A background image showing a business meeting. Several people in business attire are seated around a table. One person in the foreground is pointing at a document with a black pen. The document has some text and a small chart. There are glasses of water on the table. The overall scene is professional and collaborative.

**ANALYSER  
ANTICIPER  
AGIR**

Financial plan of company development  
Table 10/15

**Rapport  
d'activités  
2012**

**FHP**  
**MCO**  
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

# édito

# Anticiper, Dialoguer



LAMINE GHARBI  
PRÉSIDENT  
DU SYNDICAT  
FHP-MCO

## La légitimité de notre combat

Une fois par an, il nous appartient de vous rendre des comptes sur l'activité de notre syndicat, sur les moyens que nous mettons en œuvre, sur les résultats que nous obtenons, pour vous accompagner et pour vous défendre. C'est l'objet de ce rapport. Au sein de la FHP-MCO, la vie démocratique bat son plein : vos élus au bureau comme au conseil d'administration se réunissent avec une grande régularité ; ils sont informés des dossiers et décident en connaissance de cause ; ils pilotent des commissions thématiques de travail. Par ailleurs, vous connaissez bien désormais notre solide équipe à Paris. Vous êtes nombreux à la solliciter, nous y voyons une marque de votre confiance. Les tutelles le font tout autant, c'est le signe de notre reconnaissance. Ecouter, comprendre, apprendre à mieux travailler ensemble pour agir, voici notre schéma.

**La reconnaissance politique de notre secteur passera par un financement juste et équitable.**

En quatre années d'existence, le syndicat FHP-MCO a conquis son espace. Il se professionnalise davantage tous les jours et, au fil du temps, force l'écoute et le respect. Vous le savez, nous gérons vos dossiers, ceux de la profession dans un environnement contraint : une vision hospitalo-centrée de nos tutelles, elles-mêmes prises en étau dans une situation de crise qui s'installe. Nous arrachons des victoires, nous perdons des batailles, mais nous restons animés par la légitimité de notre combat, celui de la reconnaissance politique de notre secteur qui passera par un financement juste et équitable. Votre dévoué,

Lamine Gharbi,  
Président du syndicat national FHP-MCO

PAGE 5

## L'ACTIVITÉ DES PÔLES

PAGE 29

## LES GRANDS DOSSIERS

PAGE 39

## LES TEMPS FORTS

PAGE 47

## LA VIE SYNDICALE

PAGE 53

## ANNEXES

# Plus de 8 millions de séjours

## 67 000 lits

et places au sein de 600  
établissements de santé

## 132

services d'urgence privés sur  
le territoire

## 2,2

millions de passages par an  
dans les services d'urgence  
privés

## 25 %

des patients CMU,  
CMUC, AME

## 45 000

praticiens libéraux et salariés

## 156 000

infirmières, sages-femmes,  
aides soignants, administra-  
tifs, hôteliers

## 25 %

des séjours médicaux

## 54 %

des séjours chirurgicaux

## 67 %

de la chirurgie ambulatoire

## 27 %

des naissances en France

**CANCÉROLOGIE**

## 43 %

de la chirurgie carcinologique

## 52 %

des séances de radiothérapie

## 35 %

des séances de chimiothérapie

**INSUFFISANCE RÉNALE  
CHRONIQUE**

## 34 %

des séances d'hémodialyse

# 8

milliards  
d'euros, chiffre d'affaires  
du secteur privé MCO

# Les indicateurs généralisés de qualité des soins

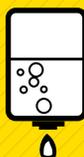
Le recueil obligatoire d'indicateurs a débuté en 2004 dans le cadre de la lutte contre le risque infectieux, avec la publication du « Tableau de bord des infections nosocomiales » (TBIN). En 2008, il s'est élargi avec les « Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins », dits « Ipaqss ».



## ICALIN

INDICE COMPOSITE DES ACTIVITÉS DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

**96%** des cliniques MCO de plus de 100 lits sont classées en A (premier rang) ou B (second rang)  
**97%** des cliniques MCO de moins de 100 lits sont classées en A ou B.



