute la semaine dernière à construire des évaluations des impacts de l'application de la V11/ENCC.

Je vous informe que nous sommes en mesure de vous communiquer des données chiffrées dès ce lundi 9 mars à partir de 20 heures sur le site de la FHP. Vous pouvez y accéder en utilisant votre code secret d'adhérent. En cas d'oubli, je vous invite à contacter le standard de la FHP.

Je tiens à attirer votre attention sur les limites de l'exercice. Ces simulations ont été effectuées avec les données dont on disposait, à savoir :

- V11.1 bis et non V11.1.1,
- Données 2007,
- CMA existantes dans la base. Je vous rappelle que sur 2000 CMA tarifantes en V10C, 1000 ont été retirées et 2000 ajoutées dans la V11.1.1. C'est le « DRG Creep. »

J'ajoute que ces évolutions de recettes sont à moduler par VOS SOINS de l'impact de :

- l'intégration des 3 DMI (effet mécanique de croissance du Chiffre d'Affaires),
- la suppression du Coefficient Haute Technicité (même si le Forfait Haute Technicité augmente de 50 %)
- l'évolution de votre coefficient de transition qui viendra impacter en positif ou en négatif la présente simulation

En effet, nous ne disposons pas de ces données par établissement.

De plus, ces simulations sont effectuées hors effet du nouveau dispositif de surveillance continue et de la fin du régime dérogatoire de facturation des S.R.A..

J'ajoute que le manuel de groupage des GHM V11 est en ligne sur le site de l'ATIH (cf. fichiers joints). L'arrêté relatif à la modification de la liste LPP concernant les trois DMI est attendu pour cette semaine.

Les services économiques de la FHP (David CASTILLO), du BAQIMEHP (Eric NOEL) et de la FHP-MCO (Thierry BECHU) sont à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

J'invite les établissements en situation défavorable à adresser, sans attendre, une lettre à leur Agence Régionale de l'Hospitalisation afin de se positionner pour pouvoir bénéficier de l'enveloppe d'Aide à la Contractualisation. Je rappelle que la campagne tarifaire 2009 prévoit une enveloppe de 100 millions d'euros pour accompagner les établissements subissant des effets négatifs de l'application de la V11/ENCC. (cf. lettre type jointe).

Je rappelle qu'un Conseil d'Administration exceptionnel se tient ce mercredi 11 mars 2009 afin de faire un point sur cette campagne tarifaire et envisager les actions à conduire.

ATTENTION : un arrêté modificateur des tarifs a été publié samedi.

10 MARS 2009

FACTURATION DES MONITORINGS

Vous trouverez ci-joint la circulaire relative à la mise en œuvre de l'application de la facturation des Monitorings publiée ce lundi 9 mars 2009. En voici, quelques extraits :

« 1° Quelle prise en charge ? »

La prise en charge par l'assurance maladie concerne le monitoring fœtal pratiqué, en dehors d'une hospitalisation, par les sages-femmes salariées des établissements « ex-Q0N » dans le cadre d'une grossesse pathologique, au troisième trimestre de la grossesse, sur prescription d'un médecin.

Dans ces conditions, et à titre dérogatoire, l'assurance maladie prend en charge le libellé suivant du livre III de la liste des actes et prestations (NGAP) :

Observation et traitement au cabinet d'une grossesse pathologique, au troisième trimestre, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal, sur prescription d'un médecin :

- grossesse unique : 12 SF,
- grossesse multiple : 19 SF.

Cet acte, en raison de sa nature, ne justifie ni une hospitalisation de jour (GHS), ni la facturation d'un forfait (SE, ATU, FFM). L'établissement de santé ne peut donc facturer pour cet acte ni une prestation hospitalière, ni d'autres actes CCAM pour cet acte.

Le tarif de cet acte est identique à celui des professionnels de ville et évolue de la même façon. Sa facturation s'effectue au tarif conventionnel, mais sans dépassement d'honoraire pour la parturiente.

Cet honoraire est réglé exceptionnellement à l'établissement (et non à la sage-femme salariée).

Comme l'acte est réalisé après le premier jour du 6^e mois de grossesse, il est pris en charge à 100 % sur le risque maternité (avec application du tiers payant).

« 2° Quelles conditions permettant la facturation du monitoring fœtal ? »

Pour que la facturation du monitoring fœtal à titre dérogatoire puisse être mise en œuvre, les conditions suivantes doivent être remplies :

- l'établissement a signé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L 6114-1 du code de la santé publique avec l'agence régionale de l'hospitalisation
- il est autorisé par décision de l'ARH à exercer l'activité d'obstétrique ;
- il encadre cette pratique :

1. en mettant en place une organisation spécifique permettant :

- de dédier nominativement une ou plusieurs sages-femmes à l'exercice du monitoring fœtal, de manière à distinguer cette situation de celle où un obstétricien libéral exerçant à la clinique emploie et rémunère une sage-femme pour effectuer des actes ;
- la prise en charge adaptée des parturientes par un médecin compétent en cas d'anomalie détectée lors du monitoring fœtal ;

2. l'acte correspondant est rémunéré au tarif conventionnel (impossibilité de dépassement) ;

3. la prescription médicale et les comptes rendus de soins effectués par les sages-femmes dans ce cadre sont conservés pour être mis à disposition d'un éventuel contrôle médical de l'assurance maladie.

A cet effet, la clinique adresse à la CCDP un courrier comportant ses engagements sur ces trois conditions ; elle lui fait connaître la ou les sages-femmes concernées par le présent dispositif (cf.courrier-type en annexe de la circulaire). »

DÉPÊCHES

17 MARS 2009

PERTINENCE DES ACTES

La CNAMTS a lancé un programme d'étude en 2008, qu'elle poursuit en 2009, sur la réalisation des actes opératoires, encore appelé « étude sur la pertinence des actes ». Au moins deux régions ont connu ou connaissent cette démarche mise en œuvre sur le terrain.

Sur demande de la FHP en septembre 2008, des travaux ont été lancés à la fin du dernier trimestre 2008 par le BAQIMEHP afin d'apporter une première approche consistant à réaliser un état des lieux sur 11 activités :

- Appendicectomies,
- Cholécystectomies,
- Coloscopies réalisées dans le cadre d'une hospitalisation de jour,
- Angioplasties coronaires,
- Pontages aortocoronariens,
- Chirurgie de la cataracte,
- Chirurgie du canal carpien,
- Traitement chirurgical des hernies discales par abord vertébral postérieur,
- Ménissectomies sous arthroscopie,
- Prostatectomies transurétrales et destructions de lésions de la prostate par radiofréquence,
- Exérèse des veines saphènes.

Les résultats de cette étude sont détaillés dans les trois documents ci-joints. Ils constituent une première base de travail mais ne sauraient, à eux seuls, asseoir un argumentaire robuste sur l'analyse comparative des niveaux de production des soins entre régions. En effet, les données PMSI ne caractérisent que de façon très limitée les caractéristiques épidémiologiques des populations prises en charge.

Les services du BAQIMEHP et de la FHP-MCO sont à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Nous avons demandé les résultats nationaux de ces études à la CNAMTS. Dès communication, nous ne manquerons pas de vous les transmettre. D'ores et déjà, nous vous communiquons les résultats de la région Languedoc-Roussillon.

17 MARS 2009

TARIFS REPÈRES

La construction des tarifs de la campagne tarifaire 2009 a été élaborée en passant par quatre étapes.

1. Les tarifs bruts : Tarifs proportionnels aux coûts observés définitifs de l'échelle privée,
2. Les tarifs repères : Tarifs intégrant les plans de santé publique,
3. Les tarifs initiaux : Tarifs limitant les effets revenus pour les établissements de santé,
4. Les tarifs définitifs pour 2009 : Tarifs appliqués aux établissements de santé, sous contrainte du respect de l'ODMCO 2009.

Ces derniers tarifs sont ceux qui ont été publiés par Arrêté le 28 février dernier. Ils prennent en compte la masse de l'ODMCO et les effets volumes prévisionnels.

Nous sommes aujourd'hui en possession des tarifs repères (cf. fichier joint) qui constituent les tarifs cibles pour les trois à quatre années à venir. Nous vous invitons à les analyser car ils préfigurent de la tarification de demain. A titre d'exemple, le GHM 02C051 « Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, niveau 1 » a un tarif repère de 658,3 euros au lieu 993,45 euros en 2009. Autre exemple, le GHM 08C241 « Prothèses de genou, niveau 1 » a un tarif repère de 3200,62 euros au lieu de 3144,18 euros en 2009.

Nous vous proposons de revenir vers vous dans les prochaines semaines, après la mise en œuvre de la campagne tarifaire 2009 dans nos établissements, avec des simulations portant sur des données 2008 réalisées avec ces tarifs repères.

DÉPÊCHES

23 MARS 2009

DÉMATÉRIALISATION ET FINANCEMENTS

Maternités - Financements FMESPP - Projets volontaires de dématérialisation du premier certificat de santé de l'enfant - Généralisation prochaine de la dématérialisation d'une plate-forme de traitement des données.

Le bulletin officiel du 15 février dernier contient une circulaire (Circulaire DHOS/01 n° 2008-374 du 23 décembre 2008 téléchargeable ici) datée du 23 décembre relative au financement par le FMESPP dans trois régions (sur 9 volontaires) – Ile-de-France, Lorraine et Picardie – de projets relatifs à la dématérialisation (et à la sécurisation) du premier certificat de santé de l'enfant.

Dans ces trois régions, sont éligibles à un financement FMESPP les dépenses engagées par les maternités ayant eu recours à des prestations d'assistance à maîtrise d'ouvrage pour réaliser les connecteurs nécessaires à la connexion à une plate-forme de traitement des données, laquelle devrait être disponible d'ici à la fin du mois de mars 2009.

Les maternités – volontaires – susceptibles de bénéficier de ces financements devront avoir été identifiées par l'ARH.

Par ailleurs, il convient de souligner que la DHOS, dans la même circulaire, invite l'ensemble des régions « à prévoir dès à présent (!) la possibilité de dématérialisation du premier certificat de l'enfant et de la connexion au format de référence de la plate-forme », les spécifications techniques nécessaires devant être diffusées au cours du premier semestre 2009.

24 MARS 2009

QUELLES SONT LES PRIORITÉS POUR LES CONTROLES T2A 2009 ?

Certaines prestations figuraient déjà dans les priorités des années précédentes, notamment les séjours avec CMA et CMAS, les soins palliatifs, les hospitalisations à temps partiel (frontière entre actes externes et hospitalisation) et les ATU (Urgences). Sur ce dernier point, la CNAMTS a annoncé que, malgré les contrôles précédents, certains établissements maintenaient leurs pratiques de facturation ATU [notamment de facturation pour les re-convocations]. A ce titre, les contrôles seront conduits avec comme objectif d'appliquer des sanctions financières.

Attention : l'objectif de l'assurance maladie et celui des ARH est de cibler les contrôles sur des opérations qui « rapporteront » un montant optimisé de sanctions financières, sans renoncer bien évidemment à la récupération des indus.

Je vous rappelle qu'en cas d'interrogation ou de difficultés, le Dr Martine BINOIS, Conseiller Médical, est à votre disposition pour tout renseignement.

24 MARS 2009

RÉNOVATION DES TEXTES SUR LES NORMES EN MÉDECINE ET CHIRURGIE

Rénovation des textes de 1956 portant sur les normes d'implantation et de fonctionnement des activités de médecine et de chirurgie.

Ces projets de textes, en discussion depuis plus de deux ans, devraient être présentés en CNOSS au mois de mai prochain. Le processus de publication s'est accéléré depuis novembre. Une ultime réunion s'est tenue le 17 mars afin d'entendre la position des professionnels. Ces nouveaux textes présentant trois grands types d'enjeux :

1. La fin des normes quantitatives au profit de normes de compétence. « Il faut une compétence infirmière ou bien de puéricultrice » sans précision du nombre,
2. Un nombre minimal d'interventions chirurgicales par année fixé à 1500,
3. Une réglementation plus stricte sur la prise en charge pédiatrique.

Vous trouverez ci-joint le détail des discussions au cours de cette réunion de travail du 17 mars dernier.

Ségolène BENHAMOU et Pascal DELUBAC, Pilotes de la Commission Normes

DÉPÊCHES

25 MARS 2009

MAINTIEN DU BOYCOTT DE L'ENQUÊTE GESTION DES RISQUES

Pour faire suite aux questionnements de certains d'entre vous, je vous confirme que le Conseil d'Administration de la FHP-MCO du 11 mars 2009 a renouvelé le maintien du boycott de l'enquête menée par le cabinet DEALE, relative au programme de gestion des risques (suite à la demande de la DHOS - circulaire DHOS E2-E4 n°176 du 29 mars 2004).

1 AVRIL 2009

DONNÉES CONCERNANT LES SIMULATIONS V11 ENCC

Vous êtes nombreux à nous avoir adressé les autorisations d'accès à vos données concernant les simulations V11/ENCC. Nous serons très prochainement destinataires de celles-ci et nous vous les communiquerons dans les meilleurs délais.

Cependant, afin de m'assurer que nous avons réceptionné l'ensemble des demandes des établissements qui souhaitent entrer dans cette procédure, je me permets de vous relancer car, pour une gestion efficace de ce dossier, les autorisations ne seront plus prises en compte par les services de la DHOS à compter du lundi 6 avril 2009.

Aussi, j'invite les établissements qui ne nous auraient pas encore adressé leur attestation à la faire avant cette date.

7 AVRIL 2009

FACTURATION DES SUPPLÉMENTS - SÉJOURS A CHEVAL

J'ai le plaisir de vous informer qu'une solution technique a été mise en œuvre pour traiter la situation relative aux conditions de facturation, ou plus exactement, à l'impossibilité de facturation des séjours dits « à cheval » au 1er mars (date d'entrée en février et date de sortie en mars) car comportant des suppléments de type REA, REP, STF, SRC, SSC, SRA, NN1, NN2, NN3. Les factures comprenant des séjours pour des GHS bébé cumulables avec le GHS de la maman avec changement de coefficient MCO entre deux campagnes seront rejetées. Une évolution ultérieure prendra en compte cette correction.

Nous vous invitons à prendre contact dans les meilleurs délais avec votre Caisse Centralisatrice Des Paiements (ou caisse pivot) afin d'envisager la télétransmission de vos factures portant sur les exercices 2006, 2007 et 2008. Le délai de 27 mois étant dépassé pour l'exercice 2006, des consignes seront transmises à l'ensemble des caisses afin d'accepter le règlement des factures relevant de cette période.

21 AVRIL 2009

RÈGLEMENTATION DE L'ACTIVITÉ DE CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Voilà plusieurs mois que nous attendions la publication des textes régissant le régime d'autorisation de l'activité de cardiologie interventionnelle. Ces textes ont reçu un avis favorable lors du CNOSS du 4 décembre dernier, malgré l'opposition de la FHP et l'abstention de la FHF.

UNE ANNÉE
D'ENGAGEMENTS

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

DÉPÊCHES

Ces textes réglementaires sont parus au Journal Officiel du 16 avril 2009.

Deux décrets (un décret pris en Conseil d'État et un décret simple), ainsi qu'un arrêté fixant des seuils d'activité, réglementent désormais l'activité de cardiologie interventionnelle, en la soumettant à un régime d'autorisation, conformément à ce que prévoyait sur ce point l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003.

Les décrets n°2009-409 et n°2009-410 du 14 avril 2009 déterminent les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie.

L'arrêté du même jour fixe le nombre minimal annuel d'actes pour les activités interventionnelles que doit réaliser, par site, le titulaire de l'autorisation de pratiquer les activités de cardiologie interventionnelle :

- 50 ablations endocavitaires autres que la jonction atrio-ventriculaire pour les actes d'électrophysiologie (de rythmologie interventionnelle, de stimulation multi sites, de défibrillation y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme)
- 40 actes de cathétérisme interventionnel portant sur les cardiopathies de l'enfant, y compris les éventuelles ré interventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales. Au moins la moitié du nombre minimal annuel d'actes est réalisé sur les enfants.
- 350 actes d'angioplastie coronarienne pour les actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte que les actes électro physiologiques.

Vous trouverez en annexe une note synthétisant ces textes. Pour votre information, les courriers transmis au Ministère sur ce dossier sont également à votre disposition. Nos deux principales demandes relatives aux seuils d'activité et à l'accompagnement financier de la permanence des soins n'ont pas obtenu de réponse satisfaisante. En revanche, le délai de 16 mois pour se mettre en conformité correspond, à deux mois près, à notre exigence.

Une consultation auprès de notre avocat est en cours. Je ne manquerai pas de vous tenir informés de ses conclusions.

29 AVRIL 2009

COMMISSION NATIONALE DE LA NAISSANCE FHP-MCO

La Commission Nationale de la Naissance (CNN) a pour mission de favoriser, au plan national, une plus grande participation des usagers et des professionnels à la définition et à l'évaluation de la politique périnatale.

La CNN a débattu des différentes mesures du plan périnatalité et de son financement et a constitué des groupes ad hoc qui ont permis de définir le cadre et les conditions de mise en œuvre concernant les principales mesures.

Un groupe de travail sur les grossesses physiologiques s'est ainsi constitué et s'est réuni pour la première fois le 1er avril dernier.

Vous en trouverez en pièces jointes le compte-rendu et son annexe.

Nous vous invitons à étudier ces documents et à nous faire part de vos remarques et de vos expériences sur ce thème avant le 12 mai prochain.

Vos réactions permettront :

- de faire un état des lieux des expériences sur cette thématique au sein des maternités privées ;
- de faire des propositions lors de la prochaine réunion de ce groupe de travail, le 12 mai prochain.

Il est primordial que les Maternités privées jouent un rôle précurseur dans ce dossier. En effet, ce travail de la CNN sur les grossesses physiologiques vient compléter le travail entrepris en 2008 sur les maisons de naissance. Ces sujets correspondent à un réel besoin de société et représentent vraisemblablement une priorité des pouvoirs publics, mais aussi des établissements publics.

Marc WASILEWSKI & Gérard REYSSEGUIER

Pilotes de la Commission Naissance FHP-MCO

DÉPÊCHES

5 MAI 2009

Conditions de publication des instructions et circulaires

Le décret n°2008-1281 du 8 décembre 2008 relatif aux conditions de publication des instructions et circulaires prévoit qu'à compter du 1er mai 2009, les circulaires et instructions adressées par les ministres aux services des établissements de l'État devront être tenues à la disposition du public sur un site Internet relevant du Premier ministre à peine de ne pouvoir « s'en prévaloir à l'égard des administrés ».

Remarque : Un lien vers le site des circulaires devrait être établi à partir du site Légifrance et/ou du site Premier ministre.

Finalité de cette réglementation : sécurité juridique et égalité devant la loi

Le Rapport relatif au décret n°2008-1281 du 8 décembre 2008 précise que « les circulaires, en tant qu'elles unifient l'interprétation que fait l'administration du droit positif, sont un instrument de sécurité juridique et d'égalité devant la loi ». Il ajoute que « ce rôle positif n'est toutefois assuré que si les citoyens sont mis à même de connaître l'existence des circulaires utilisées par les services et d'accéder aisément à leur contenu ».

Effets de cette réglementation :

Principes :

1° Une circulaire ou une instruction qui ne figureraient pas sur le site Internet ne sera pas applicable et les services ne pourront pas « s'en prévaloir à l'égard des administrés ». (art. 1er du décret n°2008-1281)

2° La mise en ligne « se fait sans préjudice des autres formes de publication éventuellement applicables à ces actes ». Autrement dit, la mise en ligne serait un moyen privilégié de publication, seul à même de conférer des droits à l'administré dans ses rapports avec l'Administration. Elle n'exonère pas, toutefois, l'administration de pourvoir à cette obligation, selon les formes légales les plus habituelles. Les circulaires semblent donc désormais soumises une double condition de publication (au BO et sur ce site Internet).

3° Les circulaires et instructions signées sont réputées abrogées si elles ne sont pas reprises sur le site Internet (art. 2 du décret n°2008-1281).

Exception au 3° :

Ce décret du 8 décembre 2008 a été complété par le décret n°2009-471 du 28 avril 2009 relatif aux conditions de publication des instructions et circulaires.

Celui-ci précise que :

les dispositions de l'article 2 du décret du 8 décembre 2008 ne s'appliquent pas aux textes publiés avant le 1er mai 2009, dont la loi permet à un administré de se prévaloir. Sont ainsi applicables les circulaires publiés avant le 1er mai 2009, dans l'hypothèse même où elles ne seraient pas reprises sur le site dédié à la publication des circulaires ouvert depuis le 1er mai 2009.

L'alinéa introduit par le décret n° 2009-471 dans le décret n° 2008-1281 permettrait notamment, et ceci en faveur du contribuable, de ne pas contredire l'alinéa 2 de l'article L80 A du livre des procédures fiscales, relatif aux procédures de redressement fiscaux.

Article L80 A :

« Il ne sera procédé à aucun rehaussement d'impositions antérieures si la cause du rehaussement poursuivi par l'administration est un différend sur l'interprétation par le redevable de bonne foi du texte fiscal et s'il est démontré que l'interprétation sur laquelle est fondée la première décision a été, à l'époque, formellement admise par l'administration.

Lorsque le redevable a appliqué un texte fiscal selon l'interprétation que l'administration avait fait connaître par ses instructions ou circulaires publiées et qu'elle n'avait pas rapportée à la date des opérations en cause, elle ne peut poursuivre aucun rehaussement en soutenant une interprétation différente. Sont également opposables à l'administration, dans les mêmes conditions, les instructions ou circulaires publiées relatives au recouvrement de l'impôt et aux pénalités fiscales ».

DÉPÊCHES

6 MAI 2009

CRÉATION DU FORFAIT SÉCURITÉ DERMATOLOGIE

Le Forfait Sécurité Dermatologie « FSD » vient d'être créé et inscrit à la CCAM dans sa version 16, conformément à la décision de l'UNCAM publiée au JO du 28 avril dernier.

Cette création fait suite aux demandes répétées de la FHP et de la FHP-MCO (la dernière relance date du 30 mars 2009) depuis plus de 2 ans auprès du Ministère et de la CNAMTS pour que les établissements puissent facturer l'utilisation de leur plateau technique lors de la pratique d'actes de chirurgie dermatologique. Notre demande consistait à créer un forfait SE. Le montant du « FSD » est de 35 € et l'établissement qui met à disposition son plateau technique facture directement ce forfait sur la partie médiane du bordereau S3404. Les modalités de facturation du « FSD » et les actes concernés sont détaillés dans la note d'information de la CNAMTS ci-jointe.

Il s'agit d'une première étape. La FHP-MCO poursuivra ses revendications car la liste arrêtée est trop limitative et le niveau de rémunération des établissements à 35 euros insuffisant.

11 MAI 2009

SÉCURITÉ DANS LES MATERNITÉS

Vous avez suivi l'actualité relative à l'événement survenu la semaine dernière dans la maternité de l'Hôpital Privé Nord Parisien. Nous souhaiterions en savoir plus sur les moyens de sécurité mis en place dans les maternités privées, à savoir :

- vidéo surveillance
- bracelets
- vigiles
- autres ...

Nous vous remercions par avance pour vos retours d'informations sur le sujet. Le syndicat FHP-MCO souhaite faire le point sur cette question dans la perspective d'une plus large communication avec les médias, mais aussi, envisager une recommandation nationale de demande de financement de ces dispositifs de sécurité dans le cadre de MIGAC.

Vous remerciant par avance et comptant sur votre participation active.

12 MAI 2009

QUESTIONNAIRE FLASH DIM

La DHOS souhaite organiser un retour d'expériences de la campagne tarifaire auprès des responsables du DIM de nos établissements afin de contribuer à l'objectif d'amélioration du processus.

Cette enquête se déroule à partir d'aujourd'hui et jusqu'au lundi 25 mai 2009.

A titre conservatoire, dans l'attente de la décision du Conseil d'Administration, **je vous invite à ne pas répondre à cette enquête.**

15 MAI 2009

ACCREDITATION DES MÉDECINS

La FHP-MCO participe au comité de pilotage de l'accréditation des médecins qui se réunit à intervalle régulier à la HAS. Lors de la dernière réunion, qui s'est tenue le 12 mai dernier, a été évoqué l'intérêt que représente la Charte médecins/établissements élaborée en 2006 par un groupe de travail composé des spécialités médicales concernées, des conférences des présidents de CME, des Fédérations, des gestionnaires de risques en établissements de santé.

DÉPÊCHES

Nous vous rappelons que cette Charte, que vous trouverez ici, non obligatoire, a pour objet d'inclure l'accréditation dans la démarche qualité et de prévention des risques de l'Établissement, en incitant les médecins engagés dans le dispositif, à informer le Directeur et le Président de CME de l'établissement, de son engagement. Par ailleurs, lorsqu'il existe une cellule de gestion des risques dans l'établissement, ce qui est très vivement conseillé, les Organismes agréés conseillent aux praticiens de s'inscrire par son intermédiaire, ou à défaut de lui signaler leur engagement dans l'accréditation.

Nous attirons votre attention sur ce point, notamment parce que la V 2010 du manuel de certification accorde une grande importance à l'EPP, et à ce que les établissements mènent une politique d'amélioration de la qualité et de prévention des risques, qui articule de manière cohérente les dispositifs existants en la matière.

Nous vous invitons notamment à vous reporter dans le manuel V2010 au Critère 1.f relatif à la Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), qui constitue une pratique exigible prioritaire ;

- au Critère 8.a qui concerne le Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins;
- au Critère 28.a relatif à la Mise en œuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP);

Nous vous rappelons enfin qu'un dossier relatif à l'accréditation des médecins est mis en ligne sur www.fhp.fr et que les conclusions de la démarche d'accréditation des médecins sont rendues publiques sur le site Internet de la HAS.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_753539/la-has-adopte-une-check-list-pour-la-securite-des-soins

18 MAI 2009

REFUS DE NOTRE PARTICIPATION A L'ENQUETE DHOS

RAPPEL

La DHOS organise un retour d'expériences de la campagne tarifaire 2009 auprès des responsables DIM de nos établissements afin de contribuer à l'objectif d'amélioration du processus (dépêche 12 mai dernier).

Cette enquête se déroule actuellement jusqu'au lundi 25 mai 2009.

Je vous rappelle que le CA de la FHP-MCO du 13 mai 2009^a

entériné le fait de ne pas participer aux travaux relatifs à la convergence et aux études relatives à l'ENCC.

Dans ce cadre, et afin que l'ensemble de la profession adopte la même ligne de conduite, je vous invite à ne pas répondre à cette enquête.

25 MAI 2009

INTÉRÊTS MORATOIRES

La DHOS a adressé le 5 janvier 2009 à la FHP-MCO un courrier se prononçant sur la question des intérêts moratoires dans le cadre du paiement des 3,1 % dus aux établissements de santé à la suite de l'annulation par le Conseil d'État de l'arrêté de baisse des tarifs pour l'année 2006.

Comme vous le savez, cette lettre de la DHOS a été considérée par la FHP-MCO comme interprétant très strictement le droit en vigueur sur les intérêts moratoires.

Cette interprétation a conduit la FHP-MCO à lancer une consultation juridique, dont les conclusions, différentes, ont été transmises à la DHOS.

En attendant la réponse de la DHOS, Madame Bielli-Nadeau, Directrice de la clinique des

DÉPÊCHES

Cèdres à Brive, a rappelé qu'elle a obtenu le paiement d'intérêts moratoires auprès de sa Caisse primaire.

La DHOS, a, en définitive, dans un courrier du 30 mars 2009, « retiré sa proposition initiale de payer ces intérêts ».

Après consultation auprès de notre Avocat, nous vous proposons donc de réclamer les intérêts moratoires auprès de votre CPAM. Vous trouverez ci-joint une lettre-type de réclamation d'intérêts moratoires qu'il a validée.

Afin de nous permettre de suivre ce dossier, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir nous adresser une copie de votre lettre. [fax FHP-MCO : 01 53 83 56 69]

4 JUIN 2009

CLARIFICATION DU DROIT ET ALLÈGEMENT DES PROCÉDURES

La loi n°2009-526 du 12 mai 2009 de simplification et de clarification du droit et d'allègement des procédures est parue au journal officiel du 13 mai 2009.

Elle reprend et complète les objectifs de la loi du 20 décembre 2007 relative au même objet. Ces lois visent à améliorer les processus de production du droit, ses modes d'évaluation et son accessibilité.

La loi n°2009-526 du 12 mai 2009 comporte des dispositions relatives à des sujets disparates, comme les démarches administratives, la comptabilité des sociétés, les marchés et la commande publics, la copropriété, la procédure, l'indivision, l'urbanisme, le droit pénal. Certaines de ses dispositions modifient le Code de la Santé publique.

La loi du 12 mai 2009 :

- 1° Étend l'obligation de déclaration de décès prévue à l'article 80 du Code civil aux établissements privés de santé

Nous vous rappelons qu'il vous est possible de procéder à une dématérialisation des certificats de décès, en contactant l'INSERM. Vous trouverez des informations complémentaires en annexe.

- 2° Simplifie les conditions dans lesquelles les établissements de santé et les congrégations peuvent recevoir des libéralités (dons, legs).

- 3° Améliore la cohérence des dispositions relatives à l'indemnisation des accidents médicaux

Vous trouverez annexées à cette dépêche, un développement de ces trois points.

Restant à votre écoute

16 JUIN 2009

ENQUÊTE DE L'EXPRESS

Vous êtes nombreux à nous avoir interrogés sur l'opportunité de répondre à une enquête conduite par l'hebdomadaire *l'Express*. Après débats et échanges au sein du Bureau FHP-MCO, nous vous recommandons d'y répondre, et ce, afin d'éviter de figurer au sein d'une liste « noire ». Nous ferons ainsi preuve de transparence vis-à-vis du grand public et des associations d'Usagers.

Sachez que nous allons prendre contact avec les journalistes en charge de cette enquête afin que nous échangions sur la méthodologie, et surtout, sur les modalités de préparation de ce type d'enquête à venir.

DÉPÊCHES

17 JUIN 2009

ACCORD CADRE RELATIF AU BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES

L'accord cadre national relatif au bon usage des antibiotiques et des prescriptions de transports sanitaires a été signé le 26 janvier 2006 pour une durée de 3 ans par le Ministre chargé de la santé, le Ministre chargé de la sécurité sociale, l'Union des caisses d'assurance maladie, la FHF, la FEHAP, la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, et la FHP.

Nous avons été sollicités pour proroger cet accord national. Ce projet a été soumis au dernier Conseil d'Administration FHP-MCO.

Les membres du CA ont souligné qu'ils partagent bien évidemment la volonté d'une maîtrise médicalisée des prescriptions d'antibiothérapie et de transports et, d'une manière générale, toutes les démarches de bonnes pratiques et de qualité.

Cependant, après débats et à l'unanimité, les membres du CA ne souhaitent pas proroger ce dispositif en tant que FHP, en raison du fait que les directions d'établissements de santé ne sont pas prescriptrices et que cette faculté est du seul ressort des médecins libéraux qui exercent leur art en toute souveraineté au sein de nos établissements.

Je tenais à vous informer de la position de notre Conseil d'Administration FHP-MCO. Une lettre a été adressée en ce sens (ci-jointe) à Madame Annie PODEUR, Directrice de la DHOS, Je vous demande de me faire part d'éventuelles difficultés en région.

24 JUIN 2009

RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS

Certains d'entre vous nous ont alertés sur la problématique de la rémunération des médecins anesthésiste-réanimateurs en structure de Surveillance Continue. Un récent message du Président du SNARF auprès de l'ensemble des praticiens anesthésistes mérite que nous apportions et rappelions quelques précisions sur les conditions de facturation de l'acte « YYYY015 ».

Une remarque préalable pour préciser que, malheureusement, et nous le regrettons, la rémunération de la structure de la surveillance continue et la rémunération des médecins ne sont pas cohérentes car non coordonnées. La gestion de la rémunération des structures relève de l'arrêté du 19 février 2009, et la rémunération des médecins des règles de la CCAM.

Si la rémunération des structures de surveillance continue est aujourd'hui claire (Arrêté du 19 février 2009), et devrait faire l'objet d'un aménagement pour le 1er mars 2010 (modification des listes), deux points essentiels méritent d'être soulignés concernant les règles de la CCAM.

Le premier concerne les dispositions générales de la CCAM et tout particulièrement son Article I-7 -Anesthésie-réanimation.

Il est notamment précisé que pour le geste d'anesthésie-réanimation accompagnant un acte chirurgical ou un acte interventionnel définis à l'article I-6, le tarif recouvre également, pour le médecin qui le réalise :

- les soins pré-interventionnels la veille de l'intervention,
- la surveillance post-interventionnelle et les actes liés aux techniques de réanimation en dehors de ceux réalisés dans les unités de réanimation et les unités de soins intensifs de cardiologie mentionnées aux articles D. 712-104 et D. 712-115 du code de la santé publique, pendant la période de quinze jours qui suit le jour de l'intervention, pour un suivi hors complications et en ce qui concerne les conséquences directes liées à cet acte.

Le geste d'anesthésie-réanimation accompagnant un acte non pris en charge par l'assurance maladie ne fait pas l'objet d'un remboursement.

DÉPÊCHES

Le deuxième vise à rappeler les conditions de facturation de l'acte « YYYY015 ». Elles sont les suivantes :

- Surveillance par 24 heures dans une unité de réanimation, de soins intensifs, de surveillance continue, telles que définies dans les décrets 02-465 et 02-466, pour 1 malade nécessitant des manœuvres de réanimation complexes éventuellement associées.
- A l'exclusion de : surveillance par 24 heures dans une unité de soins intensifs cardiologiques.
- Facturation : par patient, par équipe, par 24 h
- Facturation : pour facturer le forfait de réanimation niveau A, le patient bénéficie au moins de l'un des actes de surveillance ou suppléance (chapitre 1 à 17 de la CCAM) suivants :
 - Surveillance continue de l'électrocardiogramme par oscilloscopie et/ou télésurveillance, par 24 heures [DEQP004]
 - Surveillance continue de l'électrocardiogramme par oscilloscopie et/ou télésurveillance, avec surveillance continue de la pression intra artérielle et/ou de la saturation artérielle en oxygène par méthodes non effractives, par 24 heures [DEQP007]
 - Surveillance continue transcutanée de la pression partielle sanguine en oxygène [PO2] et/ou en dioxyde de carbone [PCO2] chez le nouveau-né, par 24 heures [GLQP004]
 - Injection intraveineuse continue de dobutamine ou de dopamine à débit inférieur à 8 microgrammes par kilogramme par minute [$\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$], ou de dopexamine en dehors de la période néonatale, par 24 heures [EQLF001]
- Facturation éventuellement en supplément :
 - Épuration extrarénale pour insuffisance rénale aiguë [JVJF003, JVJF002, JVJF006, JVJF005, JVJF007, JVB002],
 - Séance d'ultrafiltration plasmatique [FEJF009],
 - Séance non programmée de soustraction thérapeutique de plasma avec perfusion de produit de substitution [échange plasmatique] pour affection aiguë [FEJF002],
 - Séance d'épuration semi sélective de substance plasmatique par double filtration [épuration en cascade] [FEJF001]

En conséquence, de nombreux actes CCAM figurant sur la liste (annexe 8, liste 2 de l'arrêté du 19 février 2009) ouvrant droit à facturation d'un supplément SRC ne donnent pas à priori la possibilité d'une facturation d'un acte « YYYY015 », sauf complication intercurrente du « terrain » médical.

Inversement, bien que ne répondant pas aux critères de l'arrêté du 19 février 2009, et par conséquent à facturation de SRC, certaines situations médicales peuvent donner lieu à facturation d'un acte « YYYY015 » dans les conditions décrites ci-dessus.

Le Dr Martine BINOIS, martine.binois.mco@fhp.fr est à votre disposition pour tout échange sur ce sujet.

24 JUIN 2009

LA CNAMTS COLLECTE DE DONNÉES SUR VOTRE ÉTABLISSEMENT

La CNAMTS a développé sur son site Internet www.ameli.fr des informations à destination du grand public concernant les praticiens libéraux (spécialité, secteur 1 ou 2). Elle s'est fixé comme objectif de conduire une démarche semblable pour les établissements de santé publics et privés au sein de sa rubrique « Info Soins ».

Dans ce cadre, elle souhaite mettre en place un descriptif sommaire des disciplines / spécialités par établissement de santé public et privé.

Elle a informé la FHP-MCO de sa démarche. Ayant la volonté de disposer pour notre syndicat d'éléments fiables pour toujours mieux cibler l'information auprès de chacun d'entre vous en fonction du profil d'activité de votre établissement, nous nous sommes proposés de réaliser cette base de données afin de mieux maîtriser les chiffres ainsi produits. Cette démarche a été validée par le Conseil d'Administration de la FHP-MCO.