## ICSHA

INDICE DE CONSOMMATION DES PRODUITS HYDRO-ALCOOLIQUES

**82,4%** des cliniques MCO de plus de 100 lits et **75,9%** des cliniques MCO de moins de 100 lits sont classées en A.



## ICATB

INDICE COMPOSITE DE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES

**66,4%** des cliniques MCO de plus de 100 lits et **55,9%** des cliniques MCO de moins de 100 lits sont classées en A.



## Score agrégé

(2010)

**82,1%** des cliniques MCO de plus de 100 lits sont classées en A (le meilleur score)  
**75,6%** des cliniques MCO de moins de 100 lits sont classées en A.



# L'activité des pôles

JURIDIQUE, ÉCONOMIQUE, COMMUNICATION



# Les activités économiques

**L**e pôle économique de la FHP-MCO compte deux économistes. Leurs principales missions sont la diffusion aux adhérents des informations concernant l'évolution du modèle de financement des activités MCO, la représentation de la profession au sein des réunions techniques organisées par la tutelle, la gestion et l'animation, en lien avec les pilotes, des commissions de travail internes au syndicat, et la transmission de données d'activité pour permettre aux établissements d'affiner leur positionnement. La campagne tarifaire est un sujet central pour le pôle économique tant en amont pour la préparation de la campagne tarifaire à venir, qu'en aval pour évaluer les impacts des nouveautés introduites pour les établissements et faire remonter aux tutelles les difficultés rencontrées.

## Le traitement des questions des adhérents

Pendant la période d'octobre 2011 à septembre 2012, le pôle économique a répondu à près de 400 questions « adhérents » réparties ainsi : 39% des questions concernent le tarif et la facturation. Elles ont notamment porté sur la liste en sus, les réformes de la campagne tarifaire 2012 (ex : le forfait *antepartum*), ou encore la tarification des séjours des patients relevant de l'AME. 8% des questions portent sur les données PMSI. La réponse à ces questions prends du temps et nécessite un travail sur les bases de données PMSI ou SAE (Taux de fuite, données d'activité, etc.). 11% concernent le codage PMSI et la cotation CCAM. Les thèmes principaux abordés sont les consignes de codage (diagnostics ou actes CCAM) dans une situation donnée, le fonctionnement de l'algorithme de groupage ou encore sur les ICR. Le reste des questions entre dans la catégorie « Autre ». Dans cette catégorie, la majorité des questions concerne les dossiers

MERRI, MIGAC et le projet IFAQ (Incitation financière à l'amélioration de la qualité).

## Les dépêches du pôle économique FHP-MCO

Le pôle économique a adressé **78 dépêches** à l'attention des adhérents de la FHP-MCO. Nous nous sommes attachés à ce que les informations transmises soient à la fois intelligibles pour la personne qui aborde le sujet pour une première fois, et que la personne en charge du sujet y trouve une synthèse des nouvelles modalités techniques.

En 2012, nous nous sommes particulièrement attachés au financement et à la tarification des établissements : 59 dépêches ont informé les adhérents concernant les mises à jour de la liste LPP, la publication des rapports ministé-

riels, les circulaires et textes réglementaires concernant la campagne tarifaire de l'année en cours, le financement des MIGAC, les informations relatives aux bonnes pratiques de codage de l'ATIH, la publication d'indicateurs.

L'actualité de la Fédération a constitué un autre pôle d'intérêt : 13 dépêches ont été consacrées à l'organisation d'appels à projets du ministère, ainsi qu'à l'organisation des réunions des Clubs Soins palliatifs et des Médecins DIM de la FHP-MCO. La législation et la réglementation furent également à l'ordre du jour : 6 dépêches ont traité de l'encadrement juridique de pratiques telles que la cardiologie interventionnelle ou du dispositif *antepartum*. Enfin, les dépêches concernant les sondages et indicateurs ont fourni des indications concernant le recueil d'information relatif à l'indicateur de mortalité dans le PMSI.