Le travail est aujourd'hui achevé. Nous avons constitué une base de données concernant l'ensemble des établissements privés anciennement financés sous OQN, notamment à partir de la base nationale PMSI MCO 2007 mais aussi des données SAE.

Ces données représentent l'activité de chaque établissement (période 2007) en nombre de

DÉPÊCHES

séjours/séances ainsi que la part de cette activité réalisée en ambulatoire (0 nuit), répartis selon la classification de l'Outil d'Analyse du PMSI (OAP V 5.3) selon les activités de soins : Médecine, Chirurgie, Obstétrique. Figurent également les données relatives aux équipements lourds ou service d'urgences.

Afin de valider vos données, vous recevrez sous deux jours par courrier postal une fiche de synthèse récapitulative de votre établissement qui sera transmise à la CNAMTS.

En cas d'anomalie concernant ces données, veuillez nous retourner, par fax au 01 53 83 56 69 ou mail, le tableau joint dûment modifié, avant le 5 juillet 2009.

Si aucune modification ne nous est parvenue avant cette date, nous transmettrons les données en notre possession.

Virginie DUBOS (virginie.dubos.mco@fhp.fr / 01 53 83 56 57) est à votre disposition pour toute question relative à ce sujet.

25 JUIN 2009

LFSS 2010 ET REPORT DE LA CONVERGENCE EN 2018

Le gouvernement n'attend pas la LFSS 2010 qui sera débattue au Parlement cette fin d'année pour commencer à faire passer la « pilule » de la convergence à 2018. Il prévoit d'ores et déjà que le bilan d'avancement sur le processus de la convergence transmis au Parlement soit effectué jusqu'en 2018. Je vous adresse ci-joint les paragraphes de la loi HPST (article 1) entamant subrepticement le report de la convergence :

« V. – Le Gouvernement présente avant le 15 octobre de chaque année au Parlement un rapport sur la tarification à l'activité des établissements de santé et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés. Le rapport précise notamment les dispositions prises :

« – pour prendre en compte les spécificités des actes réalisés dans les établissements publics de santé et mesurer l'impact sur leurs coûts de leurs missions de service public ;

« – pour mesurer et prévenir les conséquences de la tarification à l'activité sur le nombre des actes, la qualité des soins, les activités de santé publique et la prise en charge des pathologies chroniques ;

« – pour tenir compte du cas particulier des établissements situés dans les zones de faible densité démographique, zones de revitalisation rurale ou zones de montagne. »

2. Jusqu'en 2018, le rapport prévu au V de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale est transmis au Parlement en même temps que le bilan d'avancement du processus de convergence mentionné au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004. ».

Le gouvernement profite ainsi d'une loi gérée en procédure d'urgence pour acter cette première étape législative. Rendez-vous maintenant pour le PLFSS 2010 !

Sur le site de l'Assemblée nationale :

Texte adopté n° 305 : Santé – Réforme de l'hôpital

25 JUIN 2009

MESURES DU MINISTÈRE PANDÉMIE GRIPPE H1N1

Comme vous le savez, le Gouvernement est particulièrement vigilant sur l'évolution de la pandémie de la Grippe H1N1 ou dite Grippe A. De nombreuses instances et groupes de travail ont été mis en place au sein du Ministère de la Santé, et notamment sur l'organisation des services de Réanimation. Le groupe de travail « prises en charge spécifiques » d'Organigrippe dédié à la réanimation s'est donc réuni à 3 reprises au cours du mois de juin.

DÉPÊCHES

Les travaux de ce groupe s'inscrivent dans une démarche plus générale de mise à jour du guide de recommandations sur l'organisation des soins en situation de pandémie grippale (avril 2007) et intégrant les prises en charge ambulatoire, pré hospitalière et hospitalière. Cette démarche a débuté en octobre 2008 et doit aboutir à la redéfinition de l'ensemble des fiches du guide.

La FHP-MCO a participé au groupe « prises en charge spécifiques » dont l'objectif est de prévoir les capacités nécessaires en réanimation en cas de pandémie grippale, notamment l'extension des capacités, les moyens humains et matériels nécessaires, et le financement.

Plusieurs préconisations ont été faites :

1) en ce qui concerne les locaux

- l'extension de capacités ne concerne que les établissements ayant une réanimation autorisée,
- les données épidémiologiques n'ayant pas été actualisées depuis la grippe aviaire, les travaux ont porté sur la possibilité de doublement de ces capacités en cas de pandémie, en tenant compte de la déprogrammation de certaines activités chirurgicales permettant ainsi de libérer des places :
 - en réanimation, mais ce nombre sera restreint, la déprogrammation ne libérant que peu de places de réanimation,
 - en utilisant les SSPI libérées du fait de la déprogrammation,
 - en convertissant les surveillances continues en réanimation, tout en gardant certains lits de surveillance continue comme lits d'aval,
 - en utilisant certaines unités de soins intensifs.
- L'organisation des soins en réanimation en secteurs distincts, haute et basse densité virale est proposée. Les zones de haute densité virale accueillent les patients grippés. Les équipes soignantes sont dédiées à chaque secteur afin de limiter la diffusion virale.

2) en ce qui concerne les moyens humains

- le personnel paramédical doit être organisé en équipe comprenant par exemple une IDE de réanimation encadrant une ou deux IDE venant d'autres unités,
- le personnel médical comprendra un médecin réanimateur aidé par un autre médecin pour 8 patients.

Ces réanimateurs seront :

- En 1^{re} intention : les médecins ayant une expérience en réanimation (médecins prenant des grades en réanimation, internes ayant validé 2 semestres dans un service de réanimation).
- En 2^e intention : les anesthésistes ou réanimateurs retraités, et les anesthésistes d'autres établissements libérés du fait de la déprogrammation.
- Dans tous les cas, il faudra tenir compte des patients hospitalisés dans d'autres services que la réanimation et nécessitant donc des soins.
- Il est nécessaire de prévoir des formations « flash » sur l'hygiène pour les médecins et les paramédicaux non habitués à la réanimation.
- La Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) préconise, pour les gestes techniques, une formation « flash » afin de faciliter l'intégration des personnels dans un milieu qu'ils ne connaissent pas.

3) En ce qui concerne les matériels

- Le doublement des capacités en réanimation implique le doublement des consommables et des produits pharmaceutiques.
- Il est indispensable de faire un état des lieux des respirateurs existants et d'élaborer un cahier des charges tenant compte plus particulièrement de la performance des ventilateurs, de leur maintenance, surtout en période de pandémie et de leur coût.

En conclusion

Avant de poursuivre les réflexions, il est nécessaire de faire un état des lieux : locaux, possibilité de sectorisation géographique, nombre de lits installés, de respirateurs, arrivée de fluides, moyens humains médicaux et paramédicaux.

La DHOS effectue actuellement une enquête auprès des ARH sur les réanimations, les soins intensifs et les unités de surveillance continue. Il a été décidé de compléter cette enquête par un questionnaire sur les SSPI. Les réponses à ces enquêtes devront parvenir au Ministère pour le 30 juin et les résultats seront connus pour le 15 juillet 2009.

DÉPÊCHES

La question du financement a été abordée tant pour les établissements que pour les médecins du fait de la déprogrammation, un groupe a été constitué au sein du Ministère sur ce sujet. En ce qui concerne le financement des ventilateurs, il est proposé une enveloppe affectée par établissement en fonction des besoins issus de l'enquête.

La prochaine réunion aura lieu mi-juillet pour la restitution des enquêtes.

Je ne manquerai pas de vous tenir informés des suites de ces travaux.

26 JUIN 2009

TARIF UNIQUE - LANCEMENT DU PLAN DE COMMUNICATION LE 29 JUIN

A partir de lundi 29 juin, ça va tanguer !

Le plan de communication "tarif unique" à destination du grand public, en réaction au report de la convergence en 2018 démarre sur les chapeaux de roues lundi 29 juin au matin : campagne radio, achat d'espaces dans des quotidiens gratuits, lancement de hostocomparateur.com, etc.

Ce plan repose grandement sur votre engagement et votre réactivité. Vous risquez d'être sollicités par vos médias et élus locaux : tenez-vous prêts. Pour cela, nous vous invitons à lire avec attention le kit adhérent, à recevoir lundi par courrier, qui détaille toutes les actions déployées et expose un argumentaire identique à toute la profession.

Souhaitons un grand succès à notre campagne qui se poursuit jusqu'au PLFSS 2010 (octobre/novembre 2009).

Toute l'équipe du syndicat FHP-MCO et votre chargée de communication Véronique Molières (06 82 38 91 32) se tiennent à votre disposition.

30 JUIN 2009

CHECK-LIST SÉCURITÉ DES SOINS AU BLOC OPERATOIRE

La check-list « sécurité des soins au bloc opératoire » : un critère exigible de la Certification dès le 1er janvier 2010.

Comme elle l'avait annoncé, la HAS a adopté et fait paraître, sur son site, la Check-list « sécurité des soins au bloc opératoire » accompagnée de son mode d'emploi. Critère exigible dans le cadre de la certification dès le 1er janvier 2010, cette check-list a pour objectif de réduire la survenue d'évènements indésirables et donc de sécuriser la prise en charge au bloc opératoire, elle n'est pas modifiable mais peut faire l'objet de compléments. Elle doit être archivée.

Rappelons, en effet, que selon l'étude ENEIS 2005, sur les 6,5 millions d'interventions chirurgicales, il a été estimé que 60000 à 95000 évènements indésirables graves surviendraient dans la période péri opératoire dont près de la moitié seraient évitables.

La check-list peut être considérée comme un contrôle ultime qui permet à l'équipe - anesthésiste, chirurgien et IDE de bloc - qui joue le rôle de « coordonnateur check-list », de répondre, par « oui » ou « non » voire par non applicable ou non recommandé, aux dix points suivants :

Avant l'induction anesthésique :

- Vérification de l'identité du patient
- Confirmation de l'intervention et du site opératoire
- Vérification de l'adéquation du mode d'installation avec le site/intervention
- Vérification du matériel nécessaire pour la partie chirurgicale et la partie anesthésique
- Vérification des points critiques et des mesures à prendre (allergie, risque d'inhalation, difficulté d'intubation ou de ventilation au masque, risque de saignement important)

Avant l'intervention chirurgicale :

DÉPÊCHES

- Vérification ultime, croisée par l'équipe de l'identité du patient, de l'intervention, du site opératoire, de l'installation et des documents cliniques nécessaires, d'imagerie notamment
- Partage d'informations essentielles sur la plan chirurgical (risque hémorragique, traumatique ou autres causes de morbidité majeure.) et sur le plan anesthésique (co-morbidité ou traitements en cours)
- Vérification de la mise en œuvre de l'antibioprophylaxie dans les 60 minutes précédant l'intervention

Après l'intervention :

- Confirmation de l'enregistrement de l'intervention, du compte final des compresses, instruments et aiguilles, de l'étiquetage des prélèvements et pièces opératoires et du signalement des évènements indésirables
- Confirmation des prescriptions conjointes pour les suites opératoires

La HAS ne spécifie pas que cette check-list doit faire l'objet d'une évaluation. Néanmoins, il est vivement recommandé de mettre en œuvre des audits réguliers afin de pouvoir apporter la preuve, dans le cadre de la procédure de certification, de la bonne utilisation de cette fiche. A ce sujet, il est à noter que des campagnes de sensibilisation vont être menées auprès des praticiens avec le concours des Collèges de bonnes pratiques dont les organismes d'accréditation qui ont retenu la check-list comme prioritaire.

1 JUILLET 2009

ENQUÊTE NATIONALE PÉRINATALE EN 2009

Vous avez été nombreux à nous interpeller sur l'enquête nationale portant sur la périnatalité en 2009 conduite par la DHOS.

Comme le précise la circulaire ministérielle, l'évaluation des objectifs de la loi de santé publique de 2004 et celle du plan Périnatalité 2005-2007 qui vient d'être lancée par la DHOS, justifient de réaliser une nouvelle enquête nationale périnatale. Celle-ci est programmée du 5 au 11 octobre 2009 dans les maternités de métropole et des départements d'outre-mer.

Dans les maternités ayant une activité importante (plus de 2 000 accouchements annuels), il est proposé que le recueil des données s'effectue sur une période de deux semaines (5 au 18 octobre), afin que les services concernés puissent intégrer au mieux la charge de travail que requiert cette enquête, dans le cadre de leur activité.

Au total, un échantillon d'au moins 16000 naissances devrait être constitué.

Comme pour les enquêtes précédentes (1995, 1998 et 2003), la réalisation de l'ENP 2009 est confiée à l'INSERM (unité 953), en lien avec la Direction de la recherche, des études et de réévaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé et des sports.

Les informations seront recueillies par un enquêteur qui, d'une part, interrogera les femmes et d'autre part, recueillera des informations dans le dossier obstétrical. Le questionnaire a été élaboré par un comité scientifique national, composé de représentants des différentes professions concernées, notamment des représentants des services de protection maternelle et infantile (PMI).

Il faut souligner que les enquêteurs éventuellement recrutés au sein de nos maternités font l'objet d'une rémunération.

En conséquence, le Bureau de la FHP-MCO qui s'est réuni vendredi 26 juin 2009, propose de donner une suite favorable à cette enquête.

3 JUILLET 2009

JT LA SANTE DE L'ENFANT 17 SEPTEMBRE 2009

A l'attention des établissements ayant une maternité

Nous organisons une JT « la santé de l'enfant », du nouveau-né à l'adolescent le 17 septembre 2009, à l'ASIEM à Paris.

Une table ronde est prévue l'après-midi de 14h à 15h 30 sur les pédiatres en clinique : quelle

DÉPÊCHES

place ? quel poste dans quelle maternité (niveau 1, 2a, 2b) ? quelle rémunération ? comment les recruter ?

Les participants à cette table ronde sont un pédiatre, un directeur de clinique, un cabinet de recrutement médical, un représentant d'établissement ayant eu des difficultés pour recruter ou ayant eu recours à un cabinet de recrutement, un représentant de la CNAMTS et le président de la conférence des présidents de CME du privé.

Nous recherchons une maternité, ayant eu des difficultés pour recruter un pédiatre ou ayant eu recours à un cabinet de recrutement, qui accepterait de participer à cette table ronde.

Si vous êtes intéressés par cette proposition, vous pouvez contacter le Dr Martine Binois à l'adresse mail suivante : martine.binois.mco@fhp.fr

5 JUILLET 2009

ENQUÊTE SUR LE DEVENIR DU CORPS DES ENFANTS NÉS SANS VIE

Un groupe de travail a été constitué au ministère afin de faire un état des lieux des pratiques en matière de traitement des corps des enfants nés sans vie.

La réglementation actuelle manque de clarté et les pouvoirs publics envisagent de remédier aux insuffisances de l'état du droit en la matière.

Il convient dans un premier temps de connaître les pratiques des maternités, qui varient selon leur statut, leur taille, et l'existence ou non d'une chambre mortuaire au sein de l'établissement.

Vous trouverez donc ici un questionnaire que nous vous serions reconnaissants de bien vouloir nous retourner, complété, avant le 15 juillet prochain à l'attention de Chloé TEILLARD (chloe.teillard.mco@fhp.fr).

Attention : la notion d'enfant né sans vie est entendue au sens le plus large dans ce questionnaire, de manière à faire un état des lieux des pratiques dans toutes les hypothèses où un fœtus ou un embryon naît sans vie.

Par ailleurs, de manière à préparer au mieux la prochaine réunion au Ministère de la Santé, nous vous invitons à lire attentivement et à commenter le compte-rendu de la réunion qui s'est tenue le 17 juin dernier. (En annexe).

La prochaine réunion se tiendra le 16 juillet prochain. Un permanent de la FHP-MCO et le représentant d'une maternité y participeront. Une synthèse des informations et des remarques que vous nous aurez transmises sera alors présentée aux participants de ce groupe de travail.

Chloé TEILLARD est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Restant à votre écoute

Gérard REYSSEGUIER & Marc WASILEWSKI

Pilotes de la Commission Naissance

8 JUILLET 2009

QUESTIONNAIRE SUR LE DEVENIR DU CORPS DES ENFANTS NÉS SANS VIE

Suite à plusieurs demandes, nous vous précisons que **l'enquête sur le devenir du corps des enfants nés sans vie porte sur la période du 01 janvier 2008 au 31 décembre 2008.**

Merci de nous retourner vos questionnaires avant le 15 juillet à l'adresse suivante : chloe.teillard.mco@fhp.fr

DÉPÊCHES

10 JUILLET 2009

MOUVEMENT DE GRÈVE LANCÉ PAR LE SYNGOF

Vous êtes nombreux à nous interroger sur le mouvement de grève lancé à partir de mi-juillet par le SYNGOF. Celui-ci porte sur la problématique du plafond assurantiel au delà duquel le praticien doit supporter pleinement le coût éventuel. A ce jour, fort heureusement, peu d'affaires (moins de trois) ont dépassé ces plafonds et l'ONIAM ne s'est jamais retourné vers les médecins.

Il n'en reste pas moins que le risque existe et constitue indéniablement un élément supplémentaire au découragement des professionnels de l'Obstétrique à exercer leur pratique.

Nous ne pouvons donc que soutenir une telle demande fort légitime.

Nous nous engageons à soutenir et mener cette démarche dès la rentrée par une position commune et concertée avec le SYNGOF en vue de régler définitivement ce problème d'assurance.

Cependant, nous ne pouvons accepter ce mouvement de grève qui, outre le fait qu'il pénalise l'activité de nos établissements, donnerait échos aux arguments de la FHF en pleine campagne de communication selon lesquels le secteur public est le seul vrai recours de notre système hospitalier.

10 JUILLET 2009

POINT SUR LA FACTURATION DES IVT SOUS FORFAIT SE

Des règles de facturation mieux définies pour les forfaits « sécurité environnement hospitalier » (SE) !

A plusieurs reprises, et ce, dès le début de l'année 2008, nous avons saisi le ministère sur les difficultés rencontrées par les établissements pratiquant des injections intravitréennes – IVT, tant sur le plan du tarif largement sous évalué du SE, que sur la prise en charge des médicaments injectables (Macugen et Lucentis) dont les tarifs vont de 750 à 1300 €, certaines CPAM refusant que les patients les achètent en officine de ville.

Pour faire suite à de nombreuses sollicitations des établissements de santé MCO, je tiens à rappeler l'environnement réglementaire sur ce sujet et tout particulièrement son évolution récente.

Le décret du 23 février 2009 a modifié, dans son article 1er, le périmètre des forfaits SEH (sécurité et environnement hospitalier).

Ainsi le 5^e de cet article devient :

« 5^e Les soins non suivis d'une hospitalisation dispensés dans les établissements de santé, représentatifs de la mise à disposition des moyens nécessaires à l'utilisation d'un secteur opératoire ou l'observation du patient dans un environnement hospitalier. La prise en charge des frais résultant de l'utilisation de ces moyens est assurée par des forfaits facturés pour chaque passage à l'exception des cas où le passage est réalisé dans les conditions du 2^e du présent article ».

Nous avons donc interrogé le Ministère afin de savoir si ces modifications permettaient, notamment dans le cas des IVT, aux patients d'acheter les injectables en ville lorsque l'injection est réalisée en établissement dans le cadre d'un SE.

Nous sommes aujourd'hui en possession de la réponse du Ministère:

« Je vous confirme que la modification rédactionnelle apportée au 5^e de l'article R.162-32 du code de la sécurité sociale permet une application plus pragmatique du financement des spécialités pharmaceutiques qui doivent être administrées dans un environnement hospitalier. Elle permet en effet de préciser que le forfait « sécurité environnement » (SE) prend en compte les moyens nécessaires à l'utilisation d'un secteur opératoire ou à l'observation du patient dans un environnement hospitalier, ce qui comprend la mise à disposition des matériels et produits ancillaires nécessaires à la réalisation d'actes ou attachés à l'environnement technique. Un médicament ayant nécessité cet environnement pour être administré n'est en conséquence pas inclus dans ce forfait. »

Les IVT rentrent donc tout à fait dans ce cadre, l'injection nécessitant un environnement hospitalier pour être réalisée.

En pratique, lorsque que l'IVT est pratiquée en établissement avec facturation d'un SE, le patient peut se procurer le médicament (Macugen ou Lucentis) en officine de ville et l'apporter pour la réalisation de l'injection dans la clinique.

Le Dr Martine BINDIS (martine.binois.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

13 JUILLET 2009

CIRCULAIRE SUR LA MAÎTRISE DES DÉPENSES DES PRODUITS SANTÉ INSCRITS SUR LISTE EN SUS

Une circulaire du 6 juillet 2009 détaille les actions locales qui doivent être conduites par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et l'assurance maladie dans le cadre de la régulation des dépenses liées aux médicaments et dispositifs médicaux particulièrement onéreux inscrits sur la liste en sus des groupes homogènes de séjour (GHS) dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A).

Cette circulaire est annexée au plan d'action 2009 pour la maîtrise des dépenses liées aux médicaments et dispositifs médicaux particulièrement onéreux inscrits sur la liste en sus, qui se décompose en quatre axes :

1. La « gestion plus optimale des prix des produits de santé »,
2. La « meilleure prescription des produits de la liste en sus sur la base de référentiels »,
3. La gestion de la liste en sus (Attention : de nouveaux produits y seront inscrits et d'autres en seront radiés),
4. La mise en place d'un « système efficace de recueil des données pour une meilleure connaissance de l'utilisation des produits de la liste en sus ».

La maîtrise de la liste des médicaments en sus, qui est inscrite dans ce plan global d'actions pour 2009, fait partie des thèmes prioritaires qui seront retenus par le comité exécutif des futures agences régionales de santé (ARS).

Ce plan prévoit que deux actions seront conduites localement :

1. Le contrôle du respect des engagements du contrat de bon usage pour les prescriptions de produits de santé ;

Les contrôles auront pour objet de s'assurer « en premier lieu de la conformité de la prescription de la spécialité pharmaceutique à l'autorisation de mise sur le marché (AMM) et au protocole thérapeutique temporaire (PTT) ». Pour chaque région, les contrôles doivent porter sur au moins 5 % des établissements représentants au moins 10 % du montant total des dépenses de la liste en sus.

Le choix des produits contrôlés comprendra d'ores et déjà les spécialités suivantes: Herceptin* (trastuzumab, Roche), Mabthera* (rituximab, Roche), Erbitux* (cétuximab, Merck Serono), Vectibix* (panitumumab, Amgen) et les taxanes dont Taxotere* (docétaxel, Sanofi-Aventis) et Taxol* (paclitaxel, BMS).

2. Le dispositif de régulation des dépenses introduit par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2009.

Ce dispositif comporte un volet de suivi préventif de l'évolution des dépenses de la liste en sus, établissement par établissement, en concertation avec les Omedit. Il comporte ensuite un volet « contractuel » entre l'établissement qui dépasse le taux prévu annuellement pour des raisons non médicalement justifiées. Le refus de l'établissement de s'engager dans le plan d'action (« contrat ») qui lui est proposé en complément du CBUM est sanctionné par une diminution du taux de remboursement à concurrence de 10 % par l'ARH.

Cette baisse globale « doit tenir compte des éventuelles modulations du taux effectuées dans le cadre du contrat de bon usage et ne peut conduire à diminuer le taux global de prise en charge en deçà du taux de 70 % ».

Outre ladite circulaire, vous trouverez en pièce jointe un schéma récapitulatif de ce dispositif, ainsi que la liste actualisée des médicaments et des produits facturables en sus.

Par ailleurs, l'article 47-1 du code de la LFSS pour 2009 dont cette circulaire vient préciser les modalités d'application, est reproduit en annexe. [article 47]

Je vous invite aussi à porter une attention toute particulière aux annexes 2 et 3 de cette circulaire (p11 et p12).

L'annexe n°2 propose à titre indicatif des thèmes pour vous aider à élaborer un éventuel plan d'action.

L'annexe n°3 rappelle les règles générales sur le contrôle des contrats de bon usage des médicaments, produits et prestations.

Les autres annexes reprennent des documents de travail élaborés au cours du dernier trimestre 2008 et au début du premier trimestre 2009. Elles apportent notamment un éclairage sur la volonté de la tutelle d'intégrer un certain nombre de médicaments (EPO, anticancéreux, E) et de DMI (Prothèse de Hanche) au sein des forfaits de tarifs.

Chloé TEILLARD (chloe.teillard.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

DÉPÊCHES

17 JUILLET 2009

TRAVAILLER PLUS VERT DANS LE SECTEUR HOSPITALIER - C'EST POSSIBLE !

Pour faire remonter les bonnes idées, les bonnes initiatives en direction du développement durable en santé, le C2DS – Comité pour le Développement Durable en Santé, a publié le premier « Guide des pratiques vertueuses du développement durable en santé » et un film pédagogique de 62 mn.

Comment réduire les émissions toxiques d'un établissement de soins ? Garantir l'autosuffisance énergétique d'un bâtiment ? Trier ses déchets ? Mieux appliquer la responsabilité sociale des entreprises ? Motiver son personnel à penser plus vert ? Le guide des pratiques vertueuses du développement durable livre les réponses de professionnels de santé à ces questions.

« Pratiques vertueuses, comme cercle vertueux. Nous espérons que toutes ces bonnes idées feront école, et que les expériences des uns pourront nourrir les projets des autres. Les professionnels sont très fiers des projets menés : le développement durable est souvent une superbe manière de redonner du sens à son métier. Un style vivant et une approche très pédagogique ont été résolument choisis pour élaborer ces deux outils film et guide. » déclare Marc Wasilewski, administrateur du c2ds et membre du bureau de la FHP-MCO.

Le c2ds est une association de professionnels de santé des secteurs public, privé et PSPH. De nombreuses cliniques y sont très actives.

Créé sous le haut patronage des deux ministères de la santé et de l'écologie, le comité a signé un partenariat avec les 3 fédérations hospitalières. La FHP-MCO est également partenaire officiel. Le c2ds est formateur officiel en développement durable des experts visiteurs de la HAS, notamment dans le cadre de la V3.

Le c2ds et le Baqimehp vous proposent des séminaires de formation à Paris, les 10 et 11 septembre 2009 et les 22 et 23 octobre 2009.

Par ailleurs, des dates de projections publiques du film sont en prévision et seront annoncées dès début août sur le site du c2ds. www.c2ds.eu

17 JUILLET 2009

REMBOURSEMENT DES FACTURES COMPLÉMENTAIRES OU RECTIFICATIVES

La question de savoir dans quelle mesure et selon quelles modalités les établissements de santé MCO sont fondés à demander à l'assurance maladie le remboursement de factures complémentaires ou rectificatives (en valeur négative ou positive) n'est malheureusement pas résolue.

Nous avons même dû faire face à un refus d'un quelconque assouplissement, y compris lors de la mise en œuvre de la V11.

Des facturations complémentaires peuvent avoir des causes diverses, générant parfois une modification du codage (par exemple du fait de la non prise en compte par l'établissement des co-morbidités associées) ou ne générant pas une modification du codage (par exemple un simple retard dans la transmission d'un résultat de laboratoire ou dans la communication d'un élément de facturation d'un DM figurant sur la LPPR).

Dans son document « questions-réponses [ci-joint] destiné aux CPAM, SSI et établissements, la CNAMTS indique à cet égard, qu'« en T2A, les factures complémentaires ne sont plus autorisées, exception : les titres de recette émis par les hôpitaux publics relatifs à des actes réalisés sur des patients hospitalisés en clinique privées (actes hors dotation globale et facturables par l'établissement hébergeant le patient, reportés sur le support de facturation de celui-ci) ».

Ce document ne nous paraît pas conforme, notamment avec le dernier alinéa du R.162-42 du code de la sécurité sociale, qui prévoit expressément que, « les compléments de facturation correspondants aux prestations servies ou aux actes effectués par des tiers, hors de l'établissement, durant le séjour et pour le compte du patient, peuvent être disjointes du bordereau. Dans cette hypothèse, le délai mentionné au I de l'article R. 161-47 », délai dont dispose l'établissement pour transmettre la facture correspondante, « court à compter de

DÉPÊCHES

la date de réception par l'établissement des derniers éléments de facturation présentés au remboursement ».

Par ailleurs, la CNAMTS a également arrêté, dans son document « questions-réponses », des pratiques de règles de facturation rectificatives.

« Factures rectificatives : aucune procédure contentieuse, civile ou pénale, n'est engagée.

Dans ce cas,

- La facture doit être émise dans les deux mois suivant l'émission de la facture initiale ;
- L'établissement transmet parallèlement au directeur de la CPAM un dossier justificatif et argumenté sur l'émission de factures rectificatives ;
- Un avis du service médical est demandé si nécessaire;
- L'établissement doit pouvoir modifier sa base PMSI en conséquence dans les conditions et délais prévus à L.6113-8 CSP et avant la clôture de la base PMSI par l'ARH ».

Ces cas de figure nous apparaissent trop restrictifs et non conformes à quelques grands principes relatifs aux conditions de facturation.

L'idée fondamentale à développer est que l'assurance maladie confond causes légales d'extinction des créances, et conditions réglementaires de facturation, les secondes ne pouvant restreindre les droits découlant des premières.

Nous vous rappelons trois grands principes :

1. Les articles L. 162-22-6 et R. 162-32 du Code de la sécurité sociale fondent le droit d'un établissement de santé à une prise en charge de ses prestations d'hospitalisation par les régimes obligatoires de sécurité sociale, en fonction des tarifs détaillés par la réglementation ;

2. Il n'existe, à notre connaissance, aucune disposition de valeur législative ou réglementaire interdisant à un établissement de santé d'émettre à destination de la caisse centralisatrice des paiements une seconde facture faisant suite à une première reconnue par lui comme erronée.

De surcroît, une créance constitue un bien au sens de l'article 1 du protocole additionnel n°1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des Libertés fondamentales et les refus opposés, hors toute disposition légale, par les caisses aux demandes de remboursements complémentaires des établissements de santé correspondent à des privations arbitraires.

Bien évidemment, pour qu'une seconde facturation soit valable, encore appartiendra-t-il à l'établissement d'en fournir tous les éléments justificatifs à travers notamment la bonne tenue du dossier d'hospitalisation.

3. A défaut de paiement complet par la Caisse ou de prescription de la créance, seules causes légales d'extinction des créances, une clinique nous semble fondée à obtenir un paiement intégral de ses prestations d'hospitalisation.

Sur le plan pratique, nous vous invitons à adopter la démarche suivante :

1. Vous devrez facturer ces prestations d'hospitalisation à la caisse centralisatrice des paiements au moyen d'un nouveau bordereau S 3404 pour la totalité des actes de soins et des prestations hospitalières concernés ;

2. Vous joindrez à ce nouveau bordereau S 3404 un courrier explicatif mentionnant notamment la possibilité pour la caisse de procéder pour partie à un paiement par compensation en application des articles 1289 et 1290 du Code civil ;

3. L'émission de ce nouveau bordereau S 3404 devra toutefois intervenir dans le respect du délai de prescription biennale mentionné à l'article L. 332-1 du Code de la sécurité sociale ;

4. Un éventuel refus d'indemnisation de la caisse pourrait ensuite être contesté devant sa Commission de recours amiable puis devant le Tribunal des affaires de sécurité sociale.

Nous mettons à votre disposition en annexe une proposition de courrier à adresser à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Chloé Teillard [chloe.teillard.mco@fhp.fr] est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

20 JUILLET 2009

CIRCULAIRE DES ENFANTS NÉS SANS VIE

Une circulaire interministérielle datée du 19 juin 2009, qui n'a pas encore été publiée au Bulletin officiel mais a été mise en ligne sur le site Internet du ministère de la santé le 6 juillet dernier, précise les modalités d'application des textes réglementaires autorisant l'inscription à l'état civil des enfants nés sans vie.

Cette circulaire, dont un projet avait été étudié par la commission naissance de la FHP-MCO, a pour objet « l'enregistrement à l'état civil, le devenir des corps des enfants soit décédés avant la déclaration de naissance, soit pouvant être déclarés sans vie ».

Elle rappelle avec précisions les conditions nécessaires pour qu'un acte d'enfant sans vie puisse être dressé selon que la naissance sans vie a eu lieu avant ou après l'entrée en vigueur des dispositions des deux décrets et d'un arrêté en date du 20 août 2008. [Décret n°2008-800 du 20 août 2008 relatif à l'application du second alinéa de l'article 79-1 du code civil ; Décret n° 2008-798 du 20 août 2008 modifiant le décret n° 74-449 du 15 mai 1974 relatif au livret de famille, Arrêté du 20 août 2008 relatif au modèle de certificat médical d'accouchement en vue d'une demande d'établissement d'un acte d'enfant sans vie].

Pour mémoire, depuis l'entrée en vigueur de ces textes réglementaires, les enfants nés sans vie en France avant 22 semaines d'aménorrhée et ayant un poids inférieur à 500 grammes peuvent aussi être inscrits à l'état civil à condition qu'ait été établi un certificat médical d'accouchement.

Cette circulaire tente par ailleurs de préciser la notion d'accouchement et de fausse couche précoce, de manière à ce que les pratiques des gynécologues obstétriciens et des sages femmes puissent s'harmoniser au plan national malgré l'absence des seuils de 22 semaines et 500 grammes.

Par ailleurs, elle « propose des recommandations pour l'accompagnement du deuil des familles (annexe I) et décrit, à des fins épidémiologiques, les modalités de recueil d'informations d'activités médicales relatives aux mort-nés (annexe II) ».

La circulaire observe que les dispositions du code de la santé publique relatives au décès des personnes hospitalisées et aux mesures relatives aux enfants pouvant être déclarés sans vie à l'état civil (articles R.1112-68 à R.1112-76-1 du code de la santé publique) ne s'appliquent qu'aux établissements de santé publics mais attire l'attention des responsables des établissements privés « sur l'intérêt que présenterait l'adaptation de ces mesures au sein de leurs établissements dans un souci d'égalité de traitement des usagers du système de santé ».

Dans un souci de sécurité juridique, la FHP-MCO avait proposé de supprimer ce paragraphe lors de la concertation. Néanmoins, nous tenons à vous informer de la volonté des pouvoirs publics d'harmoniser les pratiques et le droit en vigueur en ce domaine, indépendamment de la nature juridique des établissements concernés.

28 JUILLET 2009

AMBULATOIRE - PROCÉDURES D'ACCORD PRÉALABLE

Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie profitent de l'été, comme l'an passé, pour lancer des procédures d'accord préalable sur les prestations d'hospitalisation complète pour des actes pouvant être effectués en chirurgie ambulatoire.

Je vous rappelle le contenu de la loi de financement de la sécurité sociale (loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 - art 37 repris dans le code de la sécurité sociale art. L.162-1-17) qui prévoit que « sur proposition du directeur de l'organisme local d'Assurance Maladie, la Commission Exécutive de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, après mise en oeuvre d'une procédure contradictoire, peut décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme local d'Assurance Maladie, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la prise en charge par l'Assurance Maladie de prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L.162-22-6 du présent code. Dans ce cas, les prestations d'hospitalisation non prises en charge par l'Assurance Maladie ne peuvent être facturées aux patients. La proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie est motivée par le constat d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement. La procédure contradictoire est mise

DÉPÊCHES

en oeuvre dans les mêmes conditions que celles prévues pour les pénalités applicables pour non-respect des objectifs quantifiés mentionnées à l'article L.6114-2 du code de la Santé Publique. Toutefois, en cas d'urgence attesté par l'établissement, l'accord préalable du service du contrôle médical n'est pas requis pour la prise en charge des prestations susvisées. »

Ce dispositif législatif a été complété à deux reprises, une première fois par la circulaire DHOS/01/F2/F3/F1/2008/147 du 29 avril 2008, et une deuxième fois par la CNAMTS en ce début d'année 2009. Une information a été effectuée dès le 5 février 2009 au sein du 13h00. Je vous en rappelle le contenu.

14 gestes supplémentaires sont retenus en 2009 :

- chirurgie strabisme
- chirurgie du sein / tumorectomie
- chirurgie anale hors destruction des tumeurs anales
- destruction des tumeurs anales
- chirurgie Dupuytren
- chirurgie canal carpien
- chirurgie testiculaire âge > 15 ans
- coelioscopies gynécologiques
- chirurgie des hernies inguinales
- chirurgie de la conjonctive (ptérygion)
- pose système diffuseur implanté et cathéter
- chirurgie réparatrice des ligaments et tendons (poignet, doigt)
- exérèse kystes synoviaux
- chirurgie col utérin, vulve, vagin

Concernant la procédure contradictoire, je vous communique une note de contribution ayant pour objectif de vous donner quelques pistes de réflexions pour vos réponses. Il vous appartient de la décliner en fonction de votre situation.

Vous trouverez également ci-joint, « le Bréviaire de la chirurgie ambulatoire en 20 questions » élaboré par la MEAH.