Le pôle économique a répondu à près de **400** questions « adhérents »

**39%** concernent le tarif et la facturation

Toutes les dépêches sont accessibles sur le site [www.fhpmco.fr](http://www.fhpmco.fr)

## Production de tableaux de bord

Dans le cadre de nos activités d'études et de défense du secteur de l'hospitalisation privée ainsi que de votre accompagnement, nous exploitons quotidiennement les bases PMSI, soit en répondant à votre demande, soit en organisant des retours de tableaux de bord.

Nos équipes utilisent d'ores et déjà les bases que nous communiquent l'ATIH et réalisent des synthèses *ad hoc* en fonction des besoins des établissements, de nos campagnes de communication ou de dossiers présentés aux tutelles à des fins de valorisation et de défense des structures de l'hospitalisation privée (taux de fuite, étude sur des thématiques spécifiques, chiffres sectoriels, taux de ré-hospitalisation, calcul de file active de patients en cancérologie). Nous produisons également des bilans d'activités sous forme de tableaux de bord permettant la réalisation d'un benchmark individualisé pour chaque établissement (positionnement de l'établissement par rapport aux établissements de sa région et de sa catégorie juridique, indicateur de performance, benchmark, parts de marché). Concernant les tableaux de bord, les données agrégées (au niveau de l'établissement, régional, national et sectoriel), sont transmises aux directions d'établissement ou des autres personnes concernées (TIM, DIM). Deux envois sont ensuite effectués.

Le premier concerne les données de médecine et de chirurgie en ambulatoire de votre établissement.

Les tableaux de bord s'organisent par type de prise en charge et par pathologie (gestes marqueurs de la CNAM, GHM à tarif unique...). Ils présentent le positionnement de l'établissement au sein de sa région et de son département, les principales évolutions constatées, ainsi que le potentiel de substitution immédiat, c'est-à-dire le nombre de séjours potentiellement réalisables en ambulatoire.



Pour des raisons techniques, une adresse spécifique a été créée [pole-eco.mco@fhp.fr](mailto:pole-eco.mco@fhp.fr). N'hésitez pas à nous faire remonter vos besoins !

Le deuxième envoi dresse le bilan d'activité de votre établissement. Ces tableaux privilégient des thématiques plus transversales de prise en charge. Ils présentent l'évolution du nombre de prises en charge pour les séances de dialyse et de chimiothérapie, ainsi que pour les différents niveaux de sévérité, les indicateurs de performance pour chaque activité de soins (M, C, O). Ils permettent de décomposer les activités de médecine et chirurgie par sévérité, en termes de volume de prise en charge, de part de marché et de performance.

Pour chaque envoi, nous vous transmettons également une note méthodologique relative à la lecture de ces données ainsi qu'à leur élaboration.

## Nos commissions de travail

Les commissions « Financement des établissements », « Avenir du financement des établissements de santé », « Réanimation / Surveillance continue / USI », le groupe de travail « Evolution de la classification des GHM » ainsi que deux nouveaux clubs, « Soins Palliatifs » et « Médecins DIM » sont coordonnés par les économistes de la FHP-MCO.

### La commission « Financement des établissements »

PILOTÉE PAR MARTINE HADDAD ET GÉRARD REYSSEGUIER - RÉFÉRENT : LAURE DUBOIS

Cette commission s'est réunie en janvier et en avril 2012. Cette année, dans le cadre de la campagne tarifaire 2012, elle s'est notamment intéressée à l'impact pour les maternités de la modification de la classification GHM et de la mise en place du nouveau forfait journalier *antepartum*. Elle s'est opposée, dans le cadre des travaux de l'ENCc MCO, à une étude sur les honoraires et a ainsi appelé les établissements à ne pas y répondre. L'outil HOSPI-DIAG devenant un support de dialogue majeur entre établissements de santé et ARS, la commission a souhaité inciter les établissements à participer aux formations proposées par l'ANAP. Elle a également invité les FHP régionales à piloter l'organisation des présentations de cet outil. Enfin, les membres de la commission ont également exprimé leur intérêt pour les tableaux de bord de retour d'activité (lire page précédente « Les tableaux de bord FHP-MCO ») qui leur sert d'argumentaire auprès des tutelles.

### Le groupe de travail « Avenir du financement des établissements de santé »

PILOTÉ PAR ALAIN COULOMB - RÉFÉRENT : LAURE DUBOIS

Ce groupe s'est réuni en janvier et février 2012 et sert de cadre aux travaux autour de la problématique du financement et de la qualité. En effet, le développement du financement de la qualité fait partie des orientations portées par la FHP-MCO depuis début 2011 (cf. nos 7 propositions pour le développement du financement de la qualité). Durant cette année, nous avons entrepris des travaux, pilotés par MM. COULOMB et GARASSUS, avec le soutien de la société d'évaluation de la santé HEVA, pour proposer une nouvelle modalité de financement

liée à la qualité de la prise en charge. Cette étude sur les indicateurs du paiement à la performance « P4P » ou paiement au résultat « P4O » fait suite au rapport d'Alain COULOMB sur les évolutions du financement des établissements de santé (qui avait été présenté en Conseil d'administration en mai 2011) et doit permettre de proposer une diversification des modes de rémunération avec une prise en compte de la qualité. Alain COULOMB et le Dr GARASSUS sont intervenus lors du séminaire stratégique de la FHP-MCO en avril dernier pour exposer les premiers résultats de cette étude dont l'intérêt et la qualité ont été soulignés par les membres du Conseil d'administration présents.

### La commission « Réanimation / Surveillance continue / USI »

PILOTÉE PAR LES DRS GILBERT LEBLANC ET PHILIPPE TOURRAND - RÉFÉRENT : LAURE DUBOIS

LIRE PAGE 12

Les travaux ont essentiellement porté sur la surveillance continue. En effet, après avoir travaillé sur le TISS 28, cette commission s'est réunie quatre fois cette année avec l'objectif de lancer des travaux sur un autre indicateur dérivé du TISS originel, l'I-TISS. En février 2012, la réunion s'est tenue en présence du Dr BLEROT (DGOS) et du Dr MISSET (Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph) venu nous présenter le projet « I-TISS / ASIC » (cf. le dossier « surveillance continue : relances des travaux sur indicateurs » page 31). Autre fait marquant, la commission a été accueillie dans les locaux de la SFAR, en juillet 2012, avec la présence du Pr LIENHART (SFAR) qui a apporté son éclairage et son expertise au projet d'expérimentation FHP-MCO sur l'I-TISS. Cette nouvelle expérimentation qui porte finalement sur le recueil des indicateurs I-TISS et TISS 28 dans les USC a été présentée aux établissements volontaires lors d'une réunion d'information début octobre.

### Le groupe de travail « Evolution de la classification des GHM »

PILOTÉ PAR LE DR MARIE-PAULE CHARLOT - RÉFÉRENT : LAURE DUBOIS

LIRE PAGE 43

Le groupe de travail composé de médecins DIM s'est réuni 3 fois durant l'année et est régulièrement sollicité sur les problématiques touchant à la classification des séjours en MCO, contrôle externe, description de l'activité. Il a notamment travaillé sur l'organisation de la réunion du Club des médecins DIM du 26 avril

## Alain COULOMB, pilote de la commission « Avenir du financement de la santé ».

### « Le manque de financement nous a conduit à réfléchir à une meilleure allocation des ressources »



#### Une commission pour réfléchir à l'avenir du financement de la santé, de quoi s'agit-il ?

Le financement du système de santé est marqué par trois facteurs. Le premier, c'est qu'il est notoirement insuffisant, car il est stable depuis plusieurs années, alors que les charges, elles, continuent d'augmenter. Ensuite, le financement est relativement injuste par rapport au secteur public. Même si les taux d'évolution sont comparables, les MIGAC et MERRI viennent fausser la donne et favoriser le secteur public. Enfin, le financement de la santé est aujourd'hui complètement indépendant de la qualité des soins fournis. Aujourd'hui, ces trois facteurs sont généralement reconnus. Nous nous sommes demandés comment répondre à ces critiques et comment mettre en place un système qui puisse lier la qualité des soins avec l'allocation de ressources supplémentaires. Le tout dans une conjoncture économique pour le moins difficile.