Concernant les modalités de valorisation des activités de chirurgie ambulatoire, nous vous communiquons la seule note en notre possession. Nous avons sollicité les services de la CNAMTS pour obtenir des informations complémentaires. Dès réception, je ne manquerai pas de vous les communiquer.

Les résultats partiels de la « campagne 2008 » dont nous disposons, montrent que le dispositif mis en place conduit à très peu d'avis défavorables médicaux, soit 1,63 %.

Cette procédure reste donc contraignante sur les plans administratif et organisationnel, mais ne produit que peu de refus de prise en charge en hospitalisation complète.

Thierry BECHU (thierry.bechu.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

DÉPÊCHES

31 JUILLET 2009

LE DISPOSITIF DE RÉMUNÉRATION DES UNITÉS DE SURVEILLANCE CONTINUE

Le 1er mars 2009, le dispositif de rémunération des Unités de Surveillance Continue a été profondément revu. Vous avez été nombreux à nous interroger sur les modalités d'utilisation des critères permettant la facturation en Unité de Surveillance Continue, et tout particulièrement, sur la cotation de l'I.G.S. (sans l'âge).

La S.F.A.R. (Société Française en Anesthésie Réanimation) vient de confirmer la position suivante. Pour un séjour en Unité de Surveillance Continue, l'I.G.S. (sans l'âge) ne doit être calculé qu'à l'entrée du patient et non quotidiennement.

Je rappelle que sur ce sujet de la Surveillance Continue, la FHP-MCO a communiqué dès le 19 mai 2009 ses propositions d'aménagement des listes sur la base des travaux réalisés par la commission Réa/Usc/Si.

Le Dr Martine BINOIS (martine.binois.mco@fhp.fr) et Thierry BECHU (thierry.bechu.mco@fhp.fr) sont à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

3 AOÛT 2009

GRÈVE DES GYNÉCOLOGUES ANNULÉE

Le 10 juillet dernier, je vous adressais la position de notre syndicat FHP-MCO concernant le mouvement de grève possible des obstétriciens en raison de la situation préoccupante du régime de l'assurance en responsabilité civile.

Je vous précisais alors que « Nous ne pouvons donc que soutenir une telle demande fort légitime ».

Je viens vous informer ce jour que ce mouvement n'aura pas lieu car le SYNGOF, représenté notamment par le Dr Jean MARTY, a obtenu un calendrier de travail suffisamment sérieux pour ne pas mettre en œuvre cette action de cessation d'activité. Ce calendrier est planifié jusqu'en octobre 2009.

Je tenais à porter à votre connaissance cette situation. Je ne manquerai pas de revenir vers vous pour vous informer des suites données.

11 SEPTEMBRE 2009

CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Une circulaire n°DHOS/04/2009/258 du 12 août 2009 vient préciser le nouveau régime d'autorisations en cardiologie interventionnelle.

L'élaboration de cette circulaire n'a malheureusement été assortie à aucune concertation et suscite des interrogations dont nous ne manquerons pas d'aviser le Ministère de la Santé, en partenariat avec les autres Fédérations.

Voici nos trois principaux sujets d'inquiétude :

Tout d'abord, l'annexe 1 de cette circulaire comprend la liste des actes retenus pour les calculs des seuils. Or, elle est beaucoup plus restrictive que la liste CCAM des actes de cardiologie interventionnelle.

Pour la rythmologie ne sont notamment pas retenus les actes relatifs aux défibrillateurs cardiaques et aux stimulateurs cardiaques triples chambres, alors que l'autorisation de cardiologie interventionnelle est exigée pour pouvoir les implanter.

Ensuite, nous nous interrogeons également sur la portée de la proposition d'indicateurs pour l'évaluation des autorisations d'activités interventionnelles qui figure en annexe 5. Bon

DÉPÊCHES

nombre de ces indicateurs nous semblent peu pertinents et sont notamment utilisables par les futures ARS par l'intermédiaire des CPOM.

Enfin, les modalités de répartition de l'offre de soins et le calcul des seuils précisés en page 2 de l'annexe 2 nous semblent aller au-delà de la réglementation en vigueur ce dont nous avons avisé notre avocat qui travaille également sur ce dossier.

Au delà de ces sujets d'inquiétude, vous trouverez dans cette circulaire structurée en quatre parties des précisions sur le champ des activités interventionnelles, sur les principes d'organisation (conditions d'environnement immédiat, autorisation et reconnaissance connexes, modalités de participation des titulaires de l'autorisation à la permanence des soins et à la continuité des soins), sur les modalités d'élaboration des volets des SROS (calendrier et modalités de calculs des besoins et des seuils d'activités attendus), ainsi que sur le traitement des autorisations et des listes ARH dans l'attente de la diffusion du SROS révisé.

Nous vous rappelons que les SROS peuvent être révisés à tout moment [art. L. 6121-1 du CSP, dernier alinéa]. Cela étant, nous vous rappelons qu'une révision du SROS est nécessaire à l'ARH pour augmenter le nombre d'implantations.

Les éventuelles autorisations qui pourraient être délivrées par les ARH notamment en fonction du nombre d'implantations de DCI révisé seraient donc temporaires, délivrées sur la base des décrets du 2004 et valables seulement jusqu'à l'entrée en vigueur de la révision du SROS fondée sur les décrets du 16 avril 2009.

A cet égard, la circulaire du 12 août 2009 précise d'une part que les titulaires d'autorisations de cardiologie interventionnelle délivrées avant l'entrée en vigueur du futur SROS) devront demander une nouvelle autorisation et d'autre part que les listes ARH de la circulaire de 2004 cesseront d'être en vigueur au même moment (leurs bénéficiaires devront demander une autorisation de type 1).

Une étude d'impact et un courrier que la FHP-MCO adressera au Ministère de la santé sont en cours d'élaboration.

Chloé TEILLARD, chloe.teillard.mco@fhp.fr, est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

14 SEPTEMBRE 2009

OBSERVATOIRE NATIONAL DES VIOLENCES EN MILIEU HOSPITALIER

Mme GUERRIERI, Commissaire Divisionnaire à l'Observatoire National des Violences en milieu Hospitalier (O.N.V.H.) a participé à la dernière réunion de la Commission naissance, qui s'est tenue le 1er septembre dernier.

Le rapt de trois nouveaux nés dans des maternités privées en 2008 et 2009 avait en effet incité les membres de ce groupe de travail piloté par Marc WASILEWSKI et Gérard REYSSEGUIER, à engager une réflexion sur le thème des violences hospitalières et sur les moyens de les prévenir.

L'intéressante intervention de Mme GUERRIERI a porté sur la composition, les missions et les modalités de fonctionnement de cet observatoire.

Outre un rôle de recensement des actes de violence commis dans les établissements de santé, l'observatoire élabore également un programme de soutien aux établissements destiné à prévenir et à lutter contre ces violences.

Vous trouverez sur le site Internet de l'ONVH de nombreuses informations.

Nous tenons à vous informer que la profession va demander à siéger au sein de cet observatoire dont les membres constitués pour moitié de professionnels de santé et de représentants du Ministère de l'Intérieur et de la Justice, se réunissent une fois par trimestre.

Chloé TEILLARD, chloe.teillard.mco@fhp.fr, est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

DÉPÊCHES

25 SEPTEMBRE 2009

LISTE DES ACTES SOUMIS A ENTENTE PRÉALABLE

Le 28 juillet dernier, je revenais vers vous concernant la mise en place des ententes préalables en chirurgie ambulatoire. Je vous précisais que « Nous avons sollicité les services de la CNAMTS pour obtenir des informations complémentaires. Dès réception, je ne manquerai pas de vous les communiquer ».

Nous avons enfin reçu la liste CCAM détaillée des actes soumis à entente préalable.

Vous constaterez notamment qu'il y a des exceptions pour certains actes, comme par exemple la situation « hors pathologies cancéreuses ».

Par ailleurs, nous travaillons actuellement avec notre avocat sur le caractère renouvelable, ou pas, de la mise sous entente préalable d'une période de 6 mois. Nous avons interrogé la CNAMTS afin de connaître sa position. Elle considère que, selon elle, le renouvellement est tout à fait possible. Dès l'analyse de notre avocat achevée, nous ne manquerons de vous la communiquer.

Thierry BECHU (thierry.bechu.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

30 SEPTEMBRE 2009

DIRECTIONS ARS

Le conseil des ministres a nommé mercredi les 26 directeurs généraux préfigurateurs des Agences régionales de santé (ARS).

- Ile-de-France: Claude Evin, avocat, président de la Fédération hospitalière de France (FHF)
- Rhône-Alpes: Denis Morin, conseiller maître à la Cour des comptes
- Provence-Alpes-Côte d'Azur: Dominique Deroubaix, directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) du Nord-Pas-de-Calais
- Nord-Pas-de-Calais: Daniel Lenoir, directeur général de la Mutualité française
- Aquitaine: Nicole Klein, préfète des Hautes-Alpes
- Pays-de-la-Loire: Marie-Sophie Desaulle, directrice de l'ARH de Poitou-Charentes
- Midi-Pyrénées: Xavier Chastel, ingénieur en chef des mines, membre du comité de direction du groupe Eramet
- Bretagne: Alain Gautron, directeur de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) Champagne-Ardenne
- Languedoc-Roussillon: Martine Aoustin, chef de la mission tarification à l'activité (T2A) à la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos)
- Lorraine: Jean-Yves Grall, directeur de l'ARH de Lorraine
- Centre: Jacques Laisné, ancien préfet du Var
- Alsace: Laurent Habert, chef de service à la Direction de la sécurité sociale (DSS)
- Bourgogne: Cécile Courrèges, adjointe au chef de projet ARS
- Poitou-Charentes: François-Emmanuel Blanc, directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Marseille
- Picardie: Christophe Jacquinet, directeur de Santéliance Conseil
- Haute-Normandie: Gilles Lagarde, sous-préfet du Havre
- Basse-Normandie: Pierre-Jean Lancry, directeur de la santé à la Mutualité sociale agricole (MSA)
- Auvergne: François Dumuis, directeur de l'ARH d'Auvergne
- Champagne-Ardenne: Jean-Christophe Paille, directeur de l'ARH Pays-de-La-Loire
- Franche-Comté: Sylvie Mansion, directrice générale adjointe de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (Ucanss)
- Limousin: Michel Laforcade, directeur de la Ddass de Dordogne
- La Réunion: Chantal de Singly, directrice de l'Institut du management à l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP)
- Corse: Dominique Blais, directeur de l'ARH de Basse-Normandie
- Martinique: Christian Ursulet, directeur de la Ddass de Martinique
- Guadeloupe: Mireille Willaume, directrice de la Drass de Lorraine
- Guyane: Philippe Damie, directeur de l'ARH de Guyane.

DÉPÊCHES

13 OCTOBRE 2009

CONSEIL - AUTORISATIONS EN CANCÉROLOGIE

Les autorisations de cancérologie commencent à être notifiées aux établissements de santé.

Plusieurs d'entre vous nous ont interrogés sur les conséquences d'une poursuite d'une activité lorsque leur demande d'autorisation a été l'objet d'un refus de l'ARH.

Compte tenu de la récurrence de ces questions, nous tenons d'une part à vous alerter sur les risques encourus en cas de poursuite d'une activité pour laquelle votre établissement n'aurait pas reçu d'autorisation, et d'autre part à vous donner quelques conseils d'ordre organisationnel et juridiques si vous envisagez de contester la décision de refus.

Chloé TEILLARD, chloe.teillard.mco@fhp.fr, t. 01 53 83 56 59, est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

13 OCTOBRE 2009

LIQUIDATION DES FACTURES RELATIVES AUX IVG MÉDICAMENTEUSES

Certains d'entre vous nous ont sollicités concernant les problèmes rencontrés lors de la liquidation des factures liées aux IVG médicamenteuses réalisées en établissement.

En effet, l'arrêté du 04/04/2008 a instauré deux tarifs différents : l'un pour l'IVG par mode médicamenteux, l'autre pour l'IVG par mode instrumental.

Ainsi, avec la circulaire CNAMTS n°33/2009 du 22/09/2009 relative « aux prix limites de soins, des forfaits et de la surveillance afférents aux IVG dans les établissements de santé », les factures relatives aux IVG médicamenteuses rejetées jusqu'à présent, peuvent désormais être liquidées avec la création dans les tables CNAMTS d'un nouveau code acte : « IMI ».

La circulaire ayant une date d'application immédiate, les CPAM sont aujourd'hui en mesure de liquider ces factures.

19 OCTOBRE 2009

ACCOMPAGNEMENT DE LA CAMPAGNE TARIFAIRE 2009

Comme vous le savez, nous avons toujours demandé une gestion nationale de l'enveloppe d'accompagnement de la campagne tarifaire 2009, commune aux secteurs public et privé d'un montant de 100 millions d'euros.

Nos efforts semblent porter leurs premiers fruits. En effet, Madame Annie Podeur, directrice de la DHOS, a accepté d'étudier les dossiers des établissements, que nous lui transmettrons via une « Open Line », en cours de formalisation avec la DHOS.

Nous transmettrons les demandes des établissements qui nous ont retourné leurs données sur la base du tableur excel envoyé à plusieurs reprises. Pour tous les autres, nous vous remercions de nous adresser vos informations au plus vite en utilisant le tableur en PJ.

À case mix équivalent, seuls les établissements présentant une baisse du chiffre d'affaires par séjour supérieur à 1 % seront étudiés par la DHOS.

Virginie DUBOS (virginie.dubos.mco@fhp.fr) et Thierry BECHU (thierry.bechu.mco@fhp.fr) sont à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

DÉPÊCHES

19 OCTOBRE 2009

EVOLUTION DES NORMES DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Le 24 mars dernier, nous vous adressons une information relative à l'évolution des normes en médecine et chirurgie.

(extrait de la dépêche du 24 mars 2009)

« Ces projets de textes, en discussion depuis plus de deux ans, devraient être présentés en CNOSS au mois de mai prochain. Le processus de publication s'est accéléré depuis novembre. Une ultime réunion s'est tenue le 17 mars afin d'entendre la position des professionnels. Ces nouveaux textes présentant trois grands types d'enjeux :

- 1. La fin des normes quantitatives au profit de normes de compétence. « Il faut une compétence infirmière ou bien de puéricultrice » sans précision du nombre,
- 2. Un nombre minimal d'interventions chirurgicales par année fixé à 1500,
- 3. Une réglementation plus stricte sur la prise en charge pédiatrique. »

En définitive, ces textes ont été présentés au CNOSS du 1er octobre 2009.

Nous avons tenu une ligne conforme aux travaux réalisés au printemps dernier que vous trouverez ci-joint.

Nous joignons également la note de présentation établie par la DHOS. Elle fait état notamment des objectifs suivants :

« Ces projets de décrets répondent à trois objectifs principaux :

- 1. Définir les conditions d'autorisation et les conditions techniques de fonctionnement de ces activités.
- 2. Définir et structurer pour la première fois le champ de la médecine et de la chirurgie des établissements de santé publics et privés.
- 3. Donner à ces activités de soins plus de lisibilité, ainsi que des leviers juridiques en vue d'une amélioration d'une prise en charge adaptée des patients. »

Les études d'impacts vous sont également transmises.

« Les Entités Juridiques (EJ) du secteur public sont d'abord concernées par ce seuil tant en nombre brut d'unités qu'en proportion des EJ qui réalisent une activité chirurgicale au niveau national. Si peu d'entités juridiques privées à but non lucratif exercent cette activité, le seuil aura un impact important sur ce secteur, notamment sur les entités juridiques qui ont le statut de CLCC puisque, parmi les 21 EJ concernées, 6 possèdent ce statut. Si les EJ privées à but lucratif sont moins touchées par ce seuil (53 EJ représentant 9 % de l'activité nationale de ce secteur), le nombre de séjours représente 25,5 % du nombre total de 182 EJ. »

Ces textes ayant obtenu un avis favorable du CNOSS, leur publication est attendue prochainement. Nous ne manquerons de revenir vers vous lors de leur publication.

Les volets médecine et chirurgie du SROS seront révisés dans un délai de six mois après la publication des décrets. Les ARH/ARS auront un délai de six mois pour accorder les autorisations. Les établissements disposeront ensuite d'un délai de seize mois pour se mettre en conformité.

Chloé TEILLARD (chloe.teillard.mco@fhp.fr) et Thierry BECHU (thierry.bechu.mco@fhp.fr) à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

20 OCTOBRE 2009

MODALITÉS DE REMPLACEMENT DES PHARMACIENS DE PUI EN CAS D'ABSENCE

Suite à une question posée par un établissement, vous trouverez ci-dessous quelques précisions sur les modalités de remplacement des pharmaciens de PUI en cas d'absence.

Les dispositions antérieures au décret du 3 octobre 2007 imposaient aux établissements d'informer en cas d'absence de leur pharmacien :

1. Le Conseil national de l'ordre des pharmaciens
2. L'Inspection régionale de la pharmacie (DRASS)

Ces obligations n'ont aujourd'hui plus lieu d'être.

Le remplacement des pharmaciens en cas d'absence est régi par l'article R5126-43 du Code de la santé publique reproduit ci-après. C'est-à-dire :

1. Le remplacer dans les conditions définies par les dispositions du contrat qui le lie à l'établissement.

DÉPÊCHES

2. S'assurer que le remplaçant remplit les conditions d'exercice définies aux articles R5126-34 à R5126-41 de CSP (ces articles font références aux obligations de tous pharmaciens de PUI : diplôme, salariat, contrat de gérance...)

Aucunes références aux obligations d'information citées ci-dessus n'ont été reprises.

Le Conseil national de l'ordre et/ou l'Inspection régionale de la pharmacie, n'ont donc pas à être avertis de l'absence de votre pharmacien.

Interrogée sur le sujet, la section pharmacie de la DRASS nous a rappelé que les établissements privés n'avaient aucune obligation dans ce cas précis à leur égard, mais il nous a été précisé que les inspecteurs appréciaient avoir l'information.

Article R5126-43 du CSP

- Quelles que soient la cause et la durée de l'absence du pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur, il est remplacé dans les conditions définies par les dispositions statutaires qui lui sont applicables ou par le contrat qui le lie à l'établissement.
- Le remplacement ne peut être effectué que par un pharmacien remplissant les conditions d'exercice définies, selon les cas, par les paragraphes 1 et 2 ci-dessus. Le remplaçant est soumis aux mêmes obligations de service que le pharmacien qu'il remplace.
- Dans les pharmacies régies par les dispositions du paragraphe 2 ci-dessus et lorsque l'absence est inférieure à quatre mois, le remplacement peut, en outre, être effectué par un pharmacien qui, remplissant les conditions requises aux 1^o et 2^o de l'article L. 4221-1 ou ayant obtenu l'autorisation prévue aux articles L. 4221-9, L. 4221-11 ou L. 4221-12, a sollicité son inscription au tableau de l'une des sections de l'Ordre national des pharmaciens, en attendant qu'il soit statué sur sa demande.

22 OCTOBRE 2009

INSTRUCTION DHOS - PROGRAMME DE RECHERCHE QUALITÉ HOSPITALIER

Instruction N°DHOS/MOPRC/E2/2009/318 du 19 octobre 2009 relative au programme de recherche en qualité hospitalière pour 2010

Cette instruction, mise en ligne le 21 octobre sur le site circulaires.gouv.fr, a pour objet de lancer un programme de recherche, au titre de l'année 2010, conçu après avis de la Haute Autorité de Santé (HAS) et destiné à promouvoir la recherche sur la qualité dans les établissements de santé.

Cet appel à projets s'adresse à tous les établissements de santé pouvant bénéficier d'un financement au titre des MIGAC. Les projets présentés ne peuvent être éligibles à ce programme, que s'ils relèvent d'une recherche dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins. Vous constaterez à la lecture de cette instruction que les établissements visés en premier lieu par cet appel à projet sont les CHU, dont nous vous invitons à vous rapprocher si vous souhaitez y participer.

Cette instruction prévoit que « Pour chacun des projets sélectionnés, les crédits seront délégués exclusivement à l'établissement de santé coordonnateur au titre d'un exercice tarifaire (enveloppe MIGAC), renouvelables pour la seule durée du projet [trois ans au total] ». C'est l'établissement de santé coordonnateur du projet qui procédera à l'affectation d'une part de ces crédits auprès des établissements « éventuellement associés, selon les modalités définies par voie de convention conclue avec ces derniers ».

Les Thèmes de recherche retenus au titre de l'année 2010 sont les suivants :

- I Impact des outils d'évaluation et d'analyse des risques sur la qualité et la sécurité des soins;
- II Impact des modalités d'organisation favorisant la coordination intra-hospitalière des soins;
- III Impact des organisations favorisant la coordination entre établissements de santé et/ou entre établissements de santé et soins de ville (filière de soins, réseaux de santé,

DÉPÊCHES

actions de coopération entre structures de soins] sur la qualité de la prise en charge des patients;

- IV Thèmes libres.

Les dossiers de candidature devront être adressés par le directeur de l'établissement de santé coordonnateur, au plus tard le 12 janvier 2010 à :

Mission de l'observation, de la prospective et de la recherche clinique

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

Ministère chargé de la santé, 14 avenue Duquesne 75350 PARIS 07 SP.

23 OCTOBRE 2009

RECUEIL DES INDICATEURS IPAQSS MCO POUR 2009

Depuis le 15 octobre dernier, les établissements MCO peuvent débuter le recueil des indicateurs IPAQSS. La période de recueil prendra fin au 28 février 2010.

Nous appelons votre attention sur le fait que cette année, les résultats individuels obtenus par chaque établissement seront publiés sur la site PLATINES et donc visibles du public et exploitables par les médias. Ils seront également diffusés aux ARS et figureront dans les comptes rendus de certification pour la troisième procédure (V2010)

Or, nous vous rappelons que, des résultats comparatifs obtenus pour la première campagne, il ressort que les scores moyens obtenus par notre secteur sont, sauf pour l'évaluation de la douleur, inférieurs ou égaux pour deux d'entre-eux seulement à la moyenne nationale, tous secteurs confondus et, pour certains, les plus faibles par rapport aux autres secteurs.

Nous ne mésestimons pas les difficultés que vous pouvez rencontrer dans cette démarche, non seulement lourde au niveau organisationnel, mais qui demande aussi une coopération du corps médical, tant dans la qualité des informations qu'il se doit de remplir dans les dossiers des patients, que dans la qualité du recueil proprement dit.

Le BAQIMEHP dans sa fiche technique n° 29 apporte des précisions sur ce second recueil dont certaines modalités sont modifiées, et renouvelle ses recommandations pour en optimiser la qualité. Il organise le 2 novembre prochain une session d'une journée de formation pour les professionnels n'ayant pas participé au recueil l'année précédente, mais aussi pour ceux qui souhaitent actualiser leurs connaissances.

Nous sommes bien entendu à votre disposition et nous vous demandons de nous faire remonter toutes les difficultés que vous rencontrerez. Pour toutes difficultés techniques, le BAQIMEHP est à la disposition des professionnels de vos établissements pour les aider dans leur démarche.

29 OCTOBRE 2009

GUIDE DES RÈGLES DE FACTURATION DES SOINS

Un guide des règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé élaboré par la DHOS, l'ATIH et l'Assurance Maladie, est désormais disponible à travers la circulaire n° DHOS/F4/2009/319 du 19 octobre 2009, que je vous invite à télécharger ci-après.

Ce guide est constitué de 25 fiches thématiques spécifiques aux règles de facturation conformément à la réglementation en vigueur :

- Accidents du Travail
- Activité libérale des praticiens statutaires exerçant à temps plein dans les établissements publics de santé
- Admission d'un mineur dans un établissement de santé
- Assuré social de l'Océan indien
- Centres de rétention administrative
- Structures spécifiques d'hospitalisation : « Cliniques ouvertes »
- Couverture Maladie Universelle de base
- Dispositifs médicaux
- Forfait accueil et traitement des Urgences (ATU)
- Forfait « de petit matériel » (FFM)

DÉPÊCHES

- Forfait Journalier Hospitalier (FHT)
- Forfait « Sécurité Environnement » (SE)
- Forfait technique facturable au titre des actes de scanographie (SCA), de remnographie (IRM) et de tomographie par émission de protons (TEP)
- Franchise médicale
- Gardés à vue
- Interruptions volontaires de grossesse
- Maladies professionnelles
- Médicaments
- Parcours de soins coordonnés
- Participation forfaitaire de 1€
- Prises en charge de moins d'une journée
- Rétrocession de médicaments
- Services Mobiles d'Urgences (SMUR)
- Tarifs de prestations
- Ticket modérateur forfaitaire de 18 €

Ces fiches font cependant l'objet d'une actualisation en fonction de l'évolution de la réglementation. Ces mises à jour sont accessibles sur le site du ministère de la santé :

www.sante-sports.gouv.fr/dossiers/sante/regles-facturation/regles-facturations-new.html

Je vous rappelle également que, sur ce même site (rubrique Admission), est disponible en ligne le guide pratique relatif aux procédures d'admission des patients dans les établissements de santé, réalisé par la MEAH en 2008.

Virginie DUBOS (virginie.dubos.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

29 OCTOBRE 2009

DURÉES MOYENNES DE SÉJOURS DMS

Les durées moyennes de séjours (DMS) représentent un outil de gestion et de pilotage non négligeable depuis la mise en place de la T2A.

Nous mettons donc à votre disposition les durées moyennes de séjours 2008, associées à la nouvelle classification des GHM V1.1 :

Au sein du fichier à télécharger ci après, vous trouverez pour chaque GHM v1.1 :

- La durée moyenne de séjour observée dans les établissements privés Ex 00N en 2008
- La durée moyenne de séjour observée dans les établissements publics Ex DG en 2008

Ces DMS sont issues de la base PMSI MCO nationale 2008 (groupée en v1.1), et ont été calculées à partir de l'ensemble des séjours ayant nécessité au moins 1 nuit d'hospitalisation.

Les GHM ambulatoires (0 nuit), ainsi, que les séances (CM 28) n'apparaissent donc pas dans ce référentiel.

Virginie DUBOS (virginie.dubos.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

2 NOVEMBRE 2009

CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE - CIRCULAIRE MINISTÉRIELLE N° DHOS/04/2009/258 DU 12 AOÛT 2009.

Par dépêche du 21 avril 2009, nous vous avons présenté une synthèse de deux décrets et d'un arrêté ministériel parus au Journal Officiel du 16 avril 2009, qui soumettent désormais l'activité de cardiologie interventionnelle à un régime d'autorisations, conformément à ce que

DÉPÊCHES

prévoyait sur ce point l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003.

Ces décrets n°2009-409 et n°2009-410 du 16 avril 2009 déterminent les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie.

L'arrêt de même jour fixe, quant à lui, le nombre minimal annuel d'actes pour les activités interventionnelles que doit réaliser, par site, le titulaire de l'autorisation de pratiquer les activités de cardiologie interventionnelle.

Une circulaire n°DHOS/04/2009/258 du 12 août 2009 vient préciser le nouveau régime d'autorisations en cardiologie interventionnelle.

L'élaboration de cette circulaire n'a malheureusement été soumise à aucune concertation et suscite des interrogations dont nous ne manquerons pas d'aviser le Ministère de la Santé.

Nous souhaitons attirer votre attention sur trois principaux sujets :

- Tout d'abord, l'annexe 1 de cette circulaire comprend la liste des actes retenus pour les calculs des seuils. Or elle est beaucoup plus restrictive que la liste CCAM des actes de cardiologie interventionnelle. Pour la rythmologie ne sont notamment pas retenus les actes relatifs aux défibrillateurs cardiaques et aux stimulateurs cardiaques triples chambres, alors que l'autorisation de cardiologie interventionnelle est exigée pour pouvoir les implanter.
- Ensuite, nous nous interrogeons également sur la portée de la proposition d'indicateurs pour l'évaluation des autorisations d'activités interventionnelles qui figure en annexe 5. Bon nombre de ces indicateurs nous semblent peu pertinents et sont notamment utilisables par les futures ARS par l'intermédiaire des CPDM.
- Enfin, les modalités de répartition de l'offre de soins et le calcul des seuils précisés en page 2 de l'annexe 2 nous semblent aller au-delà de la réglementation en vigueur.

Au-delà de ces sujets, vous trouverez dans cette circulaire structurée en quatre parties, des précisions sur le champ des activités interventionnelles, sur les principes d'organisation (conditions d'environnement immédiat, autorisation et reconnaissance connexes, modalités de participation des titulaires de l'autorisation à la permanence des soins et à la continuité des soins), sur les modalités d'élaboration des volets des SROS (calendrier et modalités de calculs des besoins et des seuils d'activités attendus), ainsi que sur le traitement des autorisations et des listes ARH dans l'attente de la diffusion du SROS révisé.

Nous vous rappelons que les SROS peuvent être révisés à tout moment (art. L. 6121-1 du CSP, dernier alinéa). Une révision du SROS est par ailleurs nécessaire à l'ARH pour augmenter le nombre d'implantations.

1° Les éventuelles autorisations qui pourraient être délivrées par les ARH, notamment en fonction du nombre d'implantations de DCI révisé, seraient donc temporaires, délivrées sur la base des décrets du 2004 et valables seulement jusqu'à l'entrée en vigueur de la révision du SROS fondée sur les décrets du 16 avril 2009.

2° La circulaire du 12 août 2009 précise d'une part, que les titulaires d'autorisations de cardiologie interventionnelle délivrées avant l'entrée en vigueur du SROS révisé, devront demander une nouvelle autorisation, et d'autre part, que les listes dites « ARH » existantes de la circulaire du 3 août 2004 restent en vigueur jusqu'à notification des décisions de « cardiologie interventionnelle ».

Une étude d'impact a été réalisée. Elle sera adressée dès demain à chaque délégation régionale. Un courrier FHP-MCO sera adressé aux services du Ministère de la santé pour leur faire part de nos remarques.

Vous trouverez ci-joint la circulaire et la note d'analyse de notre avocat.

Chloé TEILLARD, chloe.teillard.mco@fhp.fr, est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

9 NOVEMBRE 2009

DÉVELOPPEMENT DURABLE EN ÉTABLISSEMENT MCO : JOURNÉE DE SENSIBILISATION ET D'INFORMATION, MARDI 8 DÉCEMBRE 2009 À PARIS.

Dans le cadre du partenariat entre la FHP-MCO et le c2ds – Comité pour le développement durable en santé, nous vous invitons à une journée thématique de sensibilisation sur une démarche de développement durable au sein d'un établissement hospitalier, et plus particulièrement au sein du bloc opératoire.

DÉPÊCHES

Parce que la FHP-MCO souhaite contribuer à la "durabilité" du système de santé et construire avec les établissements privés une vision à long terme, le syndicat a signé un partenariat avec le Comité pour le Développement Durable en Santé - c2ds. Cette association de professionnels de l'hospitalisation publique, privée et PSPH a pour objectif d'informer, de motiver et d'accompagner les acteurs à s'engager dans une démarche de développement durable. Au-delà de convictions personnelles, les exigences environnementales de la V2010 et celles des conditions d'éligibilité au plan Hôpital 2012, sont suffisantes pour porter à votre connaissance des informations et des outils d'accompagnement produits par ce comité. Enfin, le c2ds forme en "développement durable" les experts visiteurs de la HAS.

9 NOVEMBRE 2009

T2A BILAN DES CONTRÔLES

CIRCULAIRE N°DHOS/F1/ATIH/2009/324 du 26 octobre 2009 relative au bilan des contrôles 2007 et 2008 et à des modalités organisationnelles nouvelles pour les contrôles 2009 réalisés dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A)

La circulaire susvisée et ses annexes visent à restituer aux DARH les résultats de l'enquête réalisée auprès des ARH afin de faire le point sur la mise en œuvre des sanctions financières pour l'année 2007, dans le cadre de la T2A (article L.162-22-18 du CSS). Cette enquête va être renouvelée et optimisée pour les années suivantes. Un réseau de correspondants régionaux va être créé et animé par l'ATIH afin de faire le point à intervalles réguliers, plusieurs fois par an, sur le déroulement des contrôles T2A en région.

Il résulte notamment de cette première enquête à laquelle 20 ARH sur 25 ont répondu, que seuls 13 établissements relevant de 6 régions ont fait l'objet de sanctions, soit 14,1 % des établissements contrôlés dans ces régions et 4,4 % des établissements contrôlés des 20 régions répondantes. Les sanctions demandées par les UCR ont été systématiquement accordées par les ARH concernées.

Le montant moyen des sanctions s'est élevé à 168 211 euros avec un minimum de 15 482 euros et un maximum de 772 419 euros. Concernant les répétitions d'indus : près de 96 % des établissements contrôlés ont été soumis à des répétitions d'indus.

Si le nombre d'établissements sanctionnés est faible pour l'instant, compte tenu des difficultés pour les tutelles à mettre en œuvre cette procédure récente, nous attirons à nouveau votre attention sur la volonté affichée de l'assurance maladie de systématiser les contrôles T2A et les sanctions financières, tout en optimisant les délais de procédure. Par ailleurs, la circulaire ne manque pas de rappeler qu'aux sanctions prévues à l'article L.162-22-18 du CSS, peuvent être associées les sanctions prévues à l'article 69 de la LFSS pour 2007, en cas de non transmission par les établissements de leurs informations d'activité ou d'obstacle à la réalisation des contrôles.

Enfin, les contrôles en HAD vont également être développés pour 2009 sur cinq établissements dans cinq régions différentes. Le nombre d'établissements d'HAD contrôlés se développera en 2010.

Les critères de sélection pour 2009 sont les suivants :

- volume d'activité
- séjours présentant un pourcentage élevé de modes de prise en charge principale peu représentée au plan national
- séjour présentant un pourcentage très élevé de séquences courtes (témoin d'une forte variation des GHT associés)

Enfin, nous vous proposons un outil visant à mieux maîtriser le déroulé des contrôles (avant, pendant, après). Un groupe de travail va être mis en place afin de travailler les différentes voies de recours. Nous ne manquerons pas de vous faire part de ses recommandations.

Chloé TEILLARD, chloe.teillard.mco@fhp.fr et Thierry BECHU, thierry.bechu.mco@fhp.fr sont à votre disposition pour toute question sur les contrôles. Avec votre accord, vos remarques et vos interrogations seront systématiquement remontées lors des réunions sur les contrôles T2A à la CNAM.

DÉPÊCHES

13 NOVEMBRE 2009

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU SYNDICAT FHP-MCO

Votre participation à l'Assemblée Générale du syndicat FHP-MCO

Nous attirons tout particulièrement votre attention sur la nécessité de votre présence lors de l'AG du syndicat qui se tiendra le vendredi 20 novembre à 14h15 (lors des Rencontres de la FHP / Espace Grande Arche la Défense - Paris)

Les objectifs du syndicat, son fonctionnement ainsi que le budget et les cotisations sont l'affaire de nous tous. Nous comptons donc sur votre présence (en cas d'empêchement : mandat et procuration en PJ).

A toutes fins utiles, nous vous réadressons le PV de l'AG du 17 décembre 2008.

Au plaisir de vous accueillir les 19 et 20 novembre prochains.

13 NOVEMBRE 2009

NON À LA GRÈVE DES PRATICIENS OBSTETRICIENS LIBÉRAUX

Le Syngof appelle les praticiens libéraux à l'arrêt des accouchements à compter de demain samedi 14 novembre 2009.

Sur le fond, la problématique assurantielle de nos praticiens obstétriciens appelle des aménagements législatifs et réglementaires car elle constitue indéniablement un frein à l'attractivité du secteur privé.

Sur la forme, la méthode utilisée préconisant l'arrêt définitif des accouchements ne nous paraît pas adaptée, voir suicidaire, tant pour nos médecins que nos établissements. La FHP-MCO n'a, à aucun moment, été associée à cette initiative et ne peut que regretter de découvrir dans la presse ce type d'action.

C'est une mauvaise réponse à un vrai problème.



The image features a dark blue background with large, stylized, light blue letters. On the left, the letters 'D' and 'S' are partially visible. In the center, the letter 'L' is prominent, with the text 'LES ÉDITOS DU PRÉSIDENT LAMINE GHARBI' overlaid on it.

LES ÉDITOS
DU PRÉSIDENT
LAMINE GHARBI

EDITOS

JEUDI 18 DÉCEMBRE 2008

ET SI NOUS FAISONS CONNAISSANCE ?

L'opinion publique ne le sait pas suffisamment, nos tutelles peinent à l'entendre : notre secteur est efficient, innovant, riche de compétences, garantissant partout en France une offre hospitalière de qualité. Soyons en fiers et faisons le savoir largement ! Au-delà des initiatives de la fédération (Journées

**NOTRE SECTEUR EST EFFICIENT,
INNOVANT, RICHE DE COMPÉTENCES,
GARANTISSANT PARTOUT EN FRANCE
UNE OFFRE HOSPITALIÈRE DE QUALITÉ.**

Thématiques, Trophées, Rencontres), nous vous inviterons à des échanges, des rencontres au sein de notre profession.

Nous avons déjà imaginé *Le 13h FHP-MCO*, newsletter qui se lit en un clin d'œil et que vous recevrez par mail chaque jeudi à 13h. Nos e-mails d'information se transformeront en *Dépêches FHP-MCO* afin de coller au rythme de l'actualité et d'être une véritable aide à la décision. Dans l'attente de vous lire, de vous entendre et de vous rencontrer.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 25 DÉCEMBRE 2008

LFSS 2009 PARUE AU JO

La loi fixe un Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) en hausse de 3,3 % à 157,6 milliards d'€. Le déficit du régime général de l'assurance maladie est prévu à 4,6 milliards d'€ et celui du régime général de la sécurité sociale à 10,5 milliards d'€ en 2009. Concernant les établissements de santé, la loi prend des mesures de maîtrise des dépenses des médicaments onéreux et des dispositifs médicaux implantables, ainsi que des actes hospitaliers connaissant une croissance trop rapide. Les tarifs nationaux des prestations pourront également être déterminés en tout ou partie à partir des données afférentes au coût relatif des prestations. La loi modifie la procédure de fixation des objectifs et des tarifs et fixe au 1er juillet 2011 le délai pour passer à la facturation directe à l'assurance maladie pour les hôpitaux. L'amendement proposé par la FHP a définitivement été adopté et introduit un rapport parlementaire annuel ayant pour objectif de renforcer la transparence sur la mise en œuvre de la convergence intersectorielle.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 08 JANVIER 2009

TOUS NOS MEILLEURS VŒUX POUR 2009

Le président de la FHP-MCO Lamine GHARBI & son conseil d'administration sont très heureux de vous transmettre leurs meilleurs vœux pour cette nouvelle année 2009 que nous vous souhaitons heureuse et sereine.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO



EDITOS

JEUDI 15 JANVIER 2009

LE BRAS DE FER EST ENGAGÉ

LE SYNDICAT REFUSE, DE BAISSER PAR AILLEURS LES 236 AUTRES GHM.

493 millions, c'est la somme demandée par la FHP et la FHP-MCO au ministère pour porter les 487 GHM à l'équilibre. Le syndicat refuse, comme son président l'a déclaré à Mme PODEUR aux rencontres de Bruxelles, de baisser par ailleurs les 236 autres GHM. Dans ces négociations tarifaires, les exigences de la FHP-MCO portent prioritairement sur les activités suivantes :

- la chirurgie ambulatoire,
- la cancérologie et notamment la chimiothérapie ambulatoire,
- les soins palliatifs,
- la chirurgie cardiaque et la cardiologie interventionnelle,
- la césarienne et les bébés,
- les activités « lourdes » de réanimation, surveillance continue et soins intensifs.

L'ensemble de ces points a été rappelé au cabinet de la Ministre hier, mercredi 14 janvier, ainsi que les dossiers restés en souffrance : facturation des monitorings, des SE pour la chirurgie dermatologique. Le représentant du cabinet est resté silencieux sur le calendrier tarifaire 2009.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 22 JANVIER 2009

JE VOUS AI ENTENDUS !

La Ministre Roselyne BACHELOT honorait de sa présence mardi soir la cérémonie traditionnelle des vœux de la FHP. Elle a pris note de l'ensemble des demandes des trois présidents de spécialité psychiatrie, SSR et MCO sans se détourner de son discours rédigé à l'avance et pour conclure : « *Quand on compare votre secteur à bien d'autres secteurs de l'économie (...) je crois qu'il convient aussi d'être optimiste* » a-t-elle déclaré, mettant en avant la stabilité du chiffre d'affaires au sein du secteur de la santé en opposition à celui de l'automobile ..

Après un temps convivial et la remise de cadeaux, le président de la FHP-MCO a fait part à Madame la Ministre des inquiétudes de la profession.

Extrait du discours de Lamine GHARBI :

Madame la Ministre,

En tant que responsable du devenir des 718 cliniques MCO en France, j'ai le devoir de m'assurer, tout au long de mon action syndicale, de leur pérennité, et mieux encore, de leur développement.

Le bureau de la FHP-MCO (...) me charge donc de vous transmettre nos inquiétudes et notre entière détermination à être entendus sur :

- la réforme de la tarification annoncée, dont nous ne pouvons accepter les effets redistributifs majeurs car ils remettent en cause la pérennité et les projets de développement de nos établissements,
- la convergence intra sectorielle annoncée : les effets revenus qu'elle engendrerait sont inacceptables,
- la détérioration de nos comptes d'exploitation, montrant que 30 % des établissements sont en difficulté économique en 2008,
- le fait que 27 départements français ne possèdent plus de maternité privée et donc de cette liberté de choisir si chère à nos concitoyens,

EDITOS

- le fait que seuls 120 établissements ont obtenu une reconnaissance de leur activité d'urgence. La permanence des soins requiert un engagement de tous : une centaine d'établissements privés sont candidats, pourtant sans succès à ce jour,
- le silence récurrent de vos services à un mois de la réforme tarifaire [...]

Enfin, j'insisterai tout particulièrement sur la place du secteur privé dans son ensemble, pour qu'il soit reconnu à sa juste valeur et que notre offre de soins ne soit plus ignorée, tout particulièrement en situation de crise,

Sachez, que je n'accepterai en aucun cas la baisse d'un seul tarif et n'aurai de cesse de vous rappeler votre obligation de convergence intersectorielle.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO



EDITOS

JEUDI 29 JANVIER 2009

CAMPAGNE TARIFAIRE 2009 : J-22 ET TOUJOURS DANS L'ATTENTE DE NOTRE SORT !

Les effets cumulés de la mise en œuvre de la V11, l'évolution du coefficient de technicité, de la surveillance continue et des tarifs dans leur ensemble pourraient impacter jusqu'à + ou - 20 % le chiffre d'affaire des établissements.

33 % DES ÉTABLISSEMENTS ÉTAIENT DÉFICITAIRES EN 2007 ET UN GRAND NOMBRE PARVENAIT JUSTE À L'ÉQUILIBRE.

Selon l'Observatoire économique des cliniques MCO, 33 % des établissements étaient déficitaires en 2007 et un grand nombre parvenait juste à l'équilibre. Voilà le message en substance délivré à la presse professionnelle. Le 14 janvier dernier, le conseiller technique de la Ministre nous assurait vouloir éviter ces effets revenus, expliquant ainsi la complexité de la campagne tarifaire MCO 2009. Un propos qui se veut rassurant mais qui n'est pas, à ce jour, traduit dans les faits.

Malgré l'insistance de la FHP-MCO, le ministère n'a arrêté aucune date précise (aux « alentours » du 6 février 2009) de séance de travail du fait des arbitrages toujours en cours au cabinet. La FHP-MCO affine son argumentaire et décidera au bureau du 4 février et le lendemain en conseil d'administration, la mise en œuvre d'actions. Tenez-vous prêts !

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 05 FÉVRIER 2009

CAMPAGNE 2009 : J-17 ET TOUJOURS AUCUNE INFORMATION

Un courrier pour témoigner de l'indignation de la profession, validé par le Conseil d'Administration en séance aujourd'hui, est parti aux tutelles et aux parlementaires. La grogne monte, expliquons-nous au ministère, mais la mécanique technique prend du temps, nous répond-on au cabinet. Nous devrions être informés au plus tard demain de la date d'une réunion avec le ministère, qui devrait précéder la réunion du 13 février de présentation aux fédérations de la campagne 2009. Le principe d'organiser des actions lors des réunions régionales planifiées par la DHOS pour présenter et expliquer cette campagne est acté. Nous reviendrons vers vous pour leur mise en œuvre. Des actions juridiques seront lancées dès publication des arrêtés.

- Dates des réunions de la DHOS :
- Paris le 17 février à 9h30
- Lyon le 18 février à 9h30
- Bordeaux le 16 février à 14h30
- Rennes le 20 février à 14h30
- Nancy le 19 février à 14h30

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS



JEUDI 12 FÉVRIER 2009

CAMPAGNE TARIFAIRE : J-12 ET TOUJOURS AUCUNE NOUVELLE !

Aux appels téléphoniques quotidiens du syndicat FHP-MCO et de la FHP, la DHOS et le cabinet de la ministre répondent que les services compétents moulinent toujours les tarifs. Nous vous rappelons qu'une réunion « de travail » était planifiée avant la date du 13 février au cours de laquelle il était prévu que les fédérations soient informées des tarifs. Le CA de la FHP-MCO a immédiatement validé une lettre à la ministre, à Matignon, à l'Élysée, aux parlementaires et aux membres du Conseil Économique et Social, pour exprimer son très vif mécontentement. Un courrier est

SOYEZ CERTAINS QUE NOTRE PAROLE AU MINISTÈRE RESTERA INAUDIBLE SI LES PROFESSIONNELS DE TERRAIN LE SONT ÉGALEMENT.

également parti à la CNAMTS pour solliciter un système d'avance de trésorerie tel que celui qui avait été mis en œuvre lors de la mise en place de la facturation à la T2A en mars 2005.

Au-delà, nous appelons à une présence massive et bruyante autour d'un ou deux porte-parole par région aux cinq réunions planifiées. Les médias locaux seront conviés. Lamine GHARBI sera présent à la première réunion le 16 février à Bordeaux. Soyez certains que notre parole au ministère restera inaudible si les professionnels de terrain le sont également. Nous attendons de connaître la teneur de la réunion du 13 février pour structurer plus avant ces actions dans leur forme et leurs messages.

D'ores-et-déjà, organisez-vous et mobilisez-vous !

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

Calendrier :

16 février à 14h30, **Bordeaux**. Réunion organisée par l'ARH Aquitaine pour les régions Limousin, Poitou-Charentes, Midi-Pyrénées
17 février à 9h30, **Paris**. Réunion organisée par l'ARHIF pour les régions Ile-de-France, Centre, Nord-Pas-de-Calais, Picardie, DOM/TOM
18 février à 9h30, **Lyon**. Réunion organisée par l'ARH RA pour les régions Auvergne, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon, Corse
19 février à 14h30, **Nancy**. Réunion organisée

par l'ARH Lorraine pour les régions Lorraine, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Bourgogne, Alsace
20 février à 14h30, **Rennes**. Réunion organisée par l'ARH Bretagne pour les régions Basse-Normandie, Haute-Normandie, Bretagne, Pays de la Loire

EDITOS



JEUDI 19 FÉVRIER 2009

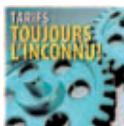
Marc WASILEWSKI et Gérard ANGOTTI à Bordeaux, Jean-Loup DUROUSSET à Paris, Lamine GHARBI et Jean-Loup DUROUSSET à Lyon, Alain PORET à Nancy et Jean Daniel SIMON à Rennes auront porté la voix de la profession au sein des réunions régionales de présentation de la campagne tarifaire. A minima, la motion commune est lue. C'est devant 300 personnes et les quatre représentants de la DHOS que Lamine GHARBI a souhaité exprimer plus largement le très fort mécontentement de la profession : « *inacceptable, processus cannibale, insulte à la profession, amateurisme des services ministériels...* » des mots forts ont été prononcés ! Les médias régionaux ont déjà répondu présents dans les trois premières villes et une conférence de presse commune FHP

« **INACCEPTABLE, PROCESSUS CANNIBALE, INSULTE À LA PROFESSION, AMATEURISME DES SERVICES MINISTÉRIELS...** »

et toutes ses composantes est prévue mercredi prochain à Paris. Entre une décision politique volontaire des parlementaires de voter un ONDAM à 3,1 % et une augmentation tarifaire de 0,47 % à l'arrivée, la machine technocratique a fait son œuvre. Bien que cette mécanique kafkaïenne conçue en 2009 pour élaborer des données non opposables, l'avocat de la FHP-MCO mettra en œuvre tous les recours possibles dès la publication des décrets. Les tarifs ne seront pas publiés avant le 1er mars et le principe d'une avance de trésorerie nous est refusé. Nous vous invitons à vous mobiliser encore à Nancy, à Rennes et à nous envoyer l'attestation en pièce jointe afin que nous puissions vous défendre, notamment dans la distribution laissée à la discrétion des ARH d'une enveloppe de 100 millions d'euros destinée aux établissements publics et privés perdants du fait de l'effet redistributif des tarifs en 2009.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS



JEUDI 26 FÉVRIER 2009

« La FHP-MCO juge totalement inacceptable la campagne tarifaire 2009 » ; « L'insulte des tarifs 2009 » ; « Le couperet est tombé » ; « Le privé inquiet » ; « Une augmentation d'ores et déjà jugée inacceptable »... titraient les médias la semaine dernière. Nous espérons que la dizaine de journalistes présents à la conférence de presse qui s'est tenue à Paris hier continueront de relayer notre colère tant sur le fond que sur la forme.

Le bureau extraordinaire de la FHP-MCO s'est réuni hier pour décider d'actions à court, moyen et long terme. Le dépôt d'un recours auprès du Conseil d'État concernant la campagne 2009 a été acté. La décision finale appartient aux membres du conseil d'administration qui seront sollicités en urgence sur ce sujet. Maître Dugast, en charge du dossier, ne pourra entrer en action qu'après la parution des tarifs au JO. Par ailleurs, le syndicat est en train de mesurer l'impact d'autres actions administratives : refus de participation à des démarches administratives ou encore facturation de frais supportés par les établissements dûs à la mauvaise gestion de cette campagne par la DHOS.

« L'INSULTE DES TARIFS 2009 » ;
 « LE COUPERET EST TOMBÉ » ;
 « LE PRIVÉ INQUIET » ;
 « UNE AUGMENTATION D'ORES
 ET DÉJÀ JUGÉE INACCEPTABLE »

LAMINE GHARBI
 PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 05 MARS 2009

CAMPAGNE TARIFAIRE : L'HEURE DES COMPTES

Samedi 28 février était publié l'arrêté relatif à la tarification 2009 que la FHP-MCO vous envoyait immédiatement dans vos boîtes mail. Les services économiques de la FHP et de la FHP-MCO travaillent depuis à mesurer les écarts tarifaires. Lundi, nous vous enverrons les simulations par établissement. Mercredi se réunira un CA extraordinaire invité à décider d'un recours auprès du Conseil d'État et d'en définir précisément les contours.

En 2009 et à partir d'un ONDAM [157,6 milliards d'euros] en augmentation de 3,3 %, l'ODMCO s'accroît de 3,16 % pour s'élever à un montant de 53,5 milliards, dont 9 pour le secteur privé. Comme nous le craignons, les MIGAC, distribuées à 99 % au secteur public ont augmenté de 4,73 % pour atteindre 7,69 milliards

PUISQUE LES TARIFS SONT CALCULÉS SUR LES COÛTS, IL NE RESTE PLUS À LA PROFESSION QU'À BAISSER SES COÛTS !!

d'euros. Le ministère s'est engagé sur une évolution des recettes qui ont un impact, par catégorie majeure de diagnostics, au maximum de 3 % en positif et de 2 % en négatif. C'est ainsi qu'en moyenne, le financement de l'activité ORL baisse de 2 % alors que celui de la chirurgie digestive augmente de 3 %. Puisque les tarifs sont calculés sur les coûts, il ne reste plus à la profession qu'à baisser ses coûts !! Nous nous interrogeons sur le sérieux de notre tutelle qui déclare vouloir réaliser cette année une économie de 300 millions alors que le déficit cumulé des établissements publics est de 970 millions. Enfin, 390 millions d'euros financeront la mise en œuvre des 4 grands programmes de santé publique : l'accompagnement du vieillissement de la population, l'amélioration de la qualité des soins, l'optimisation des filières de soins en amont et en aval du court séjour et l'accès aux soins de populations spécifiques.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

UNE ANNÉE
D'ENGAGEMENTS

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

EDITOS

JEUDI 12 MARS 2009

MISE EN ROUTE D'UN DOSSIER CONTENTIEUX

Le Conseil d'administration de la FHP-MCO qui s'est tenu hier a voté à une large majorité la mise en route d'un dossier contentieux portant sur l'arrêté tarifaire publié le 28 février dernier. Le syndicat dispose de deux mois pour construire son argumentaire. Le dossier sera instruit dans les 18 mois qui suivent.

Par ailleurs, le CA a également renouvelé le maintien du boycott de l'enquête menée par le cabinet Dedale, relative au programme de gestion des risques, (suite à la demande de la DHOS - circulaire DHOS E2-E4 n°176 du 29 mars 2004).

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 19 MARS 2009

DE LA TRANSPARENCE !

Nous n'avons eu de cesse de demander aux tutelles d'apporter toujours davantage de transparence dans la gestion de notre secteur hospitalier. La meilleure connaissance que nous avons aujourd'hui du système nous permet sans aucun doute de mieux négocier avec elles, mais ces nouveaux éclairages mettent également nos établissements à nu. Demain matin, à l'aide des récents outils tels que l'ENCC, nos ARS sauront tout de nos établissements. Et nous, que savons-nous de nous ?

DEMAIN MATIN, À L'AIDE DES RÉCENTS OUTILS TELS QUE L'ENCC, NOS ARS SAURONT TOUT DE NOS ÉTABLISSEMENTS.

Le Conseil d'Administration du 11 mars dernier a décidé de diffuser largement les résultats des simulations d'impacts de la V11/ENCC sur le chiffre d'affaires de nos établissements. Dans le fichier envoyé, une colonne supplémentaire a été ajoutée afin de prendre en compte les effets DMI et CHT. Cependant, cette colonne est une « approximation théorique » car les impacts DMI et CHT sont des éléments individuels et non égaux entre tous les établissements. Attention, nous vous invitons à être prudents sur l'utilisation et les conclusions de ces données qui ont été construites à partir de l'activité 2007.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 26 MARS 2009

LA LOI HPST

L'examen de l'intégralité du projet de loi HPST à l'Assemblée nationale s'est achevé mercredi dernier. Il se poursuivra au Sénat à partir du 12 mai avec un vote prévu aux alentours du 28 mai. L'adoption définitive du projet de loi par les deux chambres devrait intervenir autour du 10 juin. Voici les points de satisfaction et de vigilance à aujourd'hui :

Satisfaction

- Rupture du contrat d'exercice des médecins du fait des missions de SP des établissements : aucune indemnité ne pourra être réclamée en cas de refus d'exercice des missions de SP par le praticien et instauration d'une réciprocité dans la rupture.
- Médecins et récupération des honoraires CPAM : possibilité pour l'établissement de bénéficier des honoraires afférant aux activités exercées par des médecins salariés.
- Archives hospitalières : autorisation d'externaliser l'hébergement des dossiers médicaux « papier ».

Vigilance

- Pas d'encadrement de l'exercice libéral à l'hôpital : une très forte action de lobbying est en cours sur ce point essentiel.
- Le caractère facultatif de la compensation financière de l'engagement des établissements dans les missions de service public est toujours présent dans le texte.
- ARS : aucune concertation aux niveaux national et régional avec les fédérations (rien ne l'empêche mais rien ne l'oblige).
- Les sanctions dans les CPOM en cas de non respect des clauses portées de 1 % à 5 % du chiffre d'affaires.
- Le GCS : instauration d'un « droit d'option » entre les tarifs du secteur public et ceux du secteur privé. En effet, si des autorisations de cliniques sont transférées dans un GCS avec droit d'option sur les tarifs publics, il s'agit là d'une « nationalisation » qui ne dit pas son nom.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 02 AVRIL 2009

LA CAMPAGNE 2009 EST BOUCLÉE, BIENVENUE À LA CAMPAGNE 2010

Pour la tutelle, ce dossier est clos. Lundi 30 mars, la FHP-MCO était présente à la DHOS pour une première évaluation de l'impact de la campagne tarifaire 2009 : les établissements perdants, les anomalies tarifaires, le dispositif SRC, la facturation des monitorings, les chambres particulières, la facturation des soins externes pour les principaux points. La tutelle est intraitable et oppose un refus catégorique de modification des tarifs 2009. Au mieux, des interventions très exceptionnelles, via des AC, et non des correctifs de tarifs, seront mis en œuvre par les ARH. La FHP-MCO a insisté pour flécher l'enveloppe commune public/privé de 100 millions d'euros destinée à amortir l'impact de la campagne, vers les établissements perdants et obtenir une compensation à l'euro près.

**LA TUTELLE EST INTRAITABLE ET
OPPOSE UN REFUS CATÉGORIQUE DE
MODIFICATION DES TARIFS 2009**

La DHOS renvoie la gestion de cette enveloppe aux ARH. Le syndicat adressera dans les prochains jours une recommandation aux présidents de région. Une campagne « tarifo-vigilance », afin de procéder aux corrections de la V11/ENCC, est acquise pour 2010. Toutefois, la tutelle s'inscrit dans un rapport de force clair avec la profession en mettant en suspend les travaux communs pour l'élaboration de l'édition 2010, au regard de notre recours juridique qui doit être déposé auprès du Conseil d'Etat. La décision de s'engager dans une action juridique est bien entendu maintenue car aucun nouvel élément tangible n'est intervenu.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 09 AVRIL 2009

LE PLAN CANCER 2 POUR JUIN 2009 !

Ce nouveau plan cancer doit s'appuyer fortement sur l'ensemble des recommandations et mesures du rapport rédigé par le Professeur Jean-Pierre GRÜN-FELD et leur donner un caractère opérationnel.

Il sera élaboré pour 5 ans (2009-2013) et fera l'objet d'une évaluation régulière. De plus, son champ d'action dépassera largement « l'hospitalo-centrisme » pour donner une vision plus large de la prise en charge et des conséquences de cette pathologie. Le cancer est aujourd'hui la première cause de mortalité en France.

Quatre grands axes seront développés et traités par des groupes de travail distincts :

- La recherche pluridisciplinaire,
- L'organisation des soins, la prévention et le dépistage,
- Le parcours de soins,
- La vie après le cancer.

A notre grand regret, les groupes ne seront constitués que de représentants de la DHOS, de la DGS (Direction générale de la santé), de la DSS (Direction de la sécurité sociale), de la DGAS (Direction générale de l'action sociale), de la DGRI (Direction générale de la recherche et de l'innovation) et enfin de la DGT (Direction générale du travail). Cependant, les professionnels seront invités à s'exprimer dès mi-mai sur des fiches de travail. Toutes propositions complémentaires seront les bienvenues.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 23 AVRIL 2009

UN NOUVEAU FILON POUR LES MÉDIAS

Les tableaux de bord de lutte contre les infections nosocomiales et tout récemment les seuils en cancérologie sont la nouvelle matière journalistique pour les uns, mais également un vivier à scoops pour les autres. Les médias, ravis de cette nouvelle transparence, s'emparent de ces sujets qui touchent chaque français. Le Point ou L'Express reconnaissent voir leurs ventes décoller grâce à leurs palmarès, classements ou autre bancs d'essai et les médias régionaux

**LE POINT OU L'EXPRESS
RECONNAISSENT VOIR LEURS VENTES
DÉCOLLER GRÂCE À LEURS PALMARÈS,
CLASSEMENTS OU AUTRE
BANCS D'ESSAI**

leur emboîtent le pas. Jackpot pour les établissements bien traités, soupe à la limace pour les établissements soi-disant mal notés mais surtout injustice flagrante pour les établissements toutefois méritants mais pour lesquels les informations sont erronées. Au-delà d'un communiqué de presse, le syndicat FHP-MCO a entamé une série de rendez-vous avec les rédactions des grands hebdomadaires et a invité le service presse de la DHOS à une collaboration très étroite.

Voir l'interview de Philippe HOUDART, journaliste au magazine Le Point, en charge du palmarès annuel et co-auteur du dossier sur les seuils en cancérologie publié le 16 avril 2009.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 30 AVRIL 2009

LE GOUVERNEMENT MET FIN À LA CONVERGENCE !

Roselyne BACHELOT informait hier la FHF par courrier qu'elle reportait à 2018 la mise en œuvre de la convergence tarifaire entre les secteurs public et privé. Initié en 2004, ce projet ne verra le jour au mieux que 14 ans plus tard, soit presque 3 mandats présidentiels,... le temps pour que quelques-uns d'entre nous aient disparus. Quelques mandarins ayant un secteur privé générant un revenu complémentaire à leur salaire de plus de 600 000 euros ! (Edition

CE PROJET NE VERRA LE JOUR AU MIEUX QUE 14 ANS PLUS TARD, SOIT PRESQUE 3 MANDATS PRÉSIDENTIELS

du Canard Enchaîné de cette semaine) et foncièrement dogmatiques défenseurs du soi-disant secteur public ont su exploiter la fenêtre de tir du projet de loi HPST pour arracher cette annonce, qui n'est en rien une victoire, car nous allons mettre en œuvre toute notre énergie afin que le PLFSS 2010 n'intègre pas cette mesure. Ceci étant, pour l'heure, nous faisons les frais d'un amalgame entre la gouvernance à l'hôpital et la question des tarifs. Les députés et sénateurs sont totalement désavoués dans leur rôle de législateur. Nous saurons les rappeler à leurs responsabilités en temps utile et dès le mois prochain lors des élections européennes. **TOTALEMENT INACCEPTABLE**

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 07 MAI 2009

DIVERGENCE !

Passée la réaction épidermique très vive de toute la profession, le bureau du syndicat, en collaboration étroite avec la FHP, a pris la décision de proposer, dès la semaine prochaine au CA de la FHP-MCO, de se retirer de toutes les réunions de travail du ministère relatives directement ou indirectement à la convergence. Si nous devions en venir à cette extrémité, cela signifierait concrètement que nous boycotterions purement et simplement toutes les commissions, que nous répondrions abonné absent à toutes les sollicitations du ministère sur ce thème et que nous demanderions à tous les établissements participant à l'ENCC de suspendre leurs relations. Nous attaquerions

**COMMENT EXPLIQUER
À L'HÔPITAL QU'IL EST MOINS
EFFICIENT QUE NOUS ?**

également tous les arrêtés qui seront contraires à la pérennité de notre secteur. Le ministère cède à la pression de celui qui parle aujourd'hui le plus fort. Il apporte une réponse irresponsable en renvoyant ce dossier explosif au prochain ministre du Budget qui appréciera ! Certes, l'exercice de Mme BACHELOT est techniquement mais surtout politiquement difficile : comment expliquer à l'hôpital qu'il est moins efficace que nous et que l'écart résiduel de coût de l'ordre de 30 % (à mission et pathologie équivalente) ne s'expliquera jamais ? Si ce gouvernement n'y arrive pas en 2012, d'autres y arriveront-ils en 2018 ? Rendez-vous en 2048

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 14 MAI 2009

TOUS AU COMBAT !

Le Conseil d'administration a validé hier la position du bureau de se retirer de l'ENCC et de renoncer à participer aux réunions de travail avec le ministère sur le sujet de la convergence. Il est inacceptable de continuer à cautionner des décisions auxquelles nous ne sommes que très rarement associés. Le principe de la convergence des tarifs a été inscrit dans la loi en même temps que l'ensemble du dispositif de la T2A. C'est pour cette finalité que nous avons accepté la « convergence intra sectorielle, dite convergence Cannibale... ! » L'hospitalisation privée s'était alors engagée dans cette réforme, convaincue de la sincérité des engagements de l'Etat. La remise en cause de la loi s'inscrit

LA REMISE EN CAUSE DE LA LOI S'INSCRIT DANS LA SÉRIE TROP LONGUE DES PROMESSES NON TENUES

crit dans la série trop longue des promesses non tenues qui mettent en cause la crédibilité des pouvoirs publics. Notre crédibilité d'acteur responsable serait également remise en cause sans réaction forte de notre part ! Notre retrait de l'ENCC est déjà justifié par l'absence de modalités sérieuses de travail : refus de l'ATIH d'intégrer les nouveaux candidats proposés et obtenir ainsi un échantillonnage représentatif, modifications sans consultation des règles du jeu, partialité systématique des rédacteurs... Certes, rendre l'hôpital plus efficient sans toucher au volet social, politiquement trop périlleux, est la quadrature du cercle. Nos gouvernants pilotent le calendrier politique mais ne maîtriseront pas longtemps le calendrier économique. Nous saurons leur démontrer que, équitable et incitative à une meilleure gestion, la convergence tarifaire est un enjeu vital pour les cliniques, mais surtout l'une des conditions de la sauvegarde de nos systèmes de santé et de Sécurité Sociale. Nous avons 4 mois devant nous d'ici le PLFSS pour mettre en œuvre un plan de combat. Il ne pourra fonctionner qu'avec la participation de nous tous.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 21 MAI 2009

SOYONS FIERS DE NOUS !

Nous disposons de quatre mois d'ici le PLFSS 2010 pour déployer toute notre influence en direction des parlementaires et de tous les décideurs en santé. Toutes les compétences en communication et lobbying de la FHP et de la FHP-MCO sont réunies et focalisées sur cette échéance. Nous sommes en train de développer un kit argumentaire ainsi qu'un calendrier d'actions : une parole unifiée et forte devra être portée par chacun d'entre nous. Ce combat

**ALORS AVANT TOUTE CHOSE, SOYONS
FIERS DE CE QUE NOUS SOMMES**

auquel je vous appelais dans le dernier 13h se gagnera à Paris en « centrale » avec la presse nationale mais surtout sur le terrain partout en France avec votre presse locale, votre député, votre sénateur, votre maire, et bien sûr le pivot central de nos actions : nos usagers... Alors avant toute chose, soyons fiers de ce que nous sommes. Savez-vous que nous accueillons 8 millions de patients par an (sur les 20 millions), 2 millions de patients dans nos 134 services d'urgence, que 40 000 praticiens et 130 000 salariés sont à nos côtés auxquels s'ajoutent environ 80 000 sous-traitants, que nous assurons 60 % de la chirurgie et 40 % des traitements anticancéreux. Le report de la convergence constitue un enjeu majeur pour notre profession mais il est surtout un impératif économique vital pour l'assurance maladie. Le gain potentiel, à pathologies identiques et honoraires inclus, aurait été de plus de 12 milliards. Retenez ces chiffres et utilisez-les surtout sans modération.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 28 MAI 2009

POLITIQUE SALARIALE : UNE ÉQUATION NATIONALE IMPOSSIBLE

Les impacts V11 et ENCC ont profondément bouleversé le paysage de l'hospitalisation privée. Nos établissements oscillent entre +5 et -5 % de chiffre d'affaires ! Ces effets mécaniques sont imparables et l'instabilité des règles du jeu périlleuses nous prive de toute visibilité. Comment alors définir une position nationale salariale qui ne soit pas celle d'une proposition à zéro ou proche du zéro ?

A l'échelle de chaque établissement, cette année atypique ne peut que donner une place quasi-exclusive à l'obligation annuelle de négociations et privilégier ainsi les accords d'entreprise ; collectivement, c'est le maintien de l'emploi dans toutes nos structures que nous avons en ligne de mire. A tous ceux d'entre vous qui sont déjà dans la tourmente, tenez bon !

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 4 JUIN 2009

TARIF UNIQUE !

Roselyne Bachelot nous offre une opportunité inouïe pour mobiliser la profession sur un dossier majeur, celui de la convergence et son report en 2018 ou plutôt son abandon ! Cette chance, le conseil d'administration commun FHP et FHP-MCO qui s'est tenu ce matin jeudi 4 juin, a décidé de la saisir. A l'unanimité, la cinquantaine de présents ont voté l'engagement de l'ensemble des structures syndicales et fédérales dans une stratégie de combat : le bon élève choisit désormais la désobéissance civique et décide de prendre la parole. Les établissements engagés dans l'ENCC interrompent leur participation. Une stratégie de communication de crise, de combat, pilotée par l'agence FD a été avalisée par ce CA extraordinaire et les équipes se mettent au travail dès demain. La provocation de la ministre amène la profession à se serrer les coudes. Nous entrons donc dans un rapport de force nécessaire pour mieux construire l'avenir.

**LA PROVOCATION DE LA MINISTRE
AMÈNE LA PROFESSION
À SE SERRER LES COUDES**

Cette bataille se gagnera à Paris auprès des instances nationales, mais surtout en province, sur le terrain, avec chacun d'entre vous. Des messages identiques pour tous seront identifiés. Ils devront essaimer sur tout le territoire. Un kit communication accompagné de son protocole d'utilisation vous sera remis dans les jours qui viennent. Nous entrons dans un rapport de force avec les tutelles, et pour cela, la cohésion de notre profession est essentielle, c'est même la clé de notre réussite. La posture disciplinaire que nous vous demandons aujourd'hui est le prix de notre efficacité. Les groupes Générale de Santé, Vitalia, Capiro, Médi-partenaires s'y sont engagés ce matin. La profession, monolithique, doit se dresser comme un seul homme. Nous nous rallions derrière cette revendication de « tarif unique » dont nous travaillons la définition et les contours, mais pour le moins, cette notion est plus lisible pour l'opinion publique, les médias et les parlementaires que la notion de convergence.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

UNE ANNÉE
D'ENGAGEMENTS

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

EDITOS

JEUDI 11 JUIN 2009

**LE TROU DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
EST DEVENU UN ABÎME...
DANS LEQUEL L'HOSPITALISATION
PRIVÉE NE TOMBERA PAS !**

Le trou de la Sécurité sociale est devenu un abîme... dans lequel l'hospitalisation privée ne tombera pas ! Il y a à peine plus de six mois, les parlementaires votaient un budget 2009 de la Sécurité sociale en déficit de 10,5 milliards d'euros, il pourrait atteindre en réalité 21 milliards : le double, une paille ! C'est la député UMP Marie-Anne Montchamp, rapporteur du budget de la Sécurité sociale qui l'annonçait à ses collègues de la commission des finances de l'Assemblée nationale. Le moment est grave, il en va de la pérennité du système de protection sociale. Ce chiffre catastrophe, qui sera vraisemblablement validé officiellement lundi 15 juin, nous ouvre un véritable boulevard pour notre plan de combat pour la convergence. *« Il faut tout remettre à plat, on ne peut pas le faire avec un sac sur la tête, sans se soucier de la gestion comptable des choses, on ne peut pas, aujourd'hui. C'est terminé ! »* déclarait hier matin Philippe Vittel, un des ténors au Parlement, dans le cadre du tournage du clip pédagogique sur la convergence que nous vous concoctons. Haut et fort ce député appelle ses collègues parlementaires à refuser le report en 2018. En accord avec les propos de Guy Vallancien qui s'exprimait dans ce même cadre : *« C'est vraiment une chaîne harmonieuse que l'on veut faire et on est frappé de voir les résistances de tout bords ! Ce pays est quand même assez curieux. Ça ne va pas, et personne ne veut que ça change ! »*. Nous serons les acteurs de ce changement.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 18 JUIN 2009

LETTRE DES PRÉSIDENTS DE LA FHP ET DE LA FHP-MCO

Cher Collègue,

Nous sommes tous des « mis en examen ».

Vous avez toutes et tous entendus dans la presse les événements qui frappent nos collègues de Reims. Au-delà du bruit, de l'image et des rumeurs que ceux-ci génèrent, nous souhaitons réagir en tant que président et en tant que gestionnaire d'établissement.

Personne dans la Fédération ne peut accepter et n'acceptera les irrégularités qui ont pour objectifs l'enrichissement collectif ou individuel, basées sur des faux ou des contrefaçons.

Cependant nous ne pouvons rester muets sur le risque qui existe de nous retrouver les uns ou les autres mis en accusation sur des irrégularités basées

CHER COLLÈGUE, NOUS SOMMES TOUS DES « MIS EN EXAMEN ». soient sur des interprétations soient sur des zones d'ombre volontairement orchestrées.

Depuis le temps que nous exerçons ce métier, nous avons le sentiment de vivre, nous gestionnaires d'établissement, sur un volcan qui peut à tout moment se réveiller.

Nous voulons faire fonctionner nos structures, les gérer, faire en sorte que la qualité soit au rendez-vous. Mais nous avons tort de ne pas aussi gérer notre risque. Notre propre risque de chef d'établissement.

Sur ce sujet la profession est laxiste pensant que nous trouverons toujours un accord.

Nous devons refuser de prendre des risques inutiles qu'ils soient financiers, juridiques, sanitaires ou sociaux. Les interprétations, les tolérances, les approximations, les facteurs historiques seront toujours mal interprétés par un juge d'instruction.

Nous sommes fragiles car nous pensons que nous avons des relations amicales, courtoises, sympathiques avec nos partenaires de l'assurance maladie et de l'Etat. Mais le jour où ces relations s'inversent notre fragilité apparaît au grand jour et nous sommes seuls dans la tourmente.