#### Que préconisez-vous ?

Notre réflexion nous a menés à soutenir la convergence tarifaire des secteurs hospitaliers publics et privés, qui, après de sérieuses

avancées, a hélas connu un coup d'arrêt. Le manque de financement nous a conduit à réfléchir à une meilleure allocation des ressources, en développant des stratégies pour intégrer les indicateurs qualité dans leur attribution. Une commission ministérielle s'est mise en place sur le sujet du financement de la qualité, même si l'alternance politique ne semble pas vouloir favoriser

**Au delà des idéologies, les faits sont têtus : il faut se débrouiller pour ne pas défavoriser ceux qui rendent un service de qualité au moindre coût.**

les avancées dans ce domaine. Nous avons eu l'impression d'une avancée stable suivie d'un arrêt brutal dû à la conjoncture politique. Si l'on veut que la collectivité puisse continuer à bénéficier des meilleurs soins aux meilleurs

coûts, on ne pourra pas faire longtemps l'impasse sur la convergence et le financement à la qualité.

#### Comment avez-vous travaillé ?

Nous avons travaillé à la fois avec des acteurs de terrain, des experts des services de la FHP-MCO et le ministère. Au fur et à mesure de l'avancement de notre travail, nous avons pu tester directement les réactions du ministère de la Santé. Deux choses ont gêné notre travail cependant : les emplois du temps remplis et le scepticisme. Il n'y avait pas d'ambiance d'euphorie dans notre commission de travail car il subsiste

des doutes du côté des adhérents sur leur capacité à mobiliser leurs tutelles autour du financement à la qualité. Nous travaillons donc dans une effervescence maîtrisée. Nous avons réussi à faire passer de vrais messages aux tutelles, mais ce n'est pas simple, car l'ensemble du personnel administratif a changé. Quand nous sommes face à une alternance politique de ce genre là, il y a toujours des gens qui ont des idées toutes faites, et d'autres avec qui l'on peut travailler. Au delà des idéologies, les faits sont têtus : il faut se débrouiller pour ne pas défavoriser ceux qui rendent un service de qualité au moindre coût. A la FHP-MCO, nous avons la conviction qu'il ne faut pas hésiter à cent fois sur le métier remettre son ouvrage.

#### Quelles sont les avancées ?

Nous avons souhaité traduire en termes opérationnels les travaux de la commission, pour le grand public et l'administration. Nous souhaitons participer aux missions de service public, nous revendiquons un tarif identique et un taux de progression des dépenses lié à des indicateurs qualité. Notre travail paye : la Convention médicale signée cette année intègre le « P to P », le *Payment for Performance*.

(cf. les temps forts de l'année, page 40), sur l'organisation de l'atelier « information médicale » qui se tiendra lors du 2<sup>e</sup> congrès FHP-MCO en décembre, sur la migration du groupe de discussion « Club PMSI du BAQIMEHP » de yahoo vers la salle de discussion « Club de l'information médicale » sur le site de la FHP-MCO. Enfin, ce groupe de travail prépare et/ou réagit aux réunions du comité technique MCO et permet de ce fait d'être force de proposition notamment à l'ATIH : demande d'étude, communication du retour d'expérience d'anomalies de groupage, proposition sur le guide méthodologique MCO, etc.

## Actions et enjeux

Le pôle économique a rédigé 32 fiches réflexes correspondant aux réunions organisées par les tutelles. Celles-ci ont été adressées aux administrateurs de la FHP-MCO, ainsi qu'aux présidents et aux délégués de régions, permettant d'améliorer sensiblement la représentation du syndicat dans les différentes instances du secteur de la santé. De nombreux sujets d'actualité ont été traités et permettent de présenter l'état d'avancement des dossiers.