EDITOS

L'habitude nous laisse croire aussi que le dialogue peut se poursuivre au civil. Mais si le pénal devient le mode d'interrogation de nos relations avec la tutelle, nos regards sur chaque geste, chaque mot, chaque signature doit changer. Nous devons refuser les textes inapplicables, les contrats qui n'en sont pas, les circulaires floues ou volontairement provocatrices.

Nous devons stopper nos activités jusqu'à clarification quand les risques apparaissent et que nous sommes dans l'impossibilité de les régler immédiatement.

A titre d'exemple citons les :

- signatures des S3404,
- prescriptions médicales,
- interprétations des pharmaciens inspecteurs,
- problèmes de facturation jamais clarifiés,
- normes techniques inapplicables,
- CPOM artificiels.

Nous devons apprendre à gérer notre risque de chef d'établissement comme nous gérons le risque pour nos patients.

Notre image, notre santé, notre intégrité est aussi importante que pour tout à chacun.

Nous sommes tous, gestionnaires d'établissement de santé public ou privé, des « mis en examen » potentiels, mais cela ne veut pas dire coupables.

Soyons solidaires, prudents, et prenons conscience que notre métier est à risque et que dorénavant nous questionnerons nos tutelles au travers de ce prisme et en partenariat avec nos collègues du secteur public.

Chers Alain, André, Jean-Louis, nous vous adressons dans ce moment difficile un message de sympathie.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 25 JUIN 2009

A QUAND UNE VISIBILITÉ À 5 ANS FIABLE ?

Depuis le début de la crise, nos interlocuteurs, et en premier lieu notre ministre, nous renvoient l'image d'un statut privilégié arguant du fait que les français continueront à être malades et que notre secteur ne sera donc jamais sinistré. Certes ! Mais que fait le secteur automobile frappé de plein fouet ? Il réduit ses effectifs notamment et donc ses charges. Que fait le secteur de la santé qui subit la crise au travers d'une tarification au régime sans sel en 2009 et hypocalorique en 2010 ? il est contraint de continuer à augmenter ses charges ! Alors, dans nos conversations mondaines, faut-il rester politiquement correct et ne pas comparer des voitures à des patients, ou être lucides et responsa-

**A QUAND UNE STABILITÉ DES RÈGLES
DU JEU, À QUAND UNE VISIBILITÉ
À MINIMA, À QUAND UNE LISIBILITÉ
À 5 ANS FIABLE ?**

bles et rappeler cette évidence économique à laquelle aucun dogme ne devrait tenir cinq minutes. Pour vous y aider, et pour flatter vos talents de chef d'entreprise qui tiennent le cap dans ce contexte délirant, voici quelques rappels : 2005 : tarification à l'activité, 2006 : 1er mars -1 % de tarifs, 31 août 2006 modification profonde de la tarification sur les actes frontières, 1er octobre 2006 : -3 % de tarifs, 1er Janvier 2007 : + 3 % de tarifs, 1er mars 2007 : +1 % de tarifs, 1er mars 2008 : +0.5 % de tarifs, 1er mars 2009 : de -15 % à 15 % de variation de chiffres d'affaires avec un effet tarif de 0.47 %... soit +1 % d'effet tarif depuis 4 ans, alors que nos charges ont augmenté sur la période de plus de 16 % ! A quand une stabilité des règles du jeu, à quand une visibilité à minima, à quand une lisibilité à 5 ans fiable ?

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 2 JUILLET 2009

DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES : UN ENJEU MAJEUR

Le sujet des dépassements d'honoraires est depuis de nombreuses années une problématique grandissante au sein de nos établissements. Ils constituent indéniablement un frein pour les patients lorsqu'ils dépassent des seuils allant au-delà du tact et mesure, et d'autre part, leurs conditions d'application demeurent peu transparentes.

Ils font l'objet de toutes les attaques depuis quelques mois dans la presse généraliste (l'Expansion, Les Echos,) et de la part du monde politique au plus haut niveau. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie les a dernièrement fustigés. La loi HPST a fixé une date butoir au 15 octobre 2009 pour arrêter une solution concernant les conditions d'application d'un secteur optionnel.

Les points de vue des syndicats médicaux (CSMF, MG-France, Syndicats de spécialités,) ne sont pas, à ce jour, convergents. Pourtant, il y a urgence ! Nous avons en fait trois problématiques concernant nos établissements :

- La juste rémunération du secteur 1 des actes techniques de nos praticiens chirurgiens, obstétriciens et anesthésistes,
- Une rémunération adaptée pour certaines activités médicales cliniques (exemple : C o.8/patient/jour) ou spécialités (pédiatre, oncologue -K15-, soins palliatifs, E),
- La nécessité d'assurer à nos clients un reste à charge à 0 euro.

Les conditions techniques d'une application du secteur optionnel devront répondre à ces trois points si nous souhaitons sortir des dérives actuelles qui ne sont pas propres à l'hospitalisation privée

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 9 JUILLET 2009

La campagne de communication prend son envol comme prévu avant le grand départ du week-end du 14 juillet. FHP et FHP-MCO répondent alternativement aux sollicitations des grands médias : *TF1, Sud Radio, RMC* (Bourdin & Co du 8 juillet de 10h à 11h), *Les Echos, le Figaro, le Monde, BFM...* Vous pourrez écouter les spots sur RTL et RMC dans les deux principales tranches horaires de 7h à 9h et de 17h à 19h. Par ailleurs, vos retours positifs de terrain sont très encourageants. La profession ose enfin dire la vérité sur les chiffres !

**LA PROFESSION OSE ENFIN DIRE
LA VÉRITÉ SUR LES CHIFFRES !**

La FHF crie naturellement au scandale et répète en boucle sans originalité ni arguments nouveaux le même refrain. Le ministère quant à lui, dans l'expectative, surveille très attentivement l'impact de notre campagne. Le gouvernement guette le nombre de signatures de notre pétition qui est un outil majeur. Cette pétition est ouverte à tous : professionnels de soin, salariés, patients, accompagnants, amis... Nous ferons une pause estivale en août et reprendrons avec de nouvelles actions coup de poing dès la rentrée pour préparer le PLFSS 2010.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 16 JUILLET 2009

NOUS ARRIVERONS TOUS AUX MÊMES CONCLUSIONS

La gravité des déficits va amener les décideurs en santé à abonder dans notre sens et considérer la question de la convergence comme une idée pertinente. Le sénateur Vasselle vient de déclarer que le « *problème de la soutenabilité des dépenses publiques se posera avec une acuité nouvelle : certes, pour l'instant, tous les pays sont dans la même situation, mais certains réagiront peut-être plus vite que d'autres pour rééquilibrer leurs déficits publics, et la question de l'efficience du système de soins sera alors un des éléments fondamentaux que l'on ne pourra écarter* ». Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) vient d'évaluer à 26 % l'écart « *facial* » entre les tarifs des secteurs public et privé. Le Président de la Cour des Comptes déclara

**LA GRAVITÉ DES DÉFICITS VA AMENER
LES DÉCIDEURS EN SANTÉ À ABERNER
DANS NOTRE SENS**

quant à lui, qu'il est dangereux de laisser croire que la lutte contre les fraudes résoudrait le problème sans « *s'exonérer de la nécessité de remettre à plat le système* ». La campagne de communication que nous menons a permis de faire bouger

les lignes et, peu à peu, les médias nationaux évoluent vers une approche plus pragmatique du système hospitalier. C'est un travail de longue sédimentation auquel nous nous livrons, un travail laborieux, lent, d'influence qui commence à porter ses fruits. Ne nous méprenons pas, nos tutelles travaillent cet été et préparent leurs dossiers de rentrée. Restons mobilisés : signez et faites signer la pétition, afficher et diffuser largement les messages de notre campagne.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 23 JUILLET 2009

SIGNEZ LA PÉTITION !

Du succès de la pétition dépend, entre autres, le succès de la campagne de communication Tarif Unique. Signez la et faites la signer à l'ensemble des parties prenantes de votre établissement. Cela signifie, vos salariés, personnels, médecins, patients, fournisseurs et l'ensemble de vos interlocuteurs professionnels et personnels (famille, amis). En effet, cette pétition est très largement ouverte à tous, aussi, ne vous privez pas de solliciter vos patients

LA PÉTITION DEVIENT LE JUGE DE PAIX DE NOTRE CAMPAGNE.

et associations de patients en direction desquelles un long travail est encore à mener, notamment si l'on en juge les accusations de désinformation à notre égard de la part de l'UFAL.

Compte-tenu du silence assourdissant du ministère depuis le lancement des spots radio et de l'hostocomparateur.com, la pétition devient le juge de paix de notre campagne. Au delà et à l'instar de la région Centre, nous vous invitons à vous structurer en région afin d'organiser dès la rentrée, tables rondes, conférences de presse, réunions d'information... Que tous ceux qui vont revenir prochainement de vacances prennent le relais de ceux qui vont partir, afin que les efforts ne soient pas relâchés. A tous, bon travail et bonnes vacances.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 30 JUILLET 2009

BONNES VACANCES !

Nos structures restent bien présentes durant la période estivale; certaines d'ailleurs sont plus que jamais indispensables car sont implantées dans des zones touristiques et répondent à un afflux saisonnier de la population. Contrairement à ce dont nous accusent certains acteurs de la santé malveillants à notre encontre, nous accueillons bien nos patients 365 jours par an, mois d'août inclus ! Organisation et anticipation permettent ensuite à chacun de prendre quelques vacances bien méritées.

**NOUS COMPTABILISONS EN CE MOMENT
UNE SIGNATURE
TOUTES LES 12 MINUTES.**

Le syndicat quant à lui travaille cet été à la rédaction de notre copie pour la campagne tarifaire 2010 qui sera étudiée lors du Bureau FHP-MCO du 2 septembre. Le PLFSS sera en discussion au Parlement à partir du 26 octobre. Nous préparons enfin la relance dès début septembre de notre campagne de communication « tarif unique ». Elle ne s'est pas pour autant endormie puisque nous comptabilisons en ce moment une signature toutes les 12 minutes. En revanche, comme le Président Sarkozy, le 13h part 3 semaines en vacances. Nous vous donnons rendez-vous avec la prochaine édition le jeudi 27 août. En attendant, nous vous souhaitons d'excellentes vacances à toutes et à tous.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 27 AOÛT 2009

DES TARIFS !

Toute l'équipe du syndicat vous souhaite tout d'abord un excellent retour dans vos établissements. Jusqu'en mars prochain, notre préoccupation unique tient en un mot : Nos tarifs ! Alors que nous exerçons le même métier, que nous avons la même mission que le secteur public, pourquoi ne disposons-nous pas des mêmes tarifs ? La tentation est grande de noyer le débat dans des querelles d'experts mais nous avons la volonté obstinée de le ramener à un schéma, un principe simple : celui d'un tarif unique. La campagne « *tarif unique* » portée par toute la profession depuis juin dernier reprend donc toute sa vigueur et porte notre espoir. La mobilisation redémarre. Nos gouvernants pensent avoir dompté des sprinters, ils ne savent pas qu'ils ont affaire à des marathoniens.

**NOS GOUVERNANTS PENSENT AVOIR
DOMPTÉ DES SPRINTERS, ILS NE
SAVENT PAS QU'ILS ONT AFFAIRE À DES
MARATHONIENS.**

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 3 SEPTEMBRE 2009

LA BRÈCHE EST OUVERTE !

Les bruits de couloir des ministères durant l'été nous confortent dans notre analyse : le silence de la ministre dans les médias depuis le lancement de notre campagne « tarif unique » ne signifie pas un manque d'intérêt mais bel et bien un très vif embarras. Nous avons visé juste et notre action paie : les politiques et les hauts fonctionnaires sont quelque peu ébranlés dans leurs certitudes. Bien sûr, nous n'avons encore rien gagné mais la stratégie est la bonne et il est essentiel de persévérer. Nous travaillons aujourd'hui

LES POLITIQUES ET LES HAUTS FONCTIONNAIRES SONT QUELQUE PEU ÉBRANLÉS DANS LEURS CERTITUDES.

à nourrir ce concept du « tarif unique » et construisons notre plate-forme de revendications pour le PLFSS 2010. Il s'agira d'une fusée à plusieurs étages conçue pour traiter nos problématiques sur le court, le moyen et le long terme avec les différents niveaux du pouvoir et alimenter la négociation jusqu'à son terme. L'étape 2 de notre campagne, plan média et communication d'influence, est lancée. Vous le savez, nous avons besoin de votre support et de votre relais : signez et faites signer la pétition sur www.hostocomparateur.com

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 10 SEPTEMBRE 2009

TOUS DERRIÈRE BARACK OBAMA !

Barack Obama présentait son programme de santé cette nuit au Congrès. 48 millions d'Américains n'ont pas de couverture maladie : est-ce un scénario de science-fiction pour notre pays ? Contre tous, ses opposants historiques mais également les déçus de son jeune mandat et les médias hier alliés et aujourd'hui critiques, il se bat pour un système solidaire que nous, en pays sans doute luxueux, nous bradons. Notre campagne « *Osons le tarif unique pour sauver la sécu* » est non seulement juste mais aussi vitale à l'heure où la rumeur de 30 milliards de déficit de la sécurité sociale se vérifie peu à peu. Le

**DONNONS DE L'INSPIRATION
À NOS DÉCIDEURS ET FAITES SIGNER
NOTRE PÉTITION !**

Président Obama mouille sa chemise, nos gouvernants inventent l'augmentation du forfait hospitalier et nous devons faire chauffer nos plumes si l'on veut atteindre pour notre pétition l'objectif de 10 000 signatures. Notre message doit tourner en boucle dans toutes les villes, les régions, dans toutes les réunions, en direction de tous nos interlocuteurs, c'est le tube de la rentrée ! Donnons de l'inspiration à nos décideurs et faites signer notre pétition !

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 17 SEPTEMBRE 2009

LES RENDEZ-VOUS S'ENCHAÎNENT !

Ministère, Matignon, Elysée, CNAM, députés, sénateurs... nous avons pris notre bâton de pèlerin et répétons inlassablement le même message : « *osons un tarif unique pour sauver la sécu* » ! A J-1 mois, les signaux sont au vert et notre motivation est à son zénith. Les lecteurs du *Point* de ce matin seront sans aucun doute interpellés par l'insertion de notre message au sein du palmarès des hôpitaux 2009. L'occasion était trop belle, là encore, de provo-

CETTE ÉGALITÉ TARIFAIRE PUBLIC-PRIVÉ, AVANT HIER UN QUASI GROS MOT, HIER UN SUJET TABOU ET AUJOURD'HUI UNE SOLUTION,

quer le débat et de faire bouger les lignes. Mais de l'acceptation de cette égalité tarifaire public-privé, avant hier un quasi gros mot, hier un sujet tabou et aujourd'hui une solution, à un

début de concrétisation dans les tarifs 2010, il y a un océan de dogmes, de chausse-trapes et de priorités nationales à franchir. Parallèlement, nous avons commencé à tester auprès de nos interlocuteurs les grands axes de négociation de notre plate-forme de la campagne tarifaire 2010 que nous finaliserons lors du conseil d'administration du 8 octobre. Enfin, nous vous rappelons de signer la pétition (www.hostocomparateur.com) auprès de vos salariés, praticiens, connaissances professionnelles ou personnelles.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 24 SEPTEMBRE 2009

NOTRE FORCE EST EN RÉGION !

L'écoute toujours plus attentive de nos tutelles parisiennes nous encourage à une prise de parole renforcée de notre syndicat national. L'industrie du médicament, quant à elle, au travers de son Conseil stratégique des industries de santé (Csis) réunira le 26 octobre, la veille du PLFSS, Fillon, Lagarde, Péresse, Bachelot, Woerth, Estrosi... et Nicolas Sarkozy, dont acte ! Notre force à nous, est en région, sur le terrain, auprès des Français. Notre activité et nos emplois sont non délocalisables ; notre logique, notre famille professionnelle, nos réflexes, nos repères, nos réseaux sont régionaux. Là, partout en France,

LÀ, PARTOUT EN FRANCE, NOTRE POUVOIR EST BIEN RÉEL ; NOUS SOMMES UN PILIER ESSENTIEL DU PAYSAGE SANITAIRE.

notre pouvoir est bien réel ; nous sommes un pilier essentiel du paysage sanitaire. Nous mobilisons sur le terrain : à Lyon, de nombreux journalistes voulaient comprendre le tarif unique ; nous mobilisons sur des thèmes sociétaux : à Mont-

pellier, 400 personnes assistaient au colloque sur la loi Léonetti en présence du député-maire, à Valenciennes, 400 personnes venaient s'informer sur la grippe A. Cette capacité à mobiliser nous permet de nous affirmer en tant qu'interlocuteur naturel régional dans les grands débats de société et en tant qu'acteur incontournable du système. Jouons cette carte ! Enfin, n'oubliez pas notre pétition (www.hostocomparateur.com) dont le compteur affiche aujourd'hui 10 000 signatures, nous sommes à J-3 semaines, alors faites passer à votre voisin !

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 1 OCTOBRE 2009

JE PRÉFIGURE, TU PRÉFIGURES... NOUS PRÉFIGURONS !

La langue française est pleine de ressources pour mettre en scène les 26 ARS. C'était un peu hier comme la rentrée des classes lorsqu'on est à la fois impatient et inquiet de connaître ses nouveaux professeurs. À la différence toutefois que nos professeurs nous demandaient de sortir les cahiers dès le lendemain, alors qu'ici nous pouvons nous mettre au chômage technique jusqu'à la fin du premier trimestre 2010, date à laquelle les préludes amoureux seront achevés et que nous pourrons reprendre nos déficits là où nous les avons laissés. L'organisation de cette formidable techno-structure occupe nos gouvernants et nos hauts fonctionnaires candidats aux chaises musicales depuis des mois et mobilisera une armée d'anciens et nouveaux fonctionnaires.

À DÉFAUT DE SAVOIR PESER DANS LA RUE, NOUS BATAILLONS DANS LES LIEUX DE DÉCISION ET D'INFLUENCE. L'AVENIR, C'EST NOUS !

Pendant ce temps, d'autres outre-Atlantique, annonçaient hier soir l'investissement de 5 milliards de dollars dans la recherche médicale pour créer des dizaines de milliers d'emplois et envahir la planète de brevets. Sans doute, nous ne comprenons pas tous de la même manière que la santé est source de richesse du pays.

Ils préfigurent, nous travaillons ! Campagne tarif unique et plate-forme de revendications pour la campagne tarifaire 2010 nous occupent au quotidien. À défaut de savoir peser dans la rue, nous bataillons dans les lieux de décision et d'influence. L'avenir, c'est nous ! Faites signer la pétition « tarif unique » : www.hostocomparateur.com

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 8 OCTOBRE 2009

TELLEMENT PRÉVISIBLE !

La campagne « Tarif Unique » nous a permis d'oser affirmer que la pérennité du secteur privé, grâce à la convergence, sauvera la sécu. Les tutelles acceptent de bouger les lignes. Au-delà, nous espérions que cette impertinence susciterait une rhétorique renouvelée d'autres acteurs comme la FHF, qui tellement prévisible, s'arc-boutent toujours sur les différences et la pertinence des pratiques médicales. Alors, soyons inspirés et imprévisibles ! Dépoussiérons nos dossiers, ouvrons le débat, dépassons nos frontières mentales et géographiques. A l'instar de nos plus éminents professionnels scientifiques et médicaux qui se rendront la semaine prochaine à Berlin pour le premier Sommet mondial de la santé sous le patronage de Angela Merkel et Nicolas Sarkozy, interrogeons-nous sur les « nouveaux défis pour les systèmes de santé ».

**SOYONS INSPIRÉS ET IMPRÉVISIBLES !
DÉPOUSSIÉRONS NOS DOSSIERS,
OUVRONS LE DÉBAT**

La campagne Tarif Unique déploie sa deuxième phase avec la mise en scène de deux nouveaux outils : un sondage de l'opinion publique sur la pertinence d'un tarif unique dont les résultats seront diffusés lors de la conférence de presse du 13 octobre ; ensuite, un clip pédagogique de 6 minutes à destination de l'ensemble des acteurs de la santé, des patients, des accompagnants et plus largement du grand public intitulé « un même métier, une même mission, et pourtant deux tarifs différents ». Enfin, alors que les premiers spots affichaient nos 4 vérités, une seconde vague vantera nos atouts et amorcera une communication de fond de valorisation positive de notre secteur. Surprenons par notre capacité à faire signer notre pétition : www.hostocomparateur.com

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 15 OCTOBRE 2009

VISIBILITÉ !

En l'absence de consignes de nos ARH, nous pilotons nos entreprises à la lecture de la presse. C'est ainsi que nous apprenions hier qu'une quarantaine de GHS, principalement dans l'activité ambulatoire, seraient concernés par l'expérimentation de « convergence ciblée » des tarifs public et privé pour 2010, permettant une économie de 150 millions d'euros. Alors que la convergence

AUJOURD'HUI, BIEN MALIN CELUI
QUI SAIT DE QUELLE MANIÈRE CETTE
CONVERGENCE
« ULTRA LIGHT » S'OPÉRERA.

est inscrite dans la loi depuis 2005, personne n'a élaboré de scénario concret sur sa mise en œuvre. Aujourd'hui, bien malin celui qui sait de quelle manière cette convergence « ultra light » s'opèrera. Il s'agit donc là d'un signal plus que d'une méthode. Ceci dit, nos 20 propositions sont à l'étude au Ministère et à la DHOS, mais la campagne 2010 sera vraisemblablement un copié-collé de celle de 2009... Alors gardons l'œil rivé sur notre objectif : « le tarif unique ». Faites signer la pétition : www.hostocomparateur.com

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 29 OCTOBRE 2009

ÉCART PUBLIC/PRIVÉ : UN JEU DE DUPE ?

Le ministère de la santé a pour obligation de remettre aux parlementaires des outils d'aide à la décision ou plutôt au vote, en préalable aux discussions du PLFSS. Alors que les débats ont déjà démarré, les députés n'ont pas encore reçu le rapport concernant les MIGAC. Le rapport sur la convergence publie un écart facial entre les secteurs public et privé, inférieur de 10 points, entre les tarifs 2008 et 2009, passant de 37 à 27 % (pour mémoire 40 % en 2006). L'annonce est belle, convaincante et fera mouche. Doit-on y voir une amorce de convergence, un impact mécanique de la V11, de l'ENCC et du changement de périmètres, ou encore l'effet du retrait de l'enveloppe des tarifs, de 900

ALORS QUE LES DÉBATS ONT DÉJÀ DÉMARRÉ, LES DÉPUTÉS N'ONT PAS ENCORE REÇU LE RAPPORT CONCERNANT LES MIGAC.

millions d'euros destinés à financer la PDS et leur réintégration dans l'enveloppe MIGAC ? Attention, car, à ce rythme de passe-passe, nous aurons convergé avant l'heure ! L'analyse de ces chiffres qui sera ensuite faite par le lecteur dépendra

de son niveau de connaissance du système de financement, de ses préjugés mais surtout de ses intentions. Petit ou grand écart, ce sont les preuves d'une volonté ferme et tenace du gouvernement à bâtir un système de financement juste et équitable que nous demandons. En ce sens, nous voulons voir dans la reprise dans ce rapport de notre liste de 50 GHM, la prise en compte progressive de nos propositions de convergence.

Et toujours, n'oubliez pas de faire signer la pétition sur www.hostocomparateur.com et de diffuser le plus largement possible le clip sur le tarif unique à télécharger sur le site de la FHP.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 22 OCTOBRE 2009

BIENVENUE AU SECTEUR OPTIONNEL !

Praticiens et Assurance-maladie ont posé dans la nuit de jeudi à vendredi dernier les bases d'un secteur optionnel. Après une longue gestation, l'accouchement s'est fait dans la douleur. Certes, le bébé n'est pas le bébé idéal dont on rêvait, mais il est bien vivant et c'est désormais à chaque membre de la famille de révéler tout son potentiel. Chacun, voulant y reconnaître majoritairement ses gènes, nourrit des déceptions car fatalement le résultat est un compromis. Alors, nous regrettons ne pas avoir été à la table des négociations et nous devons aujourd'hui nous inquiéter du fait que l'adhésion au secteur optionnel soit un préalable à la participation des cliniques

LA FHP-MCO SE TOURNERA VERS L'ÉTAT, À QUI IL APPARTIENDRA D'ARBITRER DANS LE CADRE D'UN ACCORD COMPLÉMENTAIRE

aux missions de service public. La FHP-MCO se tournera vers l'Etat, à qui il appartiendra d'arbitrer dans le cadre d'un accord complémentaire qu'il reste à négocier. Nous partageons également les inquiétudes des nombreux chirurgiens et obstétriciens qui "font" nos établissements. Mais réjouissons-nous de cette réelle avancée que nous avons soutenue depuis le départ et pour laquelle nous nous sommes battus.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 5 NOVEMBRE 2009

UNE ATTIRANCE POUR LES CHIFFRES PAIRS

2012, 2018, 2014, avancer ou reculer de quatre ans, la convergence entre les deux secteurs hospitaliers public et privé est anecdotique sur la grande échelle du temps, mais vitale pour les comptes de la sécu et pour les établissements qui conservent difficilement la tête hors de l'eau. C'est également essentiel pour nous tous qui voulons garder la foi dans ce système et une raison de continuer à se battre. Saint Vasselle ! Ce sénateur UMP pragmatique, estimant que la convergence avait été repoussée à 2018 pour « faire plaisir à la FHF », a convaincu la commission sociale du Sénat de voter un amendement au PLFSS fixant la convergence en 2014. Au printemps dernier, la DHOS affirmait que les chiffres seraient prêts en 2012, alors pourquoi attendre six années de plus ? Car tout de même, à coup de 8 milliards d'économies par an générées par la convergence de la seule activité MCO, cela porte vite l'ardoise à 48 milliards ! Les arguments avancés par la DHOS - difficultés techniques, nécessité de simuler, d'expérimenter – auront-ils assez de poids face à l'urgence de la situation financière du pays ? Après l'intégration de la convergence pour 50 GHM dès 2010, une nouvelle brèche s'ouvre pour faire entendre le "Tarif Unique". Notre campagne "osons le tarif unique pour sauver la sécu" porte doucement ses fruits....

2012, 2018, 2014, AVANCER OU RECULER DE QUATRE ANS ?

Pour autant, rien de concret encore. Nous vous invitons donc à intensifier nos actions : faites signer la pétition sur www.hostocomparateur.com, et visionnez avec votre député et sénateur le film « Tarif unique » : http://fhp.fr/videos/fhp-mco_02/video.html.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

PORTRAITS
DE LA PROFESSION

CTIONS

LA FHP-MCO RÉALISE
UN ALBUM DE FAMILLE
POUR MIEUX VOUS
CONNAÎTRE ET MIEUX
VOUS FAIRE CONNAÎTRE

JOUEZ LE JEU AVEC NOUS ET ENTREZ
DANS L'ALBUM DE LA PROFESSION !
RÉPONDEZ AUX « 3 QUESTIONS À » DU 13 H

FAITES VOUS TIRER LE PORTRAIT !

UN « VIDÉOMATON » EST ORGANISÉ LORS
DES RENCONTRES ANNUELLES DE LA FHP,
D'AUTRES LE SERONT EN RÉGION À L'OCCASION
DE VOS ASSEMBLÉES GÉNÉRALES.

3 QUESTIONS



**Marie-Paule
GAILLARD,**

Directrice de la
clinique Saint
Jean l'Ermitage
à Melun {77}

JEUDI 18 DÉCEMBRE 2008

Quelle est votre plus belle réussite ?

Une réussite à proprement parler, je n'en ai pas trouvé, le contexte est difficile. La seule chose qui me viendrait en tête, ce sont les élections du syndicat FHP-MCO, où je suis arrivée en troisième position. Cela m'a fait beaucoup sourire lorsque j'ai entendu mon nom. Je pensais qu'il y avait un homonyme, une erreur. Je me suis retournée et après je me suis dit que ça devait être moi. Vu le nombre de votants, cela démontre l'attente de la profession d'un syndicat fort et dans lequel on retrouve des gens anonymes de terrain.

Avez-vous vécu des échecs ?

Dans mon établissement, environ 25 % des salariés demandent un acompte au 15 du mois. J'ai honte des négociations salariales que nous avons eues cette année, soldées par une augmentation de seulement 0,7 %. En Ile-de-France, les salariés ne s'en sortent pas, et le nombre de gens en détresse augmente chaque année. Nous avons de plus en plus de saisies sur rémunérations, de détresse psycho-sociale. On travaille avec le comité du personnel. Nous aidons nos salariés à monter des dossiers d'aides, nous octroyons des prêts à 0 %... C'est Zola. Je ne voudrais pas faire du misérabilisme, mais j'ai un salarié qui s'est suicidé dernièrement malgré tous les efforts que nous avons déployés pour le soutenir. Ça, c'est vraiment un échec.

Vous êtes administratrice de la FHP-MCO, qu'espérez-vous ?

Il faut montrer une autre image de la profession. Le syndicat FHP-MCO est sur les rails, le bureau et les administrateurs sont prêts à aller au charbon. Il faut montrer ce que nous voulons, défendre notre profession. On ne nous prend pas au sérieux. Il faut se mobiliser haut et fort, en finir avec le politiquement correct. On ne doit pas avoir honte de vouloir faire des bénéfices pour les réinvestir dans notre entreprise. Maintenant, il faut que nous nous mettions au travail car les attentes sont grandes.

3 QUESTIONS

JEUDI 25 DÉCEMBRE 2008



Dominique POELS,
Président
Directeur
Général de la Clinique
de l'Europe à
Rouen

Quelle est votre plus belle réussite ?

Notre plus belle réussite est d'avoir réussi à créer une cohérence et une vraie logique entre tous nos services, au service du patient. Il n'y a en quelque sorte pas de superpositions illogiques, pas d'empilements de spécialités différentes. Nous avons également réussi à fédérer les médecins dans ce projet et cela se ressent de l'extérieur. Nous avons à ma connaissance été les premiers à être certifiés ISO 9000 pour la totalité de la prestation des soins. Nous avons continué ensuite avec la certification ISO 14000. Mis à part les certificats et les médailles, la démarche qualité est rentrée dans les mœurs et les esprits dans la maison.

Avez-vous vécu des échecs ?

C'est de n'avoir pas réussi à convaincre les collègues de l'agglomération de Rouen à travailler en cohérence, à prendre en considération les spécificités de chaque établissement dans une vision globale. On travaille chacun de son côté, ce n'est pas structuré. C'est un échec dans le sens où l'avenir est aux regroupements. Les établissements isolés auront à l'avenir des problèmes de positionnement et des problèmes de visibilité par rapport aux patients.

Que souhaiteriez-vous améliorer ?

Les relations avec l'hôpital. Je souhaiterais que nous ayons des relations plus apaisées avec l'hôpital. Pourquoi ? Ayant fait la moitié de ma carrière en tant que médecin à l'hôpital et la seconde dans le privé, je pense savoir de quoi je parle. L'hôpital est actuellement soumis à des pressions plus grandes de la part des tutelles, et en conséquence, le discours du public par rapport au privé s'est beaucoup radicalisé, le ton est devenu plus dur. Le privé n'a rien à gagner dans ce combat. Un fonctionnaire d'État va forcément privilégier un autre fonctionnaire. Nous devrions faire des demandes de hausses tarifaires communes et mener des actions communes, quitte à ce que l'hôpital obtienne un peu plus. Je ne suis pas un *Hezbollah* de la convergence tarifaire, qui est à mon sens une utopie. Je suis pour le rapprochement, pour le bien de notre profession.

3 QUESTIONS



**Marie-France
GAUCHER,**

Directeur
Général de la
Polyclinique de
Navarre à Pau
(64)

JEUDI 15 JANVIER 2009

Quelle est votre plus belle réussite ?

Ma plus belle réussite, c'est le regroupement de nos 4 établissements avec la construction d'une clinique neuve sur le site de l'hôpital, juste devant. L'installation de notre IRM et la reconnaissance des soins intensifs neurochirurgicaux dans le SROS sont également une victoire, car après plusieurs années de demande, c'est enfin la pérennité de la neurochirurgie pour notre clinique.

Avez-vous vécu des échecs ?

Au niveau de notre établissement, je n'ai pas vraiment vécu d'échec, heureusement. Par contre, l'échec que je ressens aujourd'hui, c'est la non-reconnaissance de notre profession et des personnes qui y travaillent, l'image négative systématique véhiculée par les médias et les politiques. On voit bien combien il faut se battre pour les autorisations, les services d'urgence notamment, les équipements lourds, les financements... Faire fonctionner un établissement dans ce brouillard épais, avec ce manque de visibilité total, avec les incertitudes et le dédain avec lequel on nous traite, relève de la magie. Mais je reste une personne positive et tournée vers l'avenir.

Quels sont vos projets d'avenir ?

Dans ma clinique, j'aimerais aller plus vite avec l'informatisation des différents services. Sinon depuis 1 an je travaille sur un projet environnemental et nous devrions obtenir la certification ISO 14001 en fin d'année. Ce projet a l'avantage d'impliquer tous les personnels, salariés, cadres, médecins, ainsi que les malades, et créé une vraie émulation. Mes collaborateurs pensaient au départ que c'était une lubie de ma part, mais après l'embauche d'un ingénieur environnemental, tout le monde a compris le sérieux de la démarche et s'est mis au tri, etc.

3 QUESTIONS



Jean-Henri GAUTIER,
Directeur
Général de la
Clinique de
Casamance à
Aubagne [13]

JEUDI 22 JANVIER 2009

Quelle est votre plus belle réussite ?

Ces deux dernières années, c'est l'arrivée de l'hospitalisation à domicile, que nous avons créée de toutes pièces. On en présentait la nécessité depuis 4 ou 5 ans. Un enjeu essentiel a été de convaincre les personnels médicaux et les paramédicaux de travailler ensemble de la manière la plus harmonieuse possible. Autre enjeu de taille, la coordination médicale et administrative (par exemple : prise en charge des portages de repas, des aides ménagères, assistance sociale, etc...). C'est une pratique professionnelle tout à fait différente du milieu hospitalier. Je pense que nous sommes plus « proches » des patients à leur domicile que de ceux qui sont hospitalisés, bien que cela puisse paraître paradoxal compte tenu de la distance. Cette relation « à distance » nous oblige à nous rapprocher d'eux.

Avez-vous vécu des échecs ?

Il s'agit du passage à la T2A. Il a été mal cerné, mal préparé. Les 6 mois de retard sur la facturation que nous avons pris ont quasiment mis en péril la clinique. Nous avons eu un travail de rattrapage énorme, réorganisé notre fonctionnement, changé notre système informatique, etc. Nous avons rebondi mais je m'en veux encore. J'ai très mal vécu cette période difficile.

Vous souhaitez revenir sur les pressions administratives que la profession subit au quotidien...

Oui, elles dépassent toute mesure. Nous devons répondre à une multitude d'enquêtes redondantes, dans des délais très courts. Comme il n'y a pas de cohésion et que nous n'avons pas de retours d'information, ces données, qui devraient pourtant être pour nous de vrais outils d'évaluation et de comparaison, ne nous servent pas du tout. Même les tutelles sont dans l'incapacité de sourcer les chiffres qu'elles avancent ! Dans l'absolu et cela vaut pour la FHP-MCO, il faut aborder et traiter les dossiers les uns après les autres, ne pas multiplier les chantiers à outrance et établir un diagnostic réel de ce qui se passe sur le terrain.

3 QUESTIONS



**Isabelle
BIELLI-NADEAU,**
Directrice de
la Clinique des
Cèdres à Brive
(19)

JEUDI 29 JANVIER 2009

Quelle est votre plus belle réussite ?

Nous sommes souvent très bien placés dans les classements des médias. L'ensemble du personnel et du corps médical en est très fier car nous faisons un réel travail de fond sur le terrain. Par ailleurs, notre infirmière hygiéniste a été sollicitée par la DRASS pour participer au travail sur les futurs indicateurs qualité. C'est une reconnaissance pour nous et cela nous permet en amont de sensibiliser le personnel médical. Dans un autre domaine, nous avons mis en œuvre la Gestion Prévisionnelle de l'Emploi et des Compétences avec notre ARH et la DDTEFP. Cela nous incite à réfléchir davantage à l'évolution des carrières de nos salariés pour les fidéliser. Bien que les conditions de travail chez nous soient meilleures qu'à l'hôpital, nos grilles de salaires n'évoluent pas aussi bien. Nous avons aussi beaucoup de grossesses parmi notre personnel féminin. Un projet de crèche avec la communauté d'agglomération de Brive pouvant accueillir 30 enfants est donc sur les rails.

Avez-vous vécu des échecs ?

Après un regroupement réussi en 2003 avec la Clinique Saint Damien de Tulle, celui avec la Clinique Saint Germain n'a pas abouti et nous avons dû renoncer à une enveloppe de 2,5 millions d'euros. Cette clinique s'est finalement rapprochée de l'hôpital. Pour moi, c'est un peu un échec de voir un établissement privé passer en GCS au sein du public. L'hôpital va recevoir près de 6 millions pour la construction d'un bâtiment privé sur son site, alors qu'il n'est pas saturé actuellement ! En

comparaison, nous avons reçu 1,2 million d'aides sur les 18 millions qu'a coûté le projet d'agrandissement de notre clinique, financé par les médecins actionnaires... sans commentaires !

Que pensez-vous des réformes actuelles en matière d'hospitalisation ?

Il faut arrêter la gabegie au quotidien. On a des hôpitaux tous les 30 kms qui bénéficient de tous les fonds du plan hôpital 2012 ! J'attends de voir la fermeture du premier hôpital faisant moins de 2 000 actes par an, et ensuite je croirai en la volonté de réforme de la Ministre. Comme Saint Thomas, je ne crois que ce que je vois. Pour gérer nos établissements actuellement, il faut avoir la foi et avaler beaucoup de couleuvres. Mais envers et contre tout, la devise des Cèdres reste « j'ai fait un peu de bien, c'est mon meilleur ouvrage », Voltaire.

3 QUESTIONS



Luc CASTELLVI,
Directeur
du Centre
Hospitalier Privé
Saint-Grégoire à
Rennes [35]

JEUDI 5 FÉVRIER 2009

Quelle est votre plus belle réussite ?

Pour l'extérieur, c'est notre première place au classement du Point fin 2008 et nos originalités comme par exemple notre technique d'hypnose. En interne, c'est d'avoir réussi à passer la certification en fin d'année malgré une activité troublée en 2008. Nous attendons encore les résultats mais nous y sommes arrivés grâce à la « communauté », c'est à dire à l'ensemble de nos équipes qui ont su se focaliser sur ce qui est important et remettre du positif. Il y a chez l'individu une capacité indéniable à faire des choses extraordinaires ! Notre « communauté » a réussi à se fédérer autour d'un projet commun, à dépasser l'intérêt individuel pour favoriser un objectif partagé. C'est le collectif versus l'individuel qui l'a emporté et j'en suis fier !

Avez-vous vécu des échecs ?

Pour moi, l'échec se résume aux erreurs que l'on commet chaque jour. Le quotidien apporte son lot de difficultés et il faut prendre les problèmes pour ce qu'ils sont. Nous avons connu une détérioration de résultats en 2003, une grève en 2005 avec des difficultés, un regroupement sur le site existant avec tous les problèmes que cela entraîne [travaux, changement du volume d'activité, modifications environnementales, évolutions]. Les changements systémiques sont vecteurs d'angoisses et d'inquiétudes pour les personnels et les dirigeants. En situation de crise, le rôle du dirigeant est bien sûr de tenir la barre et de déterminer le port où l'on veut aller, de restaurer un cercle vertueux. Le respect mutuel et l'éthique ne se discutent pas.

Que pensez-vous des propos de R.

BACHELOT à propos du projet de loi HPST ?

Je suis assez d'accord avec elle, des réformes sont nécessaires dans la perspective de préserver une « santé durable ». Par contre, il faut commencer par définir un espace avec des règles, donner envie, intégrer les besoins et écouter. On ne fait pas fonctionner des individus sous la contrainte ou à coups de fouet et si c'est pour rifiler la patate chaude aux autres, ça ne peut pas marcher. Je suis aussi assez inquiet du développement technico-administratif de la santé. Sur le plan macro-économique, il y a des déperditions énormes et des lourdeurs administratives invraisemblables. Aujourd'hui, face à ces défis, le secteur privé fait preuve d'une capacité d'adaptation énorme !

3 QUESTIONS

JEUDI 12 FÉVRIER 2009



Jean-Pierre DEYMIER,
directeur de la
Clinique Pasteur
à Toulouse (31)

Quelle est votre plus belle réussite ?

C'est le regroupement de la radiothérapie libérale toulousaine sur notre site, faisant de nous le premier centre de radiothérapie en France. Un nouvel immeuble comprenant 6 bunkers, 3200m² dédiés à l'hospitalisation en ambulatoire et un parking en silo de 600 places ont été construits en 2 ans. Le service a accueilli son premier patient en décembre 2008. Cet investissement, d'un montant de 30 millions de € a été entièrement financé par les médecins et la clinique. Aucune subvention n'a été perçue ! Plusieurs éléments ont ici été déterminants.

Nous avons une très grande stabilité au niveau de la direction. La clinique vient de fêter ses 50 ans et je n'en suis que le 2ème directeur. Sur cette période, les médecins n'ont jamais perçu de dividendes. Les résultats bénéficiaires sont systématiquement réinvestis, dans l'esprit de faire progresser l'outil de travail. C'est une valeur fondamentale chez nous. Nous avons également participé à la campagne nationale de dépistage de l'Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs (AOMI) qui a suscité un énorme intérêt parmi la population locale.

Avez-vous vécu des échecs ?

Ne pas avoir obtenu de subvention dans le cadre du plan hôpital 2007 pour le projet que je viens d'évoquer. On nous a répondu que nous arrivions trop tard pour 2007 et trop tôt pour 2012. C'était une manière singulière de nous dire non. J'ai vécu ce refus comme un échec mais heureusement un nouveau projet initié par les médecins de la clinique a été retenu dans le cadre du plan hôpital 2012. L'enveloppe est de 20 millions pour la construction d'un nouveau bâtiment qui abritera notre

spécialité d'imagerie médicale à vocation cardiologique dans 8 salles dont 1 hybride. Mon établissement a été retenu avec 15 autres, dont 2 privés seulement, pour l'obtention de financements spécifiques dans le domaine de la pose de valves cardiaques par voie percutanée. Nous avons eu en fin de compte un petit effet compensatoire !

Le projet de loi HPST entend améliorer le système de santé français sans délier la bourse, qu'en pensez-vous ?

Déjà, si on parvenait à faire des économies à l'hôpital, le secteur privé ayant déjà fait sa révolution de ce côté-là, il y en aurait certainement assez pour tout le monde. Il est invraisemblable de devoir diriger une entreprise avec des règles qui changent en permanence. Depuis des années, les réformes se succèdent avec des incidences financières importantes et chaque nouvelle réforme masque l'inutilité de la précédente. Le compte de résultat peut basculer d'un côté ou d'un autre sur une simple décision de la Tutelle. Il me semble que les lois, décrets, circulaires et autres textes réglementaires perdent leur sens s'ils ne s'inscrivent pas dans la VIE qu'ils doivent avant tout servir, mais aussi dans la pérennité des établissements, qui eux aussi, sont à la disposition de cette VIE.

3 QUESTIONS



Jean-Luc Dubois,
directeur de
la Clinique
Mathilde à
Rouen (76)

JEUDI 19 FÉVRIER 2009

Quelle est votre plus belle réussite ?

Si les échecs s'expliquent souvent par des erreurs monumentales, les réussites résultent rarement d'actions de génie ! Je crains donc de ne pas échapper à cette règle. Qui plus est, la réussite est rarement le fait d'un seul homme. A ce titre, je considère que mon principal succès aura été de contribuer à animer des équipes issues de trois cliniques différentes, qui depuis maintenant 6 ans se retrouvent en osmose au sein de la Clinique Mathilde. Cette fusion de raison a permis de trouver l'union sacrée et les différentes équipes ont vite éprouvé une grande satisfaction à travailler ensemble. Au bout de 6 mois, le souvenir d'avoir appartenu à une autre clinique avait pratiquement disparu. Cette synergie a permis de doubler la file active et d'être reconnu au sein du territoire comme un acteur essentiel dans la prise en charge des cancers notamment.

Avez-vous vécu des échecs ?

Je n'ai pas le souvenir d'avoir vécu de véritable échec au sein de l'établissement. Ils sont sans doute à venir. Par contre, au regard des pouvoirs publics et parfois de la population, je ressens une certaine désillusion quant à notre reconnaissance. L'image de l'hospitalisation privée reste floue et les performances accomplies sont trop souvent ignorées. En dépit d'une participation engagée dans l'action syndicale, c'est un échec aussi pour moi de constater que l'on se heurte trop souvent à des problèmes de statut et/ou de corporatisme, sans arriver à coordonner nos actions ni parfois notre offre de soins. A cet égard, dénoncer les travers de l'hôpital me paraît particulièrement inefficace, voire contre-productif pour assurer notre propre pérennité.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

Les ARS. Rassembler en une même main le contrôle de l'organisation sanitaire territoriale (médecins, établissements mais aussi pharmaciens) me paraît frappé au sceau du bon sens, tant le rôle des ces différents acteurs sont interdépendants. Pour autant, cela me semble traduire la fin de la politique régionale voulue par les ordonnances Juppé et une reprise en main de l'État au détriment de la CNAM, qui fera office de guichet pour le compte de l'État. Je doute qu'à court terme, nous y trouvions notre compte. À plus long terme, étant d'un naturel optimiste, je reste persuadé que l'économique finira par l'emporter sur le politique. Le champ politique devant alors se recentrer sur la noble tâche de définir une véritable politique de santé, assortie d'objectifs qualitatifs au service de la population. Quant à l'avenir, le vieillissement de la population aidant, je pense que le marché reste porteur pour ceux qui auront su adapter la « voilure » à la crise. Je reste optimiste malgré des marges qui seront toujours plus limitées.

3 QUESTIONS

JEUDI 26 FÉVRIER 2009



Monique MESSINA,
directrice de
l'Hôpital Privé
d'Antony (g2)

Quelle est votre plus belle réussite ?

La conduite et le succès, aux côtés de mon président, de la création de l'hôpital privé d'Antony né de la fusion de 4 établissements, grâce à une équipe recomposée et extrêmement motivée. Cela a été une période lourde, d'une richesse exceptionnelle pour les praticiens et les personnels. Dans un premier temps, il a fallu maintenir en vie ce qui était présent, d'où le choix des 4 pôles de notre projet médical, basé sur nos activités. Par ailleurs, j'ai beaucoup œuvré avec les praticiens et le personnel au développement atypique et très novateur de notre maternité qui accueille 3300 naissances. Cela a été une gageure de déployer ce pôle sur un seul étage. Nous avons augmenté notre capacité d'accueil en maternité en baissant les DMS, le tout avec un accompagnement familial renforcé et une attention particulière portée à la maman. Par exemple, nous avons créé une zone d'accueil à géométrie variable qui se transforme le matin en grande salle à manger et permet la prise du petit déjeuner-buffet en famille. Cette formule favorise les prises de contact, la remise en forme après l'accouchement et participe à la lutte contre les dépressions post-natales. C'est un modèle que j'ai découvert en Allemagne et qui a tout de suite plu.

Avez-vous vécu des échecs ?

Je ne me sens pas vraiment en situation d'échec mais un élément fondamental dans notre fonctionnement m'interpelle. Comme beaucoup d'établissements, nous misons énormément sur la qualité pour développer la sécurité. Nous avons mis en place de bons outils, nous pratiquons des audits, nous encourageons la formation. C'est une implication lourde. Malgré tous ces efforts, notre démarche qualité n'est pas suffisamment reconnue pour

être financée. Un tel engagement coûte cher, il faut employer beaucoup de salariés: cadres, biologistes, praticiens, etc... pour une tarification qui ne gratifie pas les efforts entrepris. C'est un échec de manager si je puis dire de ne pas obtenir le financement des engagements.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

Au sujet du débat de fin d'année sur les urgences et le décès regrettable d'un patient à l'hôpital de Longjumeau, je pense qu'on en a fait beaucoup trop dans les médias, même si cela reste dramatique. A mon avis, il ne faut pas confondre problème des urgences et problème de transporteur. Il y a déjà des outils en place (CAPRI, CERVEAU) pour superviser les disponibilités des établissements et si tout le monde s'en sert bien, cela devrait marcher. Tous les services d'urgence jouent le même rôle: accueillir des patients indépendamment de la gravité, de l'origine et des statuts, sans distinction. Antony est un hôpital de proximité et n'échappe pas à cette règle. Toutefois, pour pouvoir être plus efficace, il faudrait que ces services accueillent uniquement l'urgence. Quant à l'avenir, je pense que le privé doit continuer à bien soigner ses patients et produire de la qualité. Ce secteur, tout autant que le public, représente l'hôpital au sens noble du terme et il n'est pas envisageable de le supprimer mais il lui faudra tout de même passer le cap de la nouvelle tarification et survivre sur le plan économique. De manière générale, le secteur public ne m'inspire pas de mauvaises pensées. Il faut revenir à la Genèse. Nous avons tous été sur les mêmes bancs d'école, nous avons tous appris le même métier et nous tentons tous de le faire correctement.

3 QUESTIONS

JEUDI 5 MARS 2009



**Marielle
GUILLAUD-
MAUCO,**
directrice de la
clinique Pasteur
à Royan [17]

Quelle est votre plus belle réussite ?

Pour notre établissement c'est la mise en place de « contrats d'objectifs et de moyens » en interne, visant à une meilleure maîtrise des dépenses et des consommations des services de soins mais aussi à l'atteinte d'objectifs qualitatifs très concrets. Le projet n'a pas tout de suite fait l'unanimité malgré une diminution sensible des dépenses pharmaceutiques la première année et une redistribution des économies réalisées sous forme d'intéressement pour le personnel soignant. Seulement 3 services sur 11 ont atteint leurs objectifs la première année. Les autres n'adhéraient pas encore au concept, ils n'y croyaient pas... En 2008 par contre, 9 services ont répondu aux attentes et certains ont même nommé un « référent COM ». Aujourd'hui, je suis fière de constater qu'une véritable émulation est née des COM. C'est le fruit d'un gros travail de communication. Il a fallu lever les résistances au changement, éviter tout effet pervers que pourraient induire des objectifs d'économies sur la prise en charge des patients, insister sur le fait que le coût ne fait pas forcément la qualité. Avec des moyens limités et une réglementation exponentielle, il faut bien trouver des astuces pour équilibrer nos comptes de résultat !

Avez-vous vécu des échecs ?

Un constat affligeant, très certainement partagé par mes collègues, est de ne pouvoir décemment rémunérer notre personnel. Alors que le pouvoir d'achat ne cesse de diminuer, il devient chaque année un peu plus difficile de faire admettre à nos représentants du personnel notre bonne volonté mais surtout notre impuissance à l'annonce de hausses de salaires frisant le ridicule. Parvenir à fidéliser le personnel soignant dans ce contexte relève de l'exploit. L'année dernière, nous avons

convié le secrétaire du CE de notre clinique à une rencontre avec la directrice de l'ARH pour qu'il fasse part de ses préoccupations, partagées. Au vu des réponses reçues, Il s'est senti aussi frustré que nous.

Vous souhaitiez parler de l'organisation des services d'urgence ?

Un GCS « Urgences du pays royanais » a été créé en 2008 avec le CH de Royan, la polyclinique de St. Georges de Didonne et notre établissement, afin d'optimiser la prise en charge des urgences. Depuis 2003, l'hôpital n'assure plus la chirurgie mais accueille toutes les urgences et réoriente les urgences chirurgicales vers les deux cliniques. Inutile de penser à faire des économies sur les transports ambulanciers ! Nous traitons 10000 urgences chaque année et malgré tout, notre demande d'autorisation en médecine d'urgence nous a été refusée en 2007. L'ARH ne souhaitait qu'une autorisation de service d'urgence sur le pays royanais, d'où la création du GCS, porteur de l'autorisation. C'était pour nous le seul moyen d'obtenir la reconnaissance administrative et financière de notre activité d'urgence. Des questions cruciales dans l'administration du GCS restent encore en suspend, telles que la facturation, l'harmonisation des systèmes d'information, le recouvrement des impayés, le « qui fait quoi ? ». De plus, le statut public du GCS va nous contraindre à fonctionner comme l'hôpital dans bien des domaines. Même en s'appuyant sur les organisations existantes, cela commence à peser lourd ! Au-delà, nous nous heurtons à des difficultés d'ordre culturel et organisationnel. Comment faire simple ?

3 QUESTIONS

JEUDI 12 MARS 2009



**Philippe
PLAGES,**
directeur
de l'Hôpital-
Clinique Claude
Bernard à
Metz (57),
groupe Médi-
Partenaires

Quelle est votre plus belle réussite ?

C'est la mise en place en 2004 de notre service de soins d'urgences avec 15 000 passages, alors que le public, avec le CHR et l'hôpital militaire, occupait la place depuis longtemps. Il y a donc eu une re-répartition des urgences sur notre secteur. Son arrivée a amené une dynamique nouvelle dans notre établissement : au niveau des ressources humaines, où les équipes se sont fédérées, au niveau de l'activité y compris dans les services et domaines non directement liés aux urgences, et au niveau des autorisations. Nous avons renforcé notre plateau technique, notre service d'imagerie avec l'installation d'un scanner et d'une IRM, augmenté de 40 % notre filière mère-enfant, notre activité en ambulatoire et obtenu une nouvelle autorisation en cardio-vasculaire. A noter également que les pathologies graves en cancer sont maintenant prises en charge globalement chez nous et non plus via les urgences du public, comme cela se faisait auparavant. Notre projet actuel est le développement de la traumatologie avec l'embauche de jeunes orthopédistes. Notre métier est une succession d'adaptations et de prises de risques.

Avez-vous vécu des échecs ?

C'est plutôt un sentiment de frustration que je ressens du fait de l'emplacement de notre établissement qui est enserré au centre de l'agglomération de Metz. Nous manquons déjà un peu de réserves foncières, ce qui est un frein au développement. Nous envisageons les restructurations de nos bâtiments de manière très pragmatique et fonctionnelle, nous avons déjà fait plusieurs extensions, transféré certains services pour pouvoir accueillir les urgences notamment. Mais en fin de compte, nous sommes bien obligés de

conserver un parking ! Nous souhaiterions faire davantage pour le confort et l'accueil des patients, proposer plus de chambres particulières, bref nous sommes un peu au taquet et c'est frustrant ! Mais cela nous oblige constamment à être créatifs et nous a amené par exemple à développer l'ambulatoire pour libérer des lits pour les pathologies plus lourdes.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

Les tarifs. J'ai été désappointé et très déçu par le cynisme des tutelles, leur refus de discussion lors de l'élaboration de ces tarifs. Nous avons toujours prêché en faveur d'une ENCC pour la convergence et maintenant elle nous revient en boomerang. Les GHS sur lesquels on gagne de l'argent ont baissé et ceux sur lesquels on en perd, n'ont pas forcément augmenté. En région, nous sommes énormément chanceux d'avoir une possibilité de dialogue avec la DDASS, la CPAM, les ARH dont le directeur est extrêmement ouvert. Il ne fait pas du public pour le public et veille à ce que les enveloppes soient équitablement réparties. Maintenant, avec les ARS, on aura certainement moins de possibilités d'obtenir des aménagements et des améliorations de conditions, ce qui nous a permis d'exister jusqu'alors. Néanmoins, le privé a une capacité d'adaptation phénoménale, fait preuve d'un profond dynamisme et détient toujours une part de marché importante. En fin de compte, heureusement qu'on nous ralentit, sinon le public n'existerait plus !

3 QUESTIONS

JEUDI 19 MARS 2009



**Vincent
VESSELLE,**
directeur de la
Polyclinique
Saint-Côme
à Compiègne
(60)

Quelle est votre plus belle réussite ?

Nous venons d'emménager il y a tout juste 10 jours dans un bâtiment de 250 lits entièrement neuf. C'est vraiment une très belle expérience technique et humaine que d'organiser le transfert de toute une clinique après avoir suivi le chantier pendant plus de deux ans ! Ma formation d'ingénieur biomédical m'a également beaucoup aidé pour intégrer les dernières technologies dans cette structure. Les blocs sont vraiment superbes avec des salles intégrées, de l'endoscopie HD et une gestion technique entièrement informatisée. La région Picardie étant déficitaire en démographie médicale, notre établissement va permettre d'apporter une offre de soins multidisciplinaire, un plateau technique à la pointe de la technologie et répondant à des missions de service public. De ce fait, nous accueillons 13 000 patients/an en chirurgie ambulatoire, assurons 13 000 passages en urgence, 1 000 accouchements et prenons en charge 30 % de la chimiothérapie du département. Nous venons d'inaugurer un nouveau service de soins de suite et d'ouvrir une maison médicale de 30 cabinets dans l'enceinte de la clinique, ce qui nous permet de proposer toutes les spécialités sur un même site. D'ailleurs, plusieurs spécialistes ont déjà fermé leur cabinet de ville pour venir s'installer chez nous ! Le regroupement des professionnels de santé autour d'un plateau technique devient aujourd'hui incontournable.

Avez-vous vécu des échecs ?

Je suis encore dans le feu de l'action mais je peux déjà dire que, comme pour toute construction, dès que l'on emménage on s'aperçoit rapidement des petites erreurs de conception. Comme chacun le sait, il faudrait construire deux fois pour bien faire.

Sinon je n'ai pas encore vécu d'échec car les trois ans que je viens de passer à la direction de la clinique ont été en grande partie consacrés à la concrétisation de ce projet. Par contre, je pense que nous avons eu de la chance de pouvoir mener à bien ce projet car à 18 mois près, avec la crise actuelle, nous aurions eu de grosses difficultés pour obtenir le prêt bancaire.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

Je suis très amer et inquiet lorsque je vois la façon dont est géré notre système de santé. Je suis certes Président de région mais c'est surtout en tant que citoyen que je suis énervé. Les dépenses et le fonctionnement du secteur public sont simplement aberrants. Le secteur privé est systématiquement discrédité et fait figure de vilain petit canard de la santé alors que notre efficacité est démontrée dans les chiffres et sur les faits. Le secteur public n'a pas un problème de moyens comme on veut souvent nous le faire croire, mais d'organisation et il faudrait un vrai courage politique pour voir changer cela. Nous avons chacun notre place et nous devons être traités de manière équitable. Dans un autre domaine, la création des ARS va provoquer une inertie dans les régions le temps que leur organisation se mette en place, ce qui risque de bloquer de nombreuses décisions. Cependant, nous avons la chance à Compiègne d'avoir une collaboration intelligente avec le CH, c'est avant tout une question d'homme. Il y a une bonne entente entre les 2 directions et cela nous permet de proposer une offre de soins cohérente pour notre territoire de santé.

3 QUESTIONS



Yvan SAUMET,
PDG de la
Polyclinique de
Blois [41]

JEUDI 26 MARS 2009

Quelle est votre plus belle réussite ?

Pour moi c'est l'architecture et la conception de notre nouveau bâtiment, après le regroupement de 3 établissements sur un lieu unique. C'est une réussite du point de vue fonctionnalité mais aussi pour l'esthétique, avec des espaces en rondeurs et en courbes avec tout ce que ces formes ont d'apaisant et d'accueillant. L'architecture participe intrinsèquement à notre activité. Nous avons fait des choix audacieux, joué sur les couleurs (je me suis notamment battu pour le rouge). Les opposants se font maintenant très discrets, si je puis dire. Nous avons également opté pour un revêtement textile dans les circulations pour le confort hôtelier, conçu des chambres les moins médicalisées possible, etc. et eu la chance d'avoir le budget nécessaire pour commander un certain type de mobilier. Un hôpital n'aurait certainement jamais pu mener un tel projet. Nous avons des retours systématiquement positifs et ceux qui viennent chez nous et qui y travaillent s'y sentent tout de suite bien. Même les personnes qui ne sont jamais rentrées dans l'établissement en ont une image positive. A croire qu'elles ont envie de venir faire un petit séjour chez nous !

Avez-vous vécu des échecs ?

Je ne regrette rien. J'ai par contre une frustration importante, celle de faire comprendre à certains praticiens que le jeu collectif est possible et indispensable. Quel que soit leur art et je les respecte tous. Il est indispensable de travailler ensemble dans la pluridisciplinarité. Certains l'ont compris mais je n'arrive toujours pas à convaincre certains réfractaires. Cela demande beaucoup d'énergie. C'est vrai qu'on aimerait avoir un monde idéal. Dans le cadre de mes fonctions de direction, agir

aussi bien en qualité de Président que de Directeur, actionnaire de surcroît, me donne une longueur d'avance (par exemple les associés se sentent compris). Cela donne également de la cohérence et permet de mieux gérer la dualité droits-obligations. Je pense qu'un directeur qui doit faire face à un actionariat médical a beaucoup plus de difficultés.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

Les *caprices* que l'on rencontre dans le domaine de la santé ne se retrouvent pas dans l'industrie. Par exemple, l'absence de lien hiérarchique avec les libéraux avec qui nous sommes liés contractuellement, complique la gestion d'un établissement. Ce qui réunit la profession, c'est la bataille euro par euro que nous menons au quotidien, et je n'ai pas l'impression qu'elle soit partagée par le secteur public qui gère plutôt des compromis permanents. Le projet de loi HPST a déjà le mérite d'exister et on peut louer le courage de ceux qui l'ont amorcé. Maintenant, j'espère que cette ministre aura le courage d'aller jusqu'au bout car beaucoup avant elle, s'y sont brûlés les doigts. La réforme de l'hôpital va entraîner une diminution du poids des politiques et c'est déjà une avancée. J'espère que l'hôpital fera aussi des concessions et ne voudra pas être présent partout. Il y a beaucoup d'incertitudes et d'anxiété autour de ces changements, mais il y aura certainement aussi des opportunités nouvelles et là il faudra être présents. Sur la durée, je ne suis pas trop inquiet. Le privé doit continuer à être efficace et incontournable sur le territoire et se rapprocher d'autres établissements du privé (ou du public d'ailleurs). Nous avons sur notre territoire une clinique qui vient de « reprendre » un hôpital ! Comme quoi tout est possible !

3 QUESTIONS

JEUDI 2 AVRIL 2009



Alain Foltzer,
PDG de la
Clinique Saint-
Charles à la
Roche sur Yon
(85)

Quelle est votre plus belle réussite ?

La création progressive de notre groupe de 4 cliniques sur deux départements des Pays de la Loire, sur la base de capitaux médicaux organisés, est certainement ma plus belle réussite. Nous représentons 80 % de l'hospitalisation privée en Vendée et 100 % en Mayenne, la Polyclinique du Maine de Laval étant le dernier établissement MCO du département. Ce regroupement a donc un impact important en termes de positionnement sur le territoire et nous sommes d'ailleurs, avec des activités exclusives comme la chirurgie vasculaire, urologique et la radiothérapie, un interlocuteur incontournable pour l'ARH. Le groupe 3H à cette particularité d'avoir une politique d'externalisation très forte. Nous faisons appeler à des prestataires extérieurs pour l'accueil, la maintenance, l'hôtellerie, la restauration et le système d'information. Cela nous confère souplesse et adaptabilité dans un environnement plutôt obscur et incertain. Nous pouvons agir rapidement en nous appuyant sur des partenaires qui ont plus de facilité à redistribuer les cartes. Il a fallu être convaincu du bien fondé de ce processus avant de le mettre en place et le faire accepter de tous. En 4 ans, nous avons beaucoup progressé et nous avons des outils et des indicateurs de suivi des prestataires. Nous sommes, aujourd'hui, en capacité d'agir précisément sur notre niveau de nos prestations.

Avez-vous vécu des échecs ?

Nous avons subi des échecs dans nos tentatives de rapprochements avec certains établissements convoités. Nous avons été devancés par les fonds d'investissement qui, à mon avis, ont fait des valorisations d'établissement en dehors des critères raisonnables de gestion. Nous avons

également des problèmes de recrutement dus à l'évolution démographique des médecins et les degrés d'attraction de nos départements. La Mayenne n'attire pas beaucoup ! Nous compensons par des plateaux techniques complets et des conditions financières convaincantes pour attirer les jeunes praticiens.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

La loi HPST va redistribuer les cartes et concentrer le secteur public avec une diminution des interlocuteurs par territoire, dans de nombreux départements les relations vont se limiter à une relation simplifiée entre deux interlocuteurs l'un public l'autre privé. De plus, avec les ARS, nous allons évoluer vers une intégration des secteurs sanitaires et des secteurs sociaux, par une approche accentuée des filières de prise en charge. Cela constitue une réelle opportunité car il y aura, pour nos établissements, de nouvelles pistes d'innovation. Le groupe 3H a actuellement un dossier en instruction pour organiser une prise en charge intermédiaire entre le secteur sanitaire, le secteur médico-social et le soutien au domicile. Enfin, ce qui m'interpelle le plus c'est qu'avec le jeu tarifaire actuel, le 2 avril de l'année, nous sommes incapables de savoir de ce que sera notre chiffre d'affaires en fin d'année. Je pense qu'il est très dangereux de s'appuyer sur les simulations que l'on nous a présentées, d'où qu'elles proviennent. Nouvellement élu Président de région, j'essaierai de gérer au mieux la faible marge de manœuvre régionale qui nous reste, dans l'intérêt de nos adhérents et je fais le vœux que les règles du jeu se stabilise pour 2010.

3 QUESTIONS



Pascal DELUBAC,
Directeur de
la Clinique
Saint-Pierre
à Perpignan
(66), groupe
Médipôle Sud
Santé

JEUDI 9 AVRIL 2009

Quelle est votre plus belle réussite ?

J'ai débuté mes fonctions lors d'une période difficile, la clinique étant convalescente en 1991. La réussite s'est donc inscrite dans la durée et est aujourd'hui visible en termes d'innovation et de qualité médicale ainsi que d'un positionnement reconnu dans le paysage sanitaire régional, notamment dans les domaines de la cardiologie, de la cancérologie et de la gynécologie-obstétrique. En 15 ans, grâce à un projet médical structuré, les équipes médicales et les personnels ont repris confiance, et bien que rien ne soit acquis, l'esprit d'entreprise nous anime tous. Notre deuxième réussite est d'avoir su anticiper et préparer le transfert en juillet 2007 de notre entreprise dans le groupe Médipôle Sud Santé, dont l'éthique et la dimension humaine nous correspondent. La transmission s'est faite en douceur.

Avez-vous vécu des échecs ?

Incontestablement c'est d'avoir vécu il y a quelques années un conflit social. Il est très difficile de faire comprendre aux salariés qu'ils travaillent autant que ceux de l'hôpital d'en face mais qu'ils ont sur la durée des avantages, des statuts et des plans de carrières tout à fait différents. On a du mal à expliquer cela. Nous avons dû restructurer toute notre organisation en interne. La difficulté, dans une période transitoire, est de relancer une entreprise en investissant lourdement tout en protégeant les emplois ; cela n'a pas permis de mener une politique salariale comme nous l'aurions souhaité. A posteriori, les choix judicieux ont été faits au niveau du recrutement du corps médical. L'autre pseudo échec est lié au fait qu'au quotidien, nous nous heurtons à l'incompréhension et à la méconnaissance

des problématiques et des spécificités du secteur privé de la part de nos tutelles. Nous avons par exemple mis 10 ans à obtenir une autorisation d'urgence !

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

Nous attendons avec impatience la dernière mouture de la loi HPST qui aura un effet restructurant pour nous en termes d'organisation chirurgicale territoriale, mais elle a avant tout pour vocation de faire bouger l'hôpital de ses carcans et de remodeler le secteur public. Le privé fait depuis longtemps les frais des restructurations avec une visibilité de gestion inexistante et des grilles tarifaires qui ne correspondent à rien. On demande à cette nouvelle loi qu'elle confère à l'hospitalisation privée la place qu'elle mérite. Paradoxalement, les élus, à titre individuel, ont une nette préférence pour le privé mais sur le plan politique, ils ne nous soutiennent pas. Il y a tout de même plusieurs députés qui ont dit que le secteur privé est un acteur économique incontournable et un créateur d'emplois. J'ai été ravi d'entendre ça. D'autre part, il faudra être vigilants avec la mise en place des Communautés hospitalières de territoire. En effet, les hôpitaux vont recevoir des financements supplémentaires pour s'organiser sur un territoire. Ma crainte est que HPST organise une concurrence déloyale par le biais de financements supplémentaires pour le secteur public.

3 QUESTIONS



**Gaëtan Le
CORRE,**
Directeur de
la Clinique
Lafourcade à
Bayonne (64),
groupe CAPIO

JEUDI 30 AVRIL 2009

Quelle est votre plus belle réussite ?

C'est incontestablement notre projet de regroupement de 5 cliniques bayonnaises sur un lieu unique qui ouvrira en 2012. Le challenge a été de rallier à notre groupe trois cliniques familiales et une ayant un actionariat médical et de permettre aux professionnels de travailler ensemble alors qu'ils étaient jusqu'alors très concurrents. Nous avons par exemple 22 anesthésistes qui devront fonctionner en une seule équipe. Le projet avance bien globalement. C'est très intéressant de travailler pour l'avenir et d'imaginer par exemple quelles pathologies pourront, technologiquement parlant, passer en ambulatoire et quelle sera l'évolution des mentalités à ce sujet. Il faudra être en adéquation avec les pratiques du moment quand on inaugurerait notre nouveau bâtiment. Ce projet est également utilisé en communication interne pour fédérer l'ensemble des équipes. Nous avons par exemple organisé un concours interne pour trouver un nom à notre nouvel établissement. L'équipe gagnante se rendra à Stockholm pour faire du tourisme mais surtout visiter les autres cliniques Capio en Suède.

Avez-vous vécu des échecs ?

Nous n'avons pour l'instant pas encore obtenu de financements de l'enveloppe hôpital 2012 pour notre projet de 380 lits, qui s'élève pourtant à 80 millions d'euros ! Nous sommes complètement livrés à l'arbitraire de quelques personnes et pour l'instant c'est zéro euro, sans que l'on sache pourquoi. Sur le projet de regroupement, nous avons également rencontré des difficultés de nature sociale. Il nous a fallu de nombreux mois de négociations pour réunir des entreprises ayant des

historiques, des cultures, des systèmes de rémunération et des avantages sociaux propres. L'enjeu a été et reste de bien faire passer le message que ce projet pérennise nos établissements. Des accords ont été signés avec les représentants des personnels mais tout le monde n'avance pas à la même vitesse. Pas plus tard qu'il y a 15 jours, une grève a démarré dans une des cliniques. On sent le personnel très inquiet et sensible aux rumeurs.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

Avec le peu de considération que nous porte le gouvernement actuellement, nous faisons du pilotage à vue. Je trouve lamentable d'avoir eu les tarifs 3 jours après la date de mise en œuvre. Il n'y a aucune politique de santé publique, les choix sont démagogiques. Je fais ce métier depuis 30 ans et c'est de plus en plus difficile. Ça fait déjà 2 fois que la ministre ne se déplace même plus aux rencontres de la FHP. On a droit à un entretien via écran, point à la ligne. Le secteur privé n'est pas reconnu à la hauteur de son importance économique et sociale. Il faut en faire de plus en plus pour de moins en moins cher. A mon avis, le moment de rupture est tout proche, 2 à 3 ans peut-être.

3 QUESTIONS

JEUDI 7 MAI 2009



**Ségolène
BENHAMOU,**

Directeur
Général de
l'Hôpital Privé
Nord Parisien à
Sarcelles (95)

Quels enseignements tirez-vous de la malheureuse expérience que vous avez vécue mardi dernier ?

J'aimerais parler de l'impuissance que l'on ressent face à un enlèvement de bébé et ce, même en pleine journée, alors qu'il y a des agents de sécurité dans l'établissement, des caméras de surveillance et que la ravisseuse a été vue en train de s'enfuir. On est tout simplement désarmé face à une volonté malveillante. Il n'existe pas de solution miracle. Les dispositifs de sécurité ont beaucoup aidé à dresser le portrait de cette femme, mais la vigilance du personnel a été décisive. J'ai été impressionnée par la solidarité des salariés qui se sont tous mobilisés : tout le monde s'est éparpillé dans les minutes suivant l'alerte autour de la clinique et dans la ville, c'était un élan spontané et on pouvait sentir l'émotion. La communication avec les médias est également très importante dans ces moments-là. Les journalistes entrent dans l'établissement et vous harcèlent de questions. Il faut alors oublier l'angoisse du moment et savoir quoi répondre pour ne pas gêner l'enquête et ne pas mettre injustement l'établissement en faute. D'autre part et c'est purement le fruit du hasard, les bonnes relations que j'entretiens avec la directrice de la Clinique de l'Estrée à Stains ont permis d'accélérer le dénouement de l'enquête. J'étais devant le procureur qui venait de décider de lancer l'alerte enlèvement quand l'appel, tellement improbable, de Christine DERMER est arrivé. C'est important de bien connaître ses pairs et de s'apprécier. Ce que je peux dire également c'est que la psychologue a joué un rôle déterminant auprès de la famille victime de l'enlèvement. Chaque établissement devrait pouvoir en avoir une sur place. Son travail auprès des parents a été admirable.

Quelle est votre plus belle réussite ?

Mon plus grand succès est d'avoir réussi à passer la deuxième version de la certification, sans aucune recommandation, 6 semaines seulement après mon accouchement. La préparation a été difficile et l'absence de chef d'orchestre sur la fin très éprouvante pour tous. Je suis revenue deux semaines avant la visite et j'ai été très heureuse de retrouver une équipe soudée et solidaire. Il y a réellement un esprit de famille chez nous qui a bien surmonté l'épreuve. Les experts visiteurs ont été frappés par cet esprit et l'ambiance régnant dans l'établissement. Ils ne pouvaient pas s'imaginer que l'on puisse aimer venir travailler à Sarcelles. La vision qu'ils ont eue était en décalage avec ce qu'ils pensaient trouver.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

Je suis abasourdie par l'incohérence qu'il y a entre la politique de santé publique et la campagne tarifaire en France. Les plans de santé publique ne sont rien d'autre que de l'affichage politique. On nous pousse à nous engager dans des grands projets, comme le plan cancer, les soins palliatifs ou l'ambulatoire et 2-3 ans plus tard, alors qu'on s'est investi dans la démarche, qu'on a embauché, formé, convaincu les personnels, on nous met dans l'impasse. C'est préjudiciable et révoltant. La baisse de 10 % des tarifs en soins palliatifs montre clairement le manque de volonté du gouvernement. Les normes exigées pour les salles blanches en chimiothérapie sont extraordinaires et multiplient nos charges par 3 alors que les tarifs ont baissé de 9 % ! On nous accorde temporairement des moyens pour nous piéger ensuite. Ce n'est pas honnête.

3 QUESTIONS

JEUDI 14 MAI 2009



Stéphane de BUTLER D'ORMOND,
Directeur
Général du
Groupe Santé
Victor Pauchet à
Amiens [80]

Quelle est votre plus belle réussite ?

La Clinique Victor Pauchet est l'une des cliniques les plus anciennes de France et a une culture de clinique indépendante forte. Ma plus belle réussite est je pense d'avoir su préserver et pérenniser jusqu'à ce jour les valeurs humanistes très marquées qui animaient le fondateur de notre Clinique, le Professeur Pauchet, de même que son attachement à l'excellence, la technique et l'innovation. En effet, nous avons vécu, aux côtés et en partenariat avec 6 autres cliniques, une restructuration importante de l'hospitalisation privée d'Amiens, avec la création d'un pôle de 600 lits répartis sur 4 cliniques. De plus, le GCS mené en 2006 pour notre centre de réadaptation fonctionnelle fut l'un des premiers en partenariat privé/public en France et est aujourd'hui une référence sur notre territoire de santé.

Avez-vous vécu des échecs ?

Nous avons élaboré un projet de stérilisation centrale en GCS avec les établissements publics et privés de notre territoire, projet pour lequel la tutelle s'était fermement engagée. Cette installation de stérilisation est désormais opérationnelle et nous avons été profondément choqués par la remise en cause par l'ARH d'engagements initiaux écrits pris lors de la phase de conception, sous prétexte de changements de contexte administratif. Cela est tout simplement inacceptable, surtout lorsque des engagements sur le long terme nous sont demandés en contre partie.

Quelle est actuellement votre vision du secteur ?

A l'heure où les GCS font partie des outils de recomposition de l'offre de soins, les coopérations sont fortement remises en cause du fait de la reconduite du dossier de la convergence tarifaire. À ce jour, seule l'HAD permet facilement la coopération car les tarifs sont identiques. On ne peut aujourd'hui demander à des structures d'assurer des coûts identiques avec des tarifs différents, ce qui entraîne la génération artificielle de gains et pertes pour les partenaires associés et met officiellement en exergue le principe de vente à perte, pourtant juridiquement interdit. Je pense par ailleurs que les réformes actuelles manquent de dynamisme car elles font peur par manque de visibilité stratégique finale, qui permettrait pourtant aux établissements et à leurs partenaires de mener une véritable stratégie d'entrepreneuriat, nécessaire à la qualité de prise en charge des patients.

3 QUESTIONS

JEUDI 21 MAI 2009



Dr. Bernard COUDERC,
Président de la Polyclinique de l'Ormeau à Tarbes (65),
Président de l'UNHPC et du réseau régional de cancérologie de Midi-Pyrénées, ONCOMIP

Quelle est votre plus belle réussite ?

En tant que PDG de la Polyclinique de l'Ormeau, je suis fier de la réussite du projet d'entre-prise de nos médecins libéraux, sur le territoire des Hautes-Pyrénées ? Ils ont montré que les médecins entrepreneurs sont capables d'articuler la logique médicale et la logique entrepreneuriale et de rendre ainsi un service de qualité à la population. Les deux cliniques fusionnées (Polyclinique de l'Ormeau et Clinique Ormeau-Pyrénées) et le GROUPE qui fédère les Centres de radiothérapie de Tarbes et de Pau, deux régions admissibles concurrentes, en sont l'exemple. Bien sûr les choses ne sont pas faciles mais, avec le concours d'un gestionnaire rigoureux, Jean-Michel Nabis, nous y sommes arrivés. Sur nos segments d'activité nous sommes maintenant face aux hôpitaux et en complémentarité avec eux. Notre implication au sein du réseau régional de cancérologie ONCOMIP me permet d'en assurer la présidence depuis 5 années. Les « Journées Pyrénéennes de Gynécologie », avec plus de 1.500 congressistes, ont une dimension nationale. Régulièrement organisées par notre confrère et Directeur Général Adjoint de la Polyclinique, le Dr Da-gues-Bié élèvent une réussite rare sur une ville de 60.000 habitants.

Avez-vous vécu des échecs ?

Il est encore plus difficile de parler de ses échecs, dont on apprend toujours. Je regrette que l'UNHPC n'ait pas été reconnue par la FHP, dans ses nouveaux statuts, comme syndicat à part entière. Je préfère exprimer mon inquiétude sur le relais générationnel, tant au niveau local (gestion clinique) que national (action syndicale). C'est une constante de l'histoire de dire que

les jeunes sont moins capables que la génération d'avant. Ne tombons pas dans ce piège. Il est pourtant vrai qu'on peut s'interroger sur leur goût des responsabilités. Mais la question vaut pour nous : que faisons-nous pour que, dans le contexte actuel, ils puissent avoir l'envie d'entreprendre, de développer des capacités à s'investir, de prendre des responsabilités ? Quelle image leur donnons-nous de nos actions ? Que leur proposons-nous d'attractif et qui leur permette d'affronter l'avenir ?

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

Le Président de l'UNHPC ne peut que vous parler ici de cancérologie. Pathologie dominante, clef de l'avenir de nos établissements comme de nos équipes, prototype d'une prise en charge pluridisciplinaire, aptitude à intégrer tout le parcours du patient, à articuler le sanitaire et le social, le curatif et le palliatif Elle est au cœur de notre devenir. Les fondateurs de l'UNHPC, dès 1975, avaient perçu tout cela. Il reste beaucoup à faire et les fronts sont multiples. On peut citer très rapidement : la menace d'OPA du secteur public par le biais de la loi HPST et des GCS sur l'activité chirurgicale soumise à seuils ; la reconnaissance effective de la qualification d'Etablissement de santé des centres de radiothérapie ; la défense de la chimiothérapie et de l'oncologie médicale, la réforme du K15 ; la valorisation des soins de support, des soins palliatifs et de la prise en charge de la douleur bien malmenée par la V11 de mars dernier ; la défense de l'anatomocytopathologie libérale ; le développement de notre contribution à la recherche clinique. A nous d'être, ensemble, à la hauteur des défis collectifs qui nous attendent !

3 QUESTIONS



Pierre Yves EMMANUELLI,
Président
du CA de la
Polyclinique
de Furiani à
Bastia (20),
Administrateur
FHP-SE,
Représentant
FHP-MCO

JEUDI 28 MAI 2009

Quelle est votre plus belle réussite ?

Ma plus grande satisfaction est avant tout d'avoir maintenu notre niveau d'excellence en chirurgie viscérale et ensuite d'avoir fait en sorte que la Polyclinique de Furiani affirme, et même développe, son exclusivité en Urologie. Une seconde colonne de coeliochirurgie vient d'être installée, un lithotripteur (le seul en Haute-Corse) est en place depuis le début de l'année, un deuxième chirurgien urologue est venu renforcer notre équipe et nous avons une convention avec le CH de Bastia, qui nous redirige ses patients. Nous sommes très fiers de pouvoir proposer à la population de l'île un plateau technique de pointe pour une spécialité bien définie; d'autant plus que beaucoup de spécialités ne seront jamais proposées localement. Nous avons toujours réussi à nous adapter aux évolutions constantes des normes et contraintes de notre métier, et malgré les importantes difficultés financières propres aux cliniques insulaires, nous arrivons à proposer à la population des soins de qualité, dans des structures à visage humain.

Avez-vous vécu des échecs ?

Je ne parlerais pas d'échec mais de déception. Voici des années que notre secteur d'activité est en crise. Localement, les banques sont plus que frileuses. Nous avons de grandes difficultés de recrutement, et ce, tant au niveau des chirurgiens, médecins, cadres administratifs ou personnels médicaux. Notre région ne forme pas suffisamment aux qualifications qui nous seraient nécessaires et il est bien difficile d'attirer ces compétences de l'extérieur. Nous sommes constamment en quête de jeunes chirurgiens qui viendraient étoffer et enrichir le tissu sanitaire de l'île, mais avec un bassin de population d'environ 150.000

habitants pour la Haute-Corse, nous apparaissions peut-être moins attractifs pour certains

Quelle est actuellement votre vision du secteur ?

Je ne vous cacherai pas ma vive inquiétude quant au devenir de nos structures. À ma connaissance, il n'est pas une clinique MCO en Corse qui ne soit en déficit. Le coût de la vie ici est de 10 à 15 % plus élevé qu'en métropole ! Des études de coûts ont été faites mais elles n'ont pas donné suite à des enveloppes supplémentaires et la V1.1 ne laisse rien présager de bon non plus, car le calcul des remboursements ne tient pas compte des réalités de nos dépenses. D'un point de vue syndical, il faut se radicaliser et montrer fermement que nous ne sommes pas les cobayes du système de santé ! Ayant en permanence des soucis à gérer, des tâches administratives chronophages, et bien évidemment, pas le temps d'aller manifester à Paris à l'instar des syndicats de personnels, j'ai l'impression que nous sommes totalement discrédités. L'avenir du secteur privé s'assombrit en permanence depuis dix ans, aussi, je trouve donc complètement justifié d'adopter des positions fermes sur tous les grands dossiers, comme la convergence et de boycotter les enquêtes. D'autre part, je suis tout à fait scandalisé de voir l'utilisation faite par les médias (comme Le Point, ndr) de nos données PMSI pour faire des couvertures vendeuses. On peut à juste titre se poser la question de la légitimité de l'accès par des profanes à ces données. Par ailleurs, j'attends de pouvoir mesurer quelle sera la plus-value réellement apportée par les ARS. Une telle concentration des pouvoirs m'effraie un peu, alors restons vigilants

3 QUESTIONS

JEUDI 4 JUIN 2009



Gilles SCHUTZ,
Président
du syndicat
FHP-Dialyse,
PDG d'un groupe
d'établissements
de santé
spécialisé en
dialyse [13]

Quelle est votre plus belle réussite ?

Pour moi, c'est indéniablement le fait d'avoir eu la chance d'entreprendre, tout au long de mes 20 ans d'exercice, et d'avoir pu développer l'offre privée de soins en créant un groupe d'établissements spécialisés, principalement dans mon activité « métier » première : la Néphrologie et la dialyse. Mon ambition en tant qu'acteur du traitement de l'insuffisance rénale chronique se heurte toutefois à deux types de barrières. Une barrière réglementaire d'abord, puisque le secteur privé n'est pas autorisé, par exemple, à pratiquer la transplantation d'organe bien que la greffe de reins soit tout à fait à sa portée. Une barrière technique ensuite, puisque le traitement de suppléance est marqué actuellement par une phase de consolidation technologique. J'espère que de nouvelles thérapies pourront dans les dix prochaines années faire évoluer le traitement des dialysés.

Avez-vous vécu des échecs ?

Je n'ai pas eu d'échecs à proprement parler, par contre j'ai vécu une expérience qui peut s'y apparenter. J'ai été interne puis chef de Clinique en CHU et mon passage dans le privé a été un réel choc pour moi. Lorsqu'on travaille à l'hôpital, on se repose sur une machine qui ne favorise pas le développement du sens des responsabilités et on en sort trop peu sensibilisé à l'importance du service au patient, à savoir, établir avec lui une vraie relation personnalisée, être acteur de la qualité de sa prise en charge. Dans le privé, n'ayons pas peur de dire que l'on s'implique forcément plus dans ce sens, et pour moi, le service au patient doit rester un tout. C'est en partie pour ces raisons que je pense que

la FHP doit poursuivre son ouverture vers les jeunes et continuer à s'investir dans la promotion de son image vers l'extérieur, tout en gardant son identité.

Quelle est actuellement votre vision du secteur ?

Nous avons un problème de visibilité notoire. La consommation de santé ne souffre pas la crise, mais l'impact de son coût est grand. Dans mon domaine, la dialyse, qui est un acte relativement randomisé, on devrait n'avoir aucune différence de tarification avec le secteur public, car la mission que nous assurons au travers de nos actes est identique. Le report de la convergence à 2018 a un impact très grave qui n'épargne pas le secteur de la dialyse. Sur Paris, une séance de dialyse est facturée 960 € à l'APHP contre 360 € dans le privé (séances et actes médicaux à périmètre équivalent), alors que les réglementations sont identiques pour les deux secteurs depuis 2002. Ces écarts sont injustifiables ! De plus, depuis l'extension de la T2A à 100 % dans le secteur public en janvier 2008, celui-ci a restreint de façon quasi systématique l'adressage des patients en secteur privé. Cela ne peut que brouiller l'image de la mission de soin d'un CHU ou d'une Assistance Publique au combien prestigieuse. Le Ministère a évité au secteur public l'effort de converger vers le plus efficient : je le crie haut et fort, dans le domaine de la dialyse comme dans les autres activités, c'est de la subvention sans cause et du rapt de budget sans effet d'efficacité.

3 QUESTIONS

JEUDI 11 JUIN 2009



Philippe CHOUPIN,
Directeur
Général Délégué
des Nouvelles
Cliniques
Nantaises à
Nantes [44]

Quelle est votre plus belle réussite ?

La réussite est pour moi avant tout de faire en sorte que chaque jour les hommes et les femmes de notre établissement soignent dans les meilleures conditions les hommes et les femmes qui font confiance à nos équipes soignantes et à notre établissement. Lors de notre regroupement d'établissements, nous avons réussi à ne pas constituer une mosaïque de médecins, mais une équipe collective. Comme au rugby, où le collectif et la synergie sont primordiaux, si vous ne voulez pas prendre des coups, il faut organiser collectivement la chaîne soignante d'autant plus solidaire que le médecin libéral est en général individualiste. Je pense que nous avons de ce point de vue réussi. De plus, nous avons entrepris notre regroupement sans la caution économique de l'État et, grâce à une culture de l'efficacité, nous avons évité le déficit prévu la première année d'exercice ce qui est pour nous aussi un succès. Dans un autre domaine, j'ai eu la chance de pouvoir participer aux travaux de la commission Larcker où enfin, la participation du secteur privé au service public hospitalier a officiellement été reconnue.

Avez-vous vécu des échecs ?

J'en ai eu plusieurs mais ils se sont révélés parfois bénéfiques car ils ont permis des remises en cause. Nous souhaitons, vu notre taille et notre pluridisciplinarité, des autorisations en réanimation, en neurochirurgie et en chirurgie cardio-vasculaire mais, l'hôpital de notre ville s'est élevé contre. Nous n'avons pas su à l'époque se faire comprendre comme partenaire. Echéec aussi pour l'obtention d'une autorisation de soins de suite. Nous avons par contre, avec la Croix Rouge Française pu assurer cette activité sur notre site où 80 lits sont actuellement exploités. Avec notre service

de médecine d'urgences, les services de cardiologie et de cancérologie, nous sommes ainsi plus PSPH que l'établissement PSPH de notre ville ! Nous aurions également aimé rallier à notre groupe un établissement ayant une maternité, mais cela ne s'est pas fait. Dans un autre domaine, les Nouvelles Cliniques Nantaises ont été beaucoup trop médiatisées après les très bons résultats obtenus dans les classements de l'hebdomadaire « Le Point ». On a eu plus de soucis que d'avantages, d'autant plus que nous avons encore beaucoup de travail à faire sur les indicateurs tels que ICALIN et IPACQ.

Quelle est actuellement votre vision du secteur ?

On accuse les cliniques d'être cupides alors qu'elles font des efforts d'efficacité exemplaires. Depuis les nouveaux SROS et la mise en place des projets médicaux de territoire on partage les réalisations et le clivage public-privé s'estompe grâce au développement des contacts et aux comparaisons. Il faut persévérer dans cette direction pour être sur le terrain un partenaire à part égale. Je suis déçu des inflexibilités introduites dans la loi HPST. L'État reprend l'autorité et le pouvoir alors qu'il faudrait laisser plus de place au contrat et à la négociation. Par ailleurs le secteur privé a fondé trop d'espoirs sur la convergence et la T2A. La T2A présente avec le développement des MIG, à mon sens, une forme de « PSPHisation » des cliniques privées qu'il faut combattre et non réclamer. La convergence est plus complexe qu'il n'y paraît et pour l'expérimenter je regrette l'arrêt de l'ENCC seul outil partagé avec le secteur public de faire valoir notre efficacité, notre professionnalisme et la qualité de nos prestations.

3 QUESTIONS



Antonin CALLES,
Directeur de la
clinique Saint
Germain à Brive
[19]

JEUDI 18 JUIN 2009

Quelle est votre plus belle réussite ?

Je peux vous parler de notre projet en cours, à savoir le groupement de coopération sanitaire avec l'hôpital de notre ville. Dans la démarche, c'est bien et cela va dans le sens de la loi HPST mais nous ne sommes pas encore au bout de nos peines et ce n'est pas simple. Le projet de coopération prévoit l'installation de notre clinique dans un nouveau bâtiment sur le site de l'hôpital qui est situé à 400 m de notre établissement. Il y aurait donc un partage des infrastructures techniques toutes neuves de l'hôpital qui n'est actuellement pas en capacité de les exploiter pleinement. Ce sera donc une belle réussite si cela aboutit.

Avez-vous vécu des échecs ?

J'en ai eu un au cours de ma carrière. J'ai été directeur d'une clinique dans une petite ville du Languedoc-Roussillon et un de nos patients est décédé suite à un choc anaphylactique. La gestion de crise menée a été très difficile et nous avons été dans l'incapacité de bien la gérer. Elle a eu des répercussions incalculables. La clinique a vu sa clientèle partir vers la concurrence et a fini par fermer. Je suis d'avis que communiquer est un vrai métier et qu'il faut laisser faire les professionnels dans de telles situations. On n'est pas formés à ce genre de problématiques, il faut maîtriser les termes et les paroles et la communication avec les médias. Une telle expérience laisse des traces.

Quelle est actuellement votre vision du secteur ?

Je suis assez pessimiste. Les promesses ne sont systématiquement pas tenues et nous ne détenons pas les règles du jeu. Les organismes payeurs ne reconnaissent pas les économies que permettent de faire le secteur privé. Nous n'avons que des signes est un bel exemple. Les décisions sont déjà prises avant que les négociations débutent. La gestion d'établissement devient très compliquée, on ne peut pas comprimer les charges et les dépenses à l'infini. Quand le point zéro est atteint, il y a forcément un décrochage si l'activité n'est pas rémunérée à sa juste valeur. L'avenir va être très dur et je pense qu'on va vers une privatisation de la santé comme aux USA, plus élitiste et sélective.

3 QUESTIONS



Catherine LAURIN-ROURE,
Directrice Générale de la SARL Polyclinique Kenval (Polyclinique Kennedy et Clinique de Valdegour), à Nîmes (30)

JEUDI 25 JUIN 2009

Quelle est votre plus belle réussite ?

Je pense que les deux visites d'accréditation puis de certification, V1 et V2, ont été de très belles expériences. Elles ont permis la reconnaissance par les experts du professionnalisme des équipes et de ce qui nous caractérise assez je pense, notre humilité, notre souci de transparence mais surtout notre culture interne entièrement tournée vers l'accueil du patient, sa prise en charge et le service rendu. Les deux séances de restitution ont été riches et très émouvantes avec des témoignages et des remerciements sincères pour l'implication de tous et la qualité des échanges durant toute la visite. C'est vraiment la concrétisation de beaucoup de travail et d'efforts solidaires, une reconnaissance humaine et professionnelle méritée et qui compte, même si elle ne donne en fait que le droit de continuer à progresser.

Avez-vous vécu des échecs ?

Des soucis, nous en avons tous les jours. Personnellement, je regrette de ne plus être en mesure de réellement pouvoir faire la part des choses et de manquer parfois de discernement par manque de temps, étant absorbée par la masse de contrôles, contraintes et pressions que nous supportons tous. Nous subissons le système tout comme nos personnels à qui nous ne pouvons donner gain de cause et qui doivent se satisfaire de solutions insatisfaisantes. Dans le contexte actuel je pense qu'un directeur de clinique, même avec son équipe, se retrouve parfois bien seul face à ses interrogations. Même dans notre région où le secteur privé est bien implanté et même si la solidarité est de mise, face aux pressions des tutelles, nous sommes individuellement impuissants et nous devons faire avec et nous adapter

toujours plus. Chacun doit se tenir droit face à ses responsabilités vis à vis des patients, des usagers et de son entreprise.

Quelle est actuellement votre vision du secteur ?

J'ai une vision très brouillée de la situation actuelle, surtout parce que nos difficultés sont systémiques et indépendantes de la crise actuelle traversée par tous. On ne peut faire aucune prévision, les règles du jeu évoluent en cours de route. Nous avions accepté la T2A dans l'optique de la convergence. Maintenant, avec son report, nos espoirs sont bien évidemment vains. Nous ne savons pas ce qui va nous arriver demain, et le système paraît bloqué. J'ai donc plusieurs interrogations voir inquiétudes : quelles obligations nouvelles ou renforcées allons nous avoir ? Avec quels moyens et avec quels médecins allons nous travailler ? Le manque d'attractivité pour certaines spécialités chirurgicales essentielles est bien réel, de même que la pression sur le statut libéral. Serons-nous en mesure de recruter le personnel soignant nécessaire ? Même dans le sud, l'appel à l'interim est fréquent ! Difficile donc en ces temps d'être optimiste, quand nous avons l'impression d'être souvent remis en cause. Mais je reste passionnée donc pas question de baisser les bras quand il y a des projets à porter ! !

3 QUESTIONS

JEUDI 2 JUILLET 2009



**Philippe
POUGET,**
Directeur de
la Clinique
des Cèdres à
Échirolles (38),
Président FHP
de la région
Rhône-Alpes

Quelle est votre plus belle réussite ?

L'aboutissement de la construction d'un établissement moderne et futuriste. Ma formation initiale d'ingénieur m'a beaucoup aidée pour y intégrer les toutes dernières technologies. Nos bâtiments sont pourvus d'un système de climatisation par flux d'air sans recyclage pour chaque chambre. Nous avons des centrales d'air indépendantes au dessus de chaque bloc opératoire avec des plafonds à flux laminaires à haut débit (nos orthopédistes opèrent sous scaphandre) pour minimiser les risques de contamination. Dans le même esprit nous avons développé une politique de maîtrise du risque infectieux avec dépistage systématique tel que cela se pratique dans les plus grands hôpitaux américains. Le tout s'est soldé par un surcoût de l'ordre de 20 %. Nous avons tout misé sur le long terme et avons opté pour des matériaux exigeant peu d'entretien et permettant de faire des économies d'énergie. Nous avons été le premier établissement de soins français en 1998 à avoir obtenu le label qualité ISO 9002 pour l'ensemble des services et l'un des tous premiers à être certifié V1 et V2 par l'HAS.

Avez-vous vécu des échecs ?

Oui, bien sûr. Nous avons eu deux problèmes d'ordre technique très préjudiciables. Peu après avoir investi nos nouveaux locaux notre Tableau Général Basse Tension a brûlé suite à un court circuit, nous laissant sans électricité avec des groupes électrogènes sur le trottoir. Catastrophique pour un établissement hospitalier. Nous sommes ensuite entrés dans un procès sans fin entre fournisseur et sous-traitant. Notre deuxième gros souci a été d'ordre informatique. Notre déménagement a coïncidé avec le changement de logiciel lié au passage à la

T2A et cela s'est très très mal passé. Nous avons pris plus de deux mois de retard sur la facturation avec des relations difficiles avec la CPAM et nos propres praticiens, nous mettant dans une situation de trésorerie périlleuse. Une galère noire !

Quelle est actuellement votre vision du secteur ?

J'ai beaucoup d'inquiétudes pour l'avenir du système de santé privé après le vote de la loi HPST jeudi dernier. Les ARS vont avoir un pouvoir immense et reste à savoir comment nous allons pouvoir négocier nos autorisations futures dans ce contexte. Le secteur public a par ailleurs maintenant la possibilité de faire appel à des médecins libéraux et pourrait bien tenter de débaucher les nôtres. Avec les différences de tarifs en vigueur, c'est une concurrence tout à fait déloyale qui ne nous laisse que peu de marge de manœuvre. Une autre concurrence tout aussi déloyale est celle du secteur PSPH qui paye les dépassements d'honoraires des praticiens libéraux à hauteur du reste à zéro pour les patients. Là encore c'est un moyen de débaucher nos praticiens. Je pense qu'il ne faut plus raisonner en termes de public contre privé mais en termes de besoins de santé au niveau d'un bassin de population, ce qui sous-entend un redéploiement de l'offre adaptée aux évolutions de la demande et davantage de coopération intelligente entre les deux secteurs

3 QUESTIONS

JEUDI 9 JUILLET 2009



Jean VERNOUX,
Directeur
Général de la
Clinique de
l'Orangerie à
Strasbourg
(67), Groupe
Vitalia,
Président FHP
de la région
Alsace

Quelle est votre plus belle réussite ?

En 2001, inspirés par ce qui se fait à Montréal, nous avons ouvert le premier centre français de réadaptation cardiologique ambulatoire qui permet de suivre les patients sur une durée de six mois en évitant les écueils liés aux séjours de réadaptation courts, à savoir de meilleurs résultats en termes de changements durables des comportements. La réadaptation cardiaque ambulatoire, en plus d'être médicalement innovante, fait faire des économies substantielles à la Sécurité sociale puisqu'elle représente 1/3 des coûts d'une prise en charge normale. Dans un autre domaine, nous avons créé en 2008, 3 centres de cancérologie spécialisés dans la chirurgie viscérale, du sein et de l'oncologie médicale. C'est une offre de prise en charge pluridisciplinaire, transversale et ouverte. Ayant actuellement la plus grosse file active dans cette spécialité sur notre territoire et les meilleurs chirurgiens, nous collaborons en partie avec le CHU et le centre anti-cancéreux de notre ville à la demande de l'ARH et surtout afin d'éviter une dispersion des moyens au service de la patientèle. Nous avons en quelque sorte anticipé la loi HPST et nous sommes en faveur d'une collaboration intelligente entre les différents acteurs de santé sur Strasbourg, qui reste une ville de taille moyenne.

Avez-vous vécu des échecs ?

J'en vis un actuellement. Je suis dans l'incapacité de convaincre l'ARH Alsace de la pertinence, sur une ville comme Strasbourg, à encourager les centres de santé public et privé, CHU mis à part, à se spécialiser davantage pour proposer des pôles d'excellence et ainsi être plus lisibles sur le territoire. A la Clinique de l'Orangerie, nous avons fait il y a dix ans l'effort d'élaguer nos spécialités pour n'en garder plus que quatre, et les résultats sont convaincants. Par ailleurs, je propose en ce moment à la tutelle un rapprochement sous forme de communauté hospitalière de territoire

pour la cancérologie, avec le CHU, le centre anti-cancéreux de notre ville et notre Clinique. Je pense que ce serait bien si cette ville se lançait dans ce projet expérimental très prometteur. Tout le monde approuve cette proposition sauf le directeur de l'ARH, contrarié à l'idée de voir les forces vives de l'hôpital coopérer avec une clinique privée « commerciale » ! Je n'arrive pas à trouver les arguments pour le faire changer d'avis.

Quelle est actuellement votre vision du secteur ?

Je pense que la création des ARS est une bonne chose parce que leurs directeurs, grands commis de l'Etat, auront des champs de responsabilité englobant la médecine de ville et le médico-social et comprendront la notion d'Etat dans toutes ses composantes. Je regrette le manichéisme public-privé entretenu par l'ARH de notre région. La gouvernance actuelle de Mme Bachelot, de même que celle des gouvernements qui ont précédé, est très décevante. L'hospitalisation privée est perçue comme un ensemble hétérogène dont une partie, capitaliste, est nuisible ou encore comme une variable d'ajustement de l'hôpital public ou encore comme un prédateur de l'argent public. L'hôpital public en revanche, avec la notion de service public perçu à travers les urgences, la formation des internes jouit d'un droit de cité inaliénable. Je porte un regard très critique sur cette dualité et souhaiterais que la notion de profit dans la santé cesse d'être considérée comme un tabou et qu'au contraire, la création de richesses soit observée, dans ce secteur comme dans d'autres, comme vertueuse. Nous avons par ailleurs en France un problème de mono-appartenance au niveau de la filière de formation des directeurs d'hôpitaux publics et des directeurs des Services centraux de la santé qui sont tous issus de la même source [l'école de Rennes] et sont donc tous « iso-formatés ».

3 QUESTIONS



Michel GRASS,
Directeur
Général Associé
de Clinique Paul
Picquet à Sens
(89) et PDG de
la Polyclinique
du Val de Saône
à Mâcon (71),
Groupe Avenir
Santé, Président
FHP de la région
Bourgogne

JEUDI 16 JUILLET 2009

Quelle est votre plus belle réussite ?

Ces 7 dernières années, j'ai mené de front 2 projets qui se sont concrétisés par la construction de 2 nouveaux bâtiments dans des villes distantes de 300 km.

Chronologiquement, nous avons inauguré en 2007 les nouveaux bâtiments de la Polyclinique du Val de Saône, fruit de la réunion de 2 cliniques mâconnaises que nous avons, si je puis dire, remis sur les rails en un laps de temps très serré. En 2008, nous avons déménagé la Clinique Paul Picquet à Sens, établissement presque centenaire qui est aussi le premier pôle sanitaire de l'Yonne. En cette période de crise, je pense que la bonne santé financière mais aussi l'ancienneté et la stabilité de la Clinique Paul Picquet ont été des éléments décisifs pour obtenir le soutien des banques et de l'actionnariat médical. N'ayant par ailleurs pas une surenchère médicale sur notre territoire, notre ARH a joué le jeu. Ces deux projets, tout en étant de beaux challenges, ont surtout été des expériences passionnantes et très enrichissantes pour nous.

Avez-vous vécu des échecs ?

J'ai eu une expérience assez désagréable lors d'une mission de redressement d'une clinique couplée à la reprise d'une autre, qui s'est soldée par un remerciement tout à fait inattendu alors que la relation de confiance que j'avais avec le PDG de cette clinique ne laissait pas présager une telle issue. J'ai été jeté comme un kleenex. Jamais plus je n'exercerai dans un établissement dans lequel je n'ai pas de participation. Sinon, et ce n'est pas un échec, j'aimerais parler des difficultés que connaissent les directeurs de cliniques syndicalement impliqués au niveau régional ou national. Cet engagement prend du temps et fait qu'on

se retrouve à se battre pour des causes communes, au détriment de son activité de direction et donc de son établissement ainsi que de sa famille. Ce n'est pas toujours très simple.

Quelle est actuellement votre vision du secteur ?

La loi HPST a été dénaturée de sa substance suite à un lobbying actif de certains chefs de service des hôpitaux parisiens. Le report de la convergence est une pure et simple annulation. Je n'avais pas l'illusion que les tarifs soient égaux à terme mais j'avais l'espoir d'une égalité de traitement. Nous avons des moyens de plus en plus restreints et, dans une ville moyenne, des modifications de tarifs comme nous venons de le vivre avec la V11 posent des problèmes. Nous ne sommes pas en mesure de repositionner nos activités ni de changer de case mix. Je trouve que le paysage de l'hospitalisation privée est très hétérogène avec les établissements qui appartiennent à des groupes et d'autres indépendants, certains qui gagnent certains qui perdent. C'est très difficile de trouver un discours unique fort quand on a des gagnants et des perdants. J'ai bien peur qu'au final bon nombre d'établissements y laissent leur santé. En période de crise, je pense également que la question des dépassements d'honoraires prend encore plus d'importance. Dans notre Clinique de Sens où la plupart des praticiens sont en secteur 1, les gens ne font pas la différence avec l'hôpital. C'est pour nous un vrai challenge de rester attractifs pour les médecins et pour les patients qui doivent financer ces dépassements. Je ne vois pas pourquoi la santé échapperait à cette logique économique.

3 QUESTIONS



Frédérique GAMA, Directrice de la Clinique Charcot à Sainte Foy les Lyon (69), membre du CA du syndicat FHP-MCO

JEUDI 23 JUILLET 2009

Quelle est votre plus belle réussite ?

C'est indéniablement pour moi les résultats très positifs que nous avons eus lors de nos deux certifications, avec, pour la dernière en date, 115 A sur 130 questions, sans recommandation, ce qui est à mon sens un très bon résultat pour une clinique MCO. C'est une satisfaction pour moi d'avoir su fédérer l'ensemble du corps médical autour de ce projet, et en particulier les médecins, qui détiennent chez nous la responsabilité des groupes qualité et ont fait preuve d'une très grande motivation lors de ces événements. Notre deuxième succès est d'avoir obtenu les financements tant attendus de l'enveloppe « hôpital 2012 » pour notre projet de création d'un pôle hospitalier sur l'emplacement de la clinique Charcot. Nous n'avions rien obtenu de la première tranche, aussi, l'octroi de subventions à hauteur de 1/3 de notre budget global a été un grand soulagement. Je pense que notre projet de regroupement sanitaire correspondait tout à fait à la circulaire mais je regrette le peu d'engagement de l'Etat vis-à-vis des cliniques privées puisque nous sommes à ce jour le seul établissement privé en Rhône-Alpes ayant réussi à passer au niveau ministériel ! Nous ne sommes décidément pas beaucoup aidés !

Avez-vous vécu des échecs ?

J'aimerais simplement dire qu'il est très difficile de mener des projets dans le contexte actuel. On fait un « business plan » sur 20 ans avec des tarifs qui bougent sans cesse, c'est très angoissant. Tout en comprenant globalement le paysage économique actuel, au niveau micro-économique, il est très difficile de gérer un établissement. Depuis les années 90, on nous trouve toujours quelque chose. Le passage à la T2A n'avait déjà pas été simple, maintenant il va falloir s'adapter à de nouvelles règles, et ce du jour au lendemain. La Clinique Charcot n'a jamais ciblé sa prise en charge sur les actes les plus lucratifs et assume tout à fait ses

choix d'exercer aussi ces activités dans l'optique d'assurer sa mission de service public envers la population. D'autre part, je travaille en ce moment sur l'informatisation des dossiers patients et je ne comprends pas que le ministère n'octroie pas de manière homogène des subventions « hôpital 2012 » pour sa mise en place, comme cela a été le cas avec la T2A.

Quelle est actuellement votre vision du secteur ?

Je pense que la communication de la FHP sur le « tarif unique » est une bonne chose et nous verrons dans quelle mesure elle incitera Bercy à s'occuper davantage des comptes de la Sécurité sociale. La loi HPST m'a fait très peur au début avec le transfert de responsabilité liée aux conditions d'exercice des médecins, ce qui pourrait nous mettre en porte-à-faux avec le corps médical alors obligé d'appliquer des volontés qui ne sont pas les nôtres. Je m'offusque par ailleurs de la non réévaluation des honoraires des médecins MCO, alors que les médecins généralistes l'ont obtenue. Nos médecins du secteur 1 passent progressivement en secteur 2, seul échappatoire pour eux, et, comme on fait l'amalgame entre les dépassements d'honoraires et les revenus des cliniques, cela est très négatif en termes d'image pour nous. Je suis également très préoccupée par le poids que chaque établissement pourra avoir en région avec la venue des ARS. Nous ne serons immanquablement que de petits éléments au sein d'une grosse agence. Il va falloir bien se positionner et les syndicats régionaux auront alors encore plus d'importance.

3 QUESTIONS



Christophe RÉGNIÉZ,
Directeur de
la Polyclinique
Inkermann
à Niort (79),
groupe Médi-
Partenaires

JEUDI 30 JUILLET 2009

Quelle est votre plus belle réussite ?

Ma plus belle expérience est sans hésitation ma rencontre avec le groupe Médi-Partenaires et l'évolution que j'ai eu la chance d'y vivre. En 8 ans, j'ai réellement pu avancer et prendre de plus en plus de responsabilités dans un cadre clair et dans un climat de confiance. D'autre part, j'aime ce métier surtout parce que c'est une aventure avant tout humaine dans un contexte d'ouverture permanente avec les patients, les salariés, le corps médical et les tutelles. La technologie et la gestion viennent se greffer sur l'aspect humain qui est l'interface primordial de notre système autour duquel tout s'articule.

Avez-vous vécu des échecs ?

Nous croulons sous les lourdeurs qu'on nous impose, alors que le secteur privé déploie énormément d'énergie, fait preuve d'efficacité et de professionnalisme, tout en faisant face à un manque de cohérence majeur dans bien des domaines, et notamment dans celui du va et vient des réformes. Cet état de fait est d'autant plus regrettable que nous ne nous sentons pas traités en équité par rapport aux établissements du secteur public ! Pour sauvegarder notre patrimoine qu'est la sécurité sociale, il est temps d'injecter du bon sens et de ne plus faire du patient et de la sécurité sociale les otages d'une querelle dogmatique. Il y a aujourd'hui trop de dysfonctionnements qui affectent le patient et sa prise en charge, là je pense qu'on peut évoquer l'échec.

Quelle est actuellement votre vision du secteur ?

J'aimerais évoquer la campagne d'information actuelle menée par la Fédération. Je n'avais sciemment pas fait passer l'information auprès de mes cadres et médecins. J'ai toutefois eu des retours inattendus, extrêmement positifs, notamment de la part de cadres, qui, l'œil pétillant, sont venus me rendre compte qu'enfin les médias relayaient nos problèmes au niveau national, se demandant qui était l'initiateur de cette campagne. Depuis, le journal du 13h ainsi que ce qui est passé sur les ondes passent en boucle au « self » de la clinique et nous faisons signer la pétition. Je pense qu'on a encore beaucoup de travail d'éducation à faire dans nos établissements car les personnels n'arrivent pas toujours à différencier correctement les deux systèmes; or pour relayer une information, il faut y voir clair et nos collaborateurs sont nos premiers relais de communication. Je pense organiser des séances d'information dans la clinique et prévois de créer un kit en direction des salariés. Message à la FHP : Il faudra veiller à ne pas laisser retomber la pression !

3 QUESTIONS



Pierre MAURETTE,
Directeur de
la Polyclinique
Saint Roch à
Montpellier
(34), groupe
OC-Santé

JEUDI 27 AOÛT 2009

Quelle est votre plus belle réussite ?

Certainement d'avoir initié il y a 20 ans le Centre d'études supérieures en économie et gestion hospitalière privée (CESEGHP), 1er diplôme d'Etat de gestion hospitalière pour le secteur privé et aujourd'hui formation de référence. A l'époque, j'étais responsable de la formation au sein d'un syndicat et nous avons eu l'idée de nous rapprocher de l'université de Montpellier, permettant ainsi à la profession de sortir de son cadre et à l'université de s'extraire de son carcan institutionnel. Plus proche de mon quotidien cette fois, j'ai activement participé au développement et à la restructuration du groupe OC-Santé, avec l'affirmation de pôles de spécialités.

Avez-vous vécu des échecs ?

On peut toujours regretter que le monde de la Santé soit saturé par l'empilement de textes, qui caractérise bien la tendance technocratique et bureaucratique de notre profession. Beaucoup de choses sont faites de manière intelligente mais il faudrait se mettre à la place de l'utilisateur qui doit digérer ces textes juridiques, réglementaires et légaux et les mettre en œuvre. Prenons en exemple la réglementation des médicaments. Comme il est dans les faits impossible d'appliquer les règles, on nous propose des contrats puis on remet une couche de circulaire comme le fait la DHOS en ce moment ! Le ministère a une propension à faire du texte juridique et pense ainsi que le problème est réglé alors qu'il ne fait que commencer !

Quelle est actuellement votre vision du secteur ?

À l'heure actuelle, la problématique de la transmission des établissements de santé à des groupes ou à des fonds de pension est une question cruciale. Le secteur privé

est un ensemble d'entreprises citoyennes, structurantes sur un territoire. Vu sous cet angle, des rachats sur-évalués qui peuvent conduire à des contraintes de gestion étriquées, méritent une réflexion de la part de la profession. Je suis également préoccupé par les problèmes posés par les dépassements d'honoraires vis-à-vis du ressenti négatif et de l'accessibilité de nos établissements à une patientèle aux moyens de plus en plus limités. Par ailleurs, la question de la place occupée actuellement par les praticiens dans nos établissements est de toute importance. Ils sont présents dans le cadre de la CME mais il faudrait trouver la formule magique qui permette de construire et conduire avec la communauté médicale des projets médicaux qui dynamisent encore plus nos établissements. Il nous reste enfin à identifier pour notre secteur, un mode spécifique de prise en charge des patients en structurant un parcours de soins en amont et en aval de l'épisode de l'hospitalisation. Au-delà de l'acte purement médical, il nous faut apprendre à « prendre soin » du patient au sens de l'OMS et en application des objectifs définis par la loi HPST.

3 QUESTIONS

JEUDI 3 SEPTEMBRE 2009



Alain PORET,
Directeur de
la Polyclinique
Saint André
et de la
Polyclinique des
Bleuets à Reims
(51), Groupe
Courlancy,
Président FHP
du Nord Est

Quelle est votre plus belle réussite ?

D'être resté 30 ans dans la même société, arrivant à la fin de ma carrière, c'est pour moi le meilleur symbole d'une réussite professionnelle. De 1980 à ce jour, nous sommes passés de 180 à 500 lits avant notre rachat par le groupe Courlancy, et je suis très reconnaissant aux différents PDG que j'ai connus, ainsi qu'à l'actionnariat médical. Nous avons travaillé en synergie et ils m'ont laissé carte blanche pour les projets d'expansion et d'innovation. Pour gérer et fidéliser 200 médecins, ce qui n'est pas facile tous les jours, c'est une négociation permanente. Notre clinique a été la première dans notre région et l'une des dix premières en France à faire de l'ambulatoire. Nous avons mis en place un service d'urgences et développé des domaines complémentaires comme la rééducation et les soins de suite. Par ailleurs, étant depuis longtemps syndicalement impliqué, je pense avoir œuvré à ce que les acteurs de l'hospitalisation privée en région travaillent de manière constructive, en amitié, et dans le respect mutuel. Tout cela dans le seul but de maintenir des pôles de santé privés dans une région sinistrée.

Avez-vous vécu des échecs ?

Oui, et il se résume en un mot : la réanimation. C'est depuis toujours mon cheval de bataille et je suis plus que déçu des maigres résultats obtenus lors de la publication des décrets qui clôturent, en ce qui me concerne, 30 ans de bataille. C'est pour moi un échec syndical. En 1980, la réanimation polyvalente lourde n'était pas reconnue et pas réglementée en France. Actuellement 50 % des coûts occasionnés par ces services ne sont pas remboursés. C'est une charge très lourde à porter lorsque l'on connaît son importance en termes de

service public aux patients. Cette spécialité est peu représentée dans le privé ; ceux qui la pratiquent doivent payer le prix fort.

Quelle est actuellement votre vision du secteur ?

Actuellement, nous passons un virage à 90°. Le secteur est en pleine mutation et seuls les établissements qui sauront maîtriser leur évolution auront une chance de survivre. L'ambulatoire et les soins de suite prennent de plus en plus d'importance et d'ampleur sur l'activité MCO traditionnelle. Le capitalisme médical change. On note une évolution du corps médical par rapport à la gestion des cliniques, cela a beaucoup changé avec l'arrivée des groupes. Leurs habitudes de travail ont également évolué. Aujourd'hui, les médecins sont moins impliqués dans la vie collective de l'établissement qu'il y a trente ans. Quant au plan de combat actuel de la Fédération, bien qu'ayant été plutôt partisan de rester dans l'Etude nationale de coûts, j'en viens aujourd'hui aux conclusions que la coupe est pleine et que l'on ne peut pas rester sans rien faire. Je suis donc totalement en phase avec le plan de communication grand public mené par le syndicat. C'est notre seule chance dans une période où se faire entendre est très difficile.

3 QUESTIONS

JEUDI 10 SEPTEMBRE 2009



**Christian
GUICHARD,**

Directeur
Général de la
Clinique Saint-
Michel à Prades
(66), groupe
Médipôle
Sud Santé,
Secrétaire
général de la
FHP Languedoc-
Roussillon et
membre du CA
du syndicat
national
FHP-MCO

Quelle est votre plus belle réussite ?

Ma plus belle réussite en tant que directeur et propriétaire est d'avoir su préserver et développer, dans un territoire très isolé, notre entreprise. Pour un gestionnaire, c'est une réussite de base. D'autre part, je pense avoir, syndicalement parlant et certains se souviendront de mon acharnement opiniâtre, laissé mon empreinte dans la bataille pour l'harmonisation des tarifs du secteur privé avant l'introduction de la T2A. En effet, las de la guerre fratricide menée par les cliniques privées sur la question des tarifs, qui faisait en plus le jeu du secteur public, je décidais de prendre systématiquement la parole à tous les congrès et réunions professionnelles. Je suis fier de m'être investi, avec d'autres, dans cette bataille, car elle n'était pas gagnée d'avance. D'ailleurs elle continue, mais sous une autre forme.

Avez-vous vécu des échecs ?

Je fais le constat, après 25 ans de carrière, que le métier de directeur a beaucoup évolué. L'intuition et le charisme seuls ne suffisent plus pour faire ce métier qui, en quelque sorte, ne favorise plus l'expression de l'entrepreneur. L'aspect hyper-technique prédomine et il faut être ce que j'appelle un « *énarque de la santé* » pour bien faire son métier. Au risque de paraphraser mes confrères, nous avons aussi dans le sud d'énormes problèmes de recrutement de personnel I.D.E. Je trouve absolument aberrant que des infirmières diplômées exerçant en libéral fassent un travail d'aide soignante, alors que ces dernières ne peuvent pas se mettre à leur compte. La FHP devrait monter au créneau sur ce dossier. D'autre part, je pense que nous aurons toujours plus de difficultés à recruter des chirurgiens bien formés.

Quelle est actuellement votre vision du secteur ?

Notre secteur a un énorme problème d'image. Nous sommes les méchants profiteurs aux yeux de tous, même parfois aux yeux de nos employés. Nous vivons dans un pays hypocrite où gagner de l'argent avec la santé est sale, alors que de toute évidence un établissement doit être géré et dégager la marge nécessaire à sa pérennité. Il est donc urgent de redorer notre blason, informer la population, et je pense que la politique actuelle offensive sur le tarif unique - l'est-elle assez ? - de la Fédération est la bonne. Cela m'amuse tout de même beaucoup de voir que l'on reprend le même discours qu'il y a 15-20 ans : même métier même tarif, alors que c'était une bataille endogène. Maintenant, même unis, il reste difficile de se faire entendre en période de crise latente avec un secteur public qui n'est pas prêt à se plier aux exigences des réformes. Notre bataille se résume donc en deux points, image et tarifs et nous devons réussir sur ces deux tableaux pour continuer à avancer.

3 QUESTIONS

JEUDI 17 SEPTEMBRE 2009



Philippe LEVACHER,
Directeur de la Polyclinique de Franche-Comté à Besançon (25), Mutualité française Doubs, membre du CA du syndicat national FHP-MCO

Quelle est votre plus belle réussite ?

Actuellement, c'est notre projet d'extension d'établissement avec la construction d'une aile de 3000 m² qui abritera un nouveau bloc opératoire, 25 lits supplémentaires et nous permettra une gestion des flux logistiques optimisée. Cette extension était nécessaire depuis longtemps mais nous avons attendu d'une part d'être éligibles pour hôpital 2012 et d'autre part de renforcer l'excellente équipe médicale en place, politique qui doit impérativement se poursuivre, avant de lancer la phase de construction. Nous avons par ailleurs une collaboration réussie avec l'hôpital pour l'oncologie médicale. Une équipe médicale du CHU nous est mise à disposition et travaille de concert avec nos médecins pour les prescriptions. Les poches de chimiothérapie sont commandées via logiciel et fabriquées au CHU. Les patients par contre sont traités chez nous avec nos salariés et bénéficient d'un traitement identique à celui du CHU tout en profitant des services supplémentaires que nous proposons. Nous avons des RCP, une psychologue qui accompagne les malades en permanence, des ateliers Socio-esthétique. Nous sommes également partie prenante d'un projet régional d'institut du cancer qui devrait se mettre en place très bientôt.

Avez-vous vécu des échecs ?

Nous avons traversé une phase difficile cette année avec un conflit social né du changement de statut juridique de notre établissement et à l'incompréhension du projet par tous les acteurs. Il nous a été très difficile de faire accepter les nouveaux accords d'entreprise, qui n'étaient certes pas moins bons que les autres, mais qui donnaient le pas à un changement de

contexte. Le mouvement n'a pas été suivi massivement mais a tout de même laissé des traces. Tout mouvement social au sein d'un établissement est anxiogène pour l'équipe de direction, surtout quand on a une maternité de niveau IIa et de surcroît la plus importante du département !

Quelle est actuellement votre vision du secteur ?

J'ai à l'heure actuelle de grandes inquiétudes pour le monde de la santé au regard du déficit de la sécurité sociale, notre principal financeur. Les quelques idées de plans de financement proposées sont pour moi du replâtrage, des mesurottes mais pas des réformes de fond, alors qu'il faudrait tous s'asseoir autour d'une table et repenser le système. La loi HPST offre des pistes à l'échelle de chaque région mais je doute que nous puissions avoir une démarche collective. Je salue la vision beaucoup plus globale qu'auront les ARS mais je pense que les nouveaux directeurs auront devant eux un vrai challenge à relever. La V11 a été un événement conséquent après 4 ans de T2A. Il est toutefois encore trop tôt pour en mesurer les effets. On ne peut qu'espérer que l'évolution des tarifs se fera sur cette base avec une approche réelle et constructive autour de la réalité des coûts.

3 QUESTIONS

JEUDI 24 SEPTEMBRE 2009



Olivier VERRIEZ,
Directeur du
Centre MCO
Côte d'Opale à
Saint-Martin les
Boulogne et de
la Clinique des
Deux Caps à
Coquelles (62)

Quelle est votre plus belle réussite ?

Pour l'anecdote, c'est d'avoir réussi à travailler avec mon père ! Plus sérieusement, c'est la construction de la Clinique des Deux Caps, née du rachat et du regroupement de deux cliniques concurrentes et vieillissantes du centre ville de Calais, qui a ouvert ses portes en 2006. Le projet a été réalisé sans subventions, alors que l'on était l'un des plus gros projets de regroupement privé de la région à l'époque. Il n'y a eu aucun licenciement, nous avons obtenu une autorisation SSR en sus et j'ai bénéficié d'un soutien inconditionnel des personnels avec toutefois un ralliement plus progressif de l'équipe médicale. Cela a été une très belle aventure.

Avez-vous vécu des échecs ?

L'hospitalisation privée a un gros problème de reconnaissance. L'hôpital sauve des vies, les cliniques font de l'argent ! La politique actuelle axée sur l'idéologie « public-privé » est exaspérante. Alors que nous sommes plébiscités par les patients, alors que nous faisons aussi de la chirurgie lourde, même les organismes de tutelle nous considèrent parfois comme des établissements de seconde zone, voire des établissements périphériques ! La région Nord-Pas-de-Calais n'échappe pas à cette règle et nous en avons fait les frais. Notre demande de subventions a coïncidé avec le projet de reconstruction de l'hôpital de Calais, qui, avec un budget de 140 millions d'euros, a coûté dix fois plus que notre projet de construction d'une clinique neuve, terrain compris ! Comment peut-on valider un tel projet ? Le chantier a malgré tout commencé.

Quelle est actuellement votre vision du secteur ?

Le changement passera par l'opinion publique et, avec la campagne de communication de masse actuelle du syndicat et la pétition, les gens commencent à comprendre mais c'est lent. Il faut donc continuer à communiquer de manière claire, car, malheureusement, tout le monde n'épluche pas les rapports de la Cour des Comptes et les chiffres relatifs aux distorsions de productivité de l'hôpital restent trop souvent inconnus du grand public. Il faut également arrêter de culpabiliser les patients pour le déficit de la sécu. La santé n'a pas de prix, mais les gens se rendent bien compte avec l'augmentation de la franchise hospitalière, qu'elle a un réel coût. En attendant, le secteur privé continue à s'adapter et je ne suis pas trop inquiet pour l'avenir, même si au niveau du déficit nous avons désormais atteint le point de non retour. L'efficacité et la rigueur de gestion sont des atouts qui finiront bien par payer. À quand la vraie volonté politique de faire bouger les choses ?

3 QUESTIONS

JEUDI 1 OCTOBRE 2009



Michèle Tchiboudjan.
Directrice
de Synergia
Polyclinique
à Carpentras
(84)

Quelle est votre plus belle réussite ?

Avoir réalisé, en collaboration avec le corps médical et les personnels de 3 établissements (1 public et 2 privés), la conception, la construction et l'installation sur un nouveau site du Pôle santé public-privé de Carpentras fin 2001. En effet, une menace de fermeture des urgences de l'hôpital, avec toute la réorganisation des soins qui en découlait, pesait sur les établissements privés de la ville comme une épée de Damoclès. Pour sauver l'offre de soins locale, nous avons donc décidé avec l'hôpital de mettre en œuvre une complémentarité. Ensembles mais différents, tous au service du malade, nous mutualisons les compétences sans être en concurrence. Le patient ne va plus à l'hôpital ou à la clinique, il se rend au Pôle Santé. Dans cette logique, l'architecture des deux entités privilégie pareillement la lumière et la couleur et les équipements hôteliers sont identiques. Nous avons gagné notre pari de regrouper le diagnostic et le curatif sur 5 hectares. D'autres établissements, nous ont rejoints, l'antenne psychiatrique, le traitement de l'insuffisance rénale, bientôt un centre de moyen séjour et même une école d'aide-soignante.

Avez-vous vécu des échecs ?

Mon grand regret et le gros bémol de notre projet a été l'absence de reconnaissance financière pour le secteur privé alors que nous avons travaillé à renforcer notre mission de service public sur la zone avec des équipes performantes, présentes 24h/24, des compétences élargies, une productivité renforcée, etc. Le constat est amer, surtout pour nos personnels qui se sont investis mais qui, à part des conditions de travail améliorées, n'ont pas obtenu de compensation financière significative, les

niches de gestion s'amenuisant d'année en année. Puisque les personnels des secteurs public et privé travaillent tous sous le même toit, j'aurais également souhaité que mes salariés aient les mêmes statuts que ceux de l'hôpital. Ayant de nature un relationnel fort et considérant mes collaborateurs comme ma famille professionnelle, j'ai pu mener ce projet sans remous sociaux. Par contre, je trouve que, pour les jeunes managers qui débutent, la barre est haute.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

J'adhère complètement à la campagne de communication faite actuellement par la Fédération. Le secteur privé a des qualités très fortes, des compétences, des équipes, des aptitudes de gestion, et il faut faire savoir que nous ne sommes pas des « pompes à fric ». On ne peut pas nous targuer de n'accueillir que des malades rentables ! Avec le jeu des tarifs, l'hôpital de Carpentras avec une activité de médecine s'en sort mieux que nous avec les urgences chirurgicales ! Par ailleurs, le report de la convergence me pose un problème éthique. J'ai vécu le PMSI, l'introduction de la T2A, qui nous laissait entrevoir une reconnaissance du travail effectué. Tout cela est remis en question et cela me fait mal, surtout pour les établissements en difficulté que je connais. Avec la politique actuelle, on ne sait pas quelles seront les chances de survie d'un établissement indépendant de 100 lits. Personnellement, mon but est de pouvoir passer la main de manière satisfaisante dans quelques années et mon plus grand souhait est que, sur les bases créées, ma clinique continue à prospérer encore très longtemps.

3 QUESTIONS



Yves NOEL,
Président
Directeur
Général du
groupe PBNA à
Bordeaux [33]

JEUDI 8 OCTOBRE 2009

Quelle est votre plus belle réussite ?

L'expérience la plus riche que j'ai vécue est d'avoir remis sur pied une clinique située à Bordeaux Rive Droite, en zone franche urbaine à l'est de la ville alors qu'elle avait été fermée sur décision administrative et qu'aucune banque ne voulait financer notre projet. Il n'y avait aucun hôpital dans cette zone de 20000 habitants. En dix ans, partis d'une idée un peu folle, nous avons réussi à créer un hôpital privé de 250 lits, postes et places en zone défavorisée. Nous remplissons par ailleurs pleinement notre rôle de santé publique, notamment avec un service d'urgence que nous avons créé, et les 1500 naissances que nous accueillons cette année. A noter que nous sommes l'établissement d'Aquitaine qui a le taux de patients CMU le plus élevé.

Avez-vous vécu des échecs ?

Depuis 2003, je dirige ce groupe qui compte 8 établissements MCO girondins et est, avec 130 M€ de chiffre d'affaires, le premier Aquitain. J'avais émis le souhait de me présenter au poste de président FHP de ma région... et je n'ai pas été réélu au bureau ! Cet échec m'a par contre motivé pour me recentrer sur mon vrai travail, directeur, et entreprendre. J'ai créé fin 2008 une filiale hôtellerie/restauration pour l'ensemble du groupe, me permettant de maîtriser les process, d'agir sur la qualité et de dégager une marge supplémentaire de 1 M€ dont un tiers a été consacré à l'amélioration des conditions salariales de cette filiale. Les résultats vont au-delà de mes espérances !

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

Je pense que la loi HPST est positive pour le secteur privé car elle nous entr'ouvre une fenêtre pour avoir la reconnaissance que nous méritons. Il faut profiter de cette loi pour rédiger une charte éthique

axée sur les missions de santé publique remplies par les établissements privés. Pour préserver notre secteur nous devons développer une dimension d'hôpital privé et construire notre avenir sur la base d'un projet médical qui intègre l'accès et la permanence des soins. Je pense aussi que l'hostocomparateur, s'il apporte un éclairage intéressant sur les prix, conduit tout d'abord à renforcer l'animosité du secteur public. Et pour élargir le débat, je pense que le sujet même de convergence sert avant tout les intérêts du Gouvernement et de l'Assurance Maladie, pas les nôtres. Luttons d'abord pour révéler la force de l'entreprise privée au service de la santé de nos concitoyens.

3 QUESTIONS

JEUDI 15 OCTOBRE 2009



Thierry KOCH,
Directeur
Général de la
Clinique des
3 Frontières
à Saint-Louis
(68), Membre
du CA du
syndicat
FHP-MCO

Quelle est votre plus belle réussite ?

Je suis fier de diriger ma deuxième clinique, alors que quelques années en arrière j'étais plutôt voué à exercer dans l'industrie. Je suis arrivé dans le secteur de la santé par le biais d'une mission de management de transition. Je me suis pris au jeu et je dois dire que je ne regrette pas ma décision. J'apprécie beaucoup le facteur humain, très développé dans ce métier de direction de clinique, particulièrement dans les relations avec le personnel, les médecins, les patients et les associations de patients. Dans mes relations avec les tutelles, j'ai été au départ surpris et gêné par leur côté formel. Il ne correspondait pas du tout à mon tempérament plutôt impatient et souvent « fonceur ». Je m'y suis fait néanmoins. Depuis mon arrivée à la Clinique des 3 Frontières, une clinique isolée, je suis particulièrement heureux d'avoir pu contribuer au « sauvetage » de notre maternité - qui ne parvenait pas à recruter de pédiatre - en signant un accord avec l'Hôpital universitaire pour enfants de Bâle, situé à proximité ... mais de l'autre côté de la frontière. Je me suis aussi battu pour l'obtention d'une autorisation d'exploiter un scanner, que nous venons d'obtenir.

Aviez-vous vécu des échecs ?

On peut déplorer le manque d'équité face au traitement des projets en région. Les ARH, sous prétexte que nous sommes majoritairement des établissements économiquement sains, donnent la priorité au rééquilibrage des comptes des hôpitaux et gèlent nos projets. D'autre part, je regrette le manque de souplesse lors de la mise en place des premiers SROS en cancérologie. A titre d'exemple, nous avons recruté l'an dernier un chirurgien du sein pratiquant des techniques innovantes et mis en place une organisation visant l'excellence; depuis, nous dépassons largement le seuil minimum d'activité. Mais, pour nous, le couperet

est tombé: La COMEX s'est fondée sur la cartographie 2007 pour les autorisations. Nous avons déposé un recours, mais si la décision reste négative, nous risquons de devoir nous séparer de ce praticien alors que la démographie médicale de la Lorraine est déficitaire. Ce sera une perte de compétence pour notre région. J'aimerais, au risque de paraphraser mon collègue Alain Poret, également pointer du doigt l'anarchisme du système de facturation en surveillance continue et l'insuffisance des suppléments tarifaires en réanimation, soins intensifs et surveillance continue.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

J'ai été choqué et le suis toujours après quatre ans d'exercice, du peu de considération portée à l'efficacité du système de santé privé, trop souvent pointé du doigt, principalement par idéologie. Notre efficacité constitue un véritable « poil à gratter » pour le secteur public. Cela en gêne beaucoup tandis que d'autres s'en félicitent mais sans le dire ! A cet égard la campagne du syndicat sur le « tarif unique » est une réussite. Le sens de l'écart tarifaire entre public et privé est une découverte pour beaucoup, y compris à l'intérieur de nos cliniques. Je trouve par ailleurs particulièrement scandaleux qu'une clinique ne puisse pas vivre de sa seule activité de soins, mais que, par construction tarifaire, elle ait besoin de ses produits hôteliers pour simplement s'équilibrer. On nous reproche par ailleurs notre appétit en matière de produits annexes : cherchez l'erreur ! La loi HPST a l'avantage de faire enfin la nette distinction entre statut (public) et missions (de service public). Il en va maintenant dans la santé comme dans d'autres secteurs (énergie, transport, télécommunications). Une avancée qui contribue à la modernisation du pays et des attitudes.

3 QUESTIONS



Patrice COHADE,
Directeur
Général de
la Nouvelle
Clinique de
l'Union à Saint
Jean (31),
membre du CA
du syndicat
FHP-MCO,
Secrétaire
Général de
la FHP Midi-
Pyrénées

JEUDI 23 OCTOBRE 2009

Quelle est votre plus belle réussite ?

Ma plus belle expérience a démarré en 1978 avec la rencontre d'un homme à qui je voue une amitié sans faille, l'actuel Président de notre clinique. Ensemble, nous avons créé la Nouvelle Clinique de l'Union, clinique qui a triplé ses capacités d'accueil en 30 ans, suite à 4 regroupements d'établissements réussis. Nous avons 530 lits et places MCO et Soins de Suite. Passionné par ce métier, c'est une grande satisfaction pour moi d'avoir pu réaliser ce superbe outil de travail spacieux et évolutif tout en préservant l'indépendance de notre établissement grâce à un actionariat exclusivement médical de 120 personnes, qui tout au long de ces longues années, m'a fait confiance et a su, dans les périodes difficiles, faire les efforts financiers nécessaires. D'un point de vue architectural, j'ai eu la chance de pouvoir aller visiter en France et à l'étranger ce qui se faisait en termes d'architecture innovante et d'aménagement de l'espace avant de lancer la construction. Nous nous sommes largement inspirés de nos visites pour dimensionner notre plateau technique, notre secteur d'hospitalisation, nos services de chirurgie ambulatoire et d'Urgences, tout en privilégiant la luminosité. Nos personnels profitent de locaux lumineux et spacieux (tisanerie, infirmerie, bureaux) ainsi que des zones de détente chaleureuses et conviviales. Tout cela a contribué à l'amélioration du climat social.

Avez-vous vécu des échecs ?

J'aimerais vous parler du décalage qui existe entre le moment où certains établissements mettent en place une nouvelle activité avec l'aval des tutelles, et la mise en place d'une tarification adaptée. L'attente peut parfois atteindre 8 années. En 1989 nous avions construit un service de chirurgie ambulatoire autonome (blocs et hospitalisation dédiés). Il nous a fallu attendre 1993 pour avoir la reconnaissance officielle de cette structure et l'attribution d'une tarification spécifique.

En 1999, lors de l'ouverture de notre nouvel établissement, nous avons obtenu une autorisation ministérielle d'ouvrir un service de Neurochirurgie pour lequel nous avons dû attendre 3 ans avant d'obtenir une tarification adaptée. Plus invraisemblable, toujours en 1991 nous avons ouvert notre premier service d'accueil des Urgences avec des médecins urgentistes salariés ; nous avons dû attendre l'an 2000 pour avoir la reconnaissance de cette structure en tant que SAU, et obtenir quelques mois plus tard la mise en place d'un FAU et des forfaits ATU.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

Le gros problème de notre profession c'est indéniablement le manque de visibilité. Je l'associe volontiers à l'image du mille-feuilles avec des couches et des sous-couches. Toujours plus de contraintes réglementaires sans pour autant percevoir des recettes complémentaires. Nous assumons tous nos choix, mais nous les subissons en même temps. La FHP-MCO doit rester très offensive pour ce qui est de notre déficit d'image vis-à-vis de la population, très attachée à son service public. J'en conclus donc qu'il est vain d'opposer systématiquement le secteur public au privé mais qu'il faut mettre en avant nos atouts. La campagne de communication a eu une très bonne résonance en région. Par contre, il faut absolument veiller à ce que les chiffres avancés dans nos supports de communication soient incontestables. Nous devons nous battre pour que nos missions de service public soient reconnues. Notre force a été et restera notre réactivité face aux événements de tous ordres. En 2001 l'ensemble des établissements privés MCO de l'agglomération toulousaine ont fait preuve d'une réactivité exceptionnelle lors de l'explosion d'AZF. En quelques dizaines de minutes, nous avons su mettre un dispositif d'accueil qui a permis de prendre en charge plus de la moitié des blessés victimes de cette catastrophe.

3 QUESTIONS



Françoise CHESNAIS,
Directrice de
la Polyclinique
de la Baie à
Avranches [50]

29 OCTOBRE 2009

Quelles sont vos plus belles expériences ?

Notre plus belle réussite, régulièrement mise en exergue localement, est sans conteste la création en 2007 de la Polyclinique de la Baie d'Avranches, née de la fusion de 2 établissements. Nous sommes très fiers de cette réalisation qui a demandé de la part de l'équipe de direction une capacité d'innovation, et de celle du personnel de changer de paradigme. Notre objectif était d'éviter des ruptures humainement dommageables et des frustrations difficiles à oublier. C'est aussi le mariage réussi de deux cultures et communautés médicales qui ont su accepter des changements d'organisation et de fonctionnement, ressentis au début comme une remise en cause de leurs pratiques. A ces changements se sont ajoutés la prise en compte des nouvelles règles de tarification (actes frontières, ambulatoire et SE)... Après une année, le bilan est heureusement très positif. Nous constatons que la qualité de la prise en charge est reconnue par les professionnels et les tutelles et surtout par nos patients qui, au travers des questionnaires de sortie, sont satisfaits à plus de 98%. Ce mariage de raison s'avère donc être aujourd'hui un mariage heureux !

Quels constats faites-vous ?

Parmi les difficultés rencontrées au quotidien, la plus prégnante est sans conteste la lourdeur administrative qui complexifie énormément le travail et renchérit les coûts, alors que l'on impose aux structures des économies drastiques. Depuis 10 ans, les services de soutien (PMSI, qualité, vigilances, gestion des risques) de nos établissements ont explosé et nous avons dû créer plusieurs postes avec les charges financières afférentes pour lesquels aucun

financement n'est prévu. Toutes ces obligations supplémentaires apportent sans doute aux tutelles une visibilité sur le fonctionnement des établissements mais c'est sans prendre en compte le facteur temps, alors même que la durée individuelle du temps de travail a diminué ! De plus, cette énergie utilisée aux activités administratives n'est pas obligatoirement au bénéfice des praticiens et des soignants qui ont moins de temps à consacrer aux patients. Localement, nous sommes inquiets de ne plus pouvoir régler à l'avenir certains problèmes seuls, et nous pensons que l'appui d'un groupe de cliniques sera bientôt pour nous inévitable.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

La santé financière de l'assurance maladie me préoccupe beaucoup car c'est toute l'économie de notre système et de notre secteur d'activité qui est aujourd'hui au bord du dépôt de bilan. Quel avenir peut-on prédire à une assurance systématiquement en déficit depuis plusieurs années ? L'autisme des politiques qui, imperturbables, renouvellent d'année en année, les mêmes recettes sans impact sur le déficit, m'effraie. Il me semble qu'il est grand temps que nos gouvernants se mobilisent et aient le courage de prendre les décisions, même impopulaires, qui s'imposent. A ce propos, je trouve que la campagne de communication de la FHP est innovante et courageuse. Elle a déjà ébranlé quelques certitudes. Il est sans doute impensable pour la majorité des Français que la Sécu disparaisse et pourtant Equi aurait présagé, il n'y a pas si longtemps, l'explosion du système financier et bancaire mondial ?

3 QUESTIONS

5 NOVEMBRE 2009



**Marie-Thérèse
BESSON,**

Directeur de la
Clinique Saint
Vincent de Paul
à Bourgoin
Jallieu (38)

Quelles sont vos plus belles expériences ?

Comme beaucoup de mes confrères approchant doucement leur fin de carrière, je pense qu'une des plus grandes satisfactions est de pouvoir dire que sa vie professionnelle a été riche en réalisations et événements. Ma vie se résume en de multiples expériences humaines très enrichissantes : ayant d'abord exercé comme sage-femme, puis à la direction des soins, pour arriver à un poste de directeur d'établissement privé, j'ai ensuite rejoint la direction de la Fondation Schweitzer à Lambaréné au Gabon jusqu'en 2006. Cette magnifique dernière expérience m'a durablement marquée, la transmission du savoir m'ayant toujours passionnée. J'ai par ailleurs été impressionnée par l'énergie déployée et l'excellence des soins prodigués en brousse dans cet hôpital. C'est donc avec une énergie redoublée que j'ai pris la direction de la Clinique Saint Vincent de Paul en 2007, clinique catholique ayant une grosse maternité et un secteur chirurgical pluridisciplinaire ; j'ai préparé le transfert dans de nouveaux bâtiments en 2008. Le déménagement qui s'est très bien passé nous a permis de passer le cap des 125 lits et places et d'accroître notre activité. Nous sommes donc dans une phase d'expansion.

Avez-vous vécu des échecs ?

Fraîchement revenue d'un continent où l'on pense qu'avec de la bonne volonté on peut repousser les montagnes, j'ai naïvement cru que j'allais pouvoir contribuer à l'apaisement et à l'amélioration de nos rapports avec l'hôpital local. Nous travaillons déjà en complémentarité mais les rapports sont difficiles. Nous avons une autorisation de néonatalogie en GCS, idem pour l'autorisation de cancérologie. De plus, nous avons une proposition de partenariat en cours, en vue de mettre en place une permanence de soins en imagerie, avec des médecins libéraux qui assureraient des gardes à l'hôpital. Mais la décision est difficile à prendre, les intérêts respectifs

des deux secteurs sont trop divergents et il faut « se battre » en permanence. La dernière problématique d'installation d'un scanner dans nos locaux en est la preuve. Par ailleurs, notre clinique est quelque peu atypique dans le paysage hospitalier local, ayant des religieuses à la présidence et à la vice-présidence du CA. Dans notre activité quotidienne, vis-à-vis de la population, cela nous est plutôt favorable. Globalement, en revanche, les préjugés à l'encontre du secteur privé sont très ancrés. On nous soupçonne d'avoir des arrières pensées très (trop) lucratives.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

J'ai de grosses inquiétudes. Le monde de la santé est malmené. La gestion actuelle, qu'elle touche la gestion de la pandémie de grippe, le déficit de la sécurité sociale, le report de la convergence ou l'augmentation du forfait journalier n'est pas valorisante pour le monde de la santé en général et pour le secteur privé en particulier. L'impact de la campagne de communication de la FHP est dans ce sens tout à fait positif car il est nécessaire de se battre contre l'amalgame communément fait entre les tarifs des cliniques privées et les dépassements d'honoraires. C'est donc avant tout le grand public qu'il faut essayer d'atteindre. Nos personnels ont signé la pétition et en parlent à l'extérieur. Je suis d'autre par tout particulièrement favorable à une meilleure régulation des dépassements honoraires des médecins en secteur II. Nous avons décidé, au sein de la clinique, d'explorer les solutions possibles et nous avons créé un groupe de travail avec nos médecins pour réfléchir à la question. J'invite d'ailleurs la FHP à prendre ce dossier à bras de corps de manière à éviter les abus qui sont dommageables pour l'ensemble du secteur.