**Évolution de la méthodologie des ENCC (ATIH / DGOS) :** l'Étude nationale de coût à méthodologie commune (ENCC) a pour objectif de produire un référentiel afin de hiérarchiser les coûts des GHM et donc des tarifs. En 2009, la FHP-MCO avait pris la décision de boycotter ces travaux. Ce mouvement a été largement suivi et a permis d'obtenir des avancées de la part de nos interlocuteurs. Un programme de travail a été défini et porté auprès de la DGOS et de l'ATIH. Celui-ci comprend les recommandations issues des travaux internes de la FHP-MCO élaborées notamment avec le partenariat de KPMG, ainsi que la construction d'une échelle commune de référence de coûts. Une difficulté majeure : les délais de mise en œuvre des recommandations.

**L'étude du programmé/non programmé (ATIH) :** les travaux de ce groupe visent à quantifier le surcoût éventuel des séjours non programmés (patients arrivés par les urgences,...) par rapport aux autres séjours. A terme, un financement spécifique de l'activité non programmée pourrait voir le jour.

**Contrôle T2A (Assurance maladie) :** suite aux remontées de la part de l'ensemble des fédérations sur les dysfonctionnements ressentis lors de contrôles de l'Assurance maladie, le ministre de la santé a sollicité l'INSEE afin d'évaluer les techniques d'échantillonnage actuelles. Des travaux portant sur l'homogénéité des champs de contrôle, ainsi que sur l'extrapolation de l'indu sont en cours. Des travaux portant sur l'homogénéité des champs de contrôle, ainsi que sur l'extrapolation de l'indu ont été réalisés et ont abouti à un rapport de l'INSEE.

**ENC Dialyse (ATIH) :** la FEHAP et la FHP-MCO ont été sollicités pour qu'une enquête sur les coûts de la dialyse hors centre soit effectuée. L'agence souhaite que cette enquête soit fonctionnelle pour permettre aux petites structures d'y participer. Une première étude a analysé les résultats de structures FEHAP. La FHP-dialyse n'a pas souhaité en 2012 participer à cette enquête en raison du faible développement de cette activité et de la mobilisation de moyens nécessaires à la réalisation de cette enquête non indemnisée.

**Financement MERRI (DGOS) :** le secteur de l'hospitalisation privée émerge dorénavant sur les MERRI, notamment par l'accueil des internes. Des travaux visant à la dynamisation de l'allocation de cette dotation sont en cours.

**Financement des activités de « Recours exceptionnel » (DGOS) :** un fléchage via le PMSI ouvre droit à ce financement MERRI. La FHP-MCO participe aux travaux de remodelisation du modèle de financement. Peu d'établissements sont éligibles. Cependant ceux qui le sont peuvent élarger jusqu'à 500 K€

**MIG « Précarité » (DGOS) :** la modification du financement des patients bénéficiant de l'AME entraîne un effet revenu négatif impactant principalement une quinzaine d'établissements ex-DG. Le ministère a acté le principe d'une compensation financière sous forme d'une Aide à la contractualisation (AC) à hauteur de 40 millions d'euros pour la seule année 2012. Plusieurs scénarios ont été soumis à concertation.

**Observatoire CCAM (Assurance maladie) :** le but poursuivi par cet observatoire est de faire un suivi trimestriel des dépenses de l'Assurance maladie sur les actes réalisés par les praticiens.

L'observatoire permet également de faire remonter les difficultés de terrain des praticiens pour ce qui concerne le codage de la CCAM. Parallèlement à toutes ces missions, des études sur les praticiens sont effectuées (profil sociodémographique, patientèle...).

**Groupe « Evolution du modèle de financement » (DGOS) :** ces réunions sont l'occasion pour la DGOS de présenter les travaux et études ayant un impact sur le modèle de financement des établissements de santé aux différentes fédérations hospitalières et d'échanger sur ces sujets. Entre octobre 2011 et 2012, il a donc été question à la fois de travaux concernant la campagne tarifaire 2012 et des travaux en cours pour la campagne tarifaire 2013. Ainsi, les sujets suivants ont été abordés : la convergence ciblée (campagne 2012), les travaux sur la modélisation de la MIG précarité, l'étude sur le financement des activités isolées, le financement des SAMU/SMUR/service d'urgence et l'incitation financière à l'amélioration de l'activité (IFAQ).

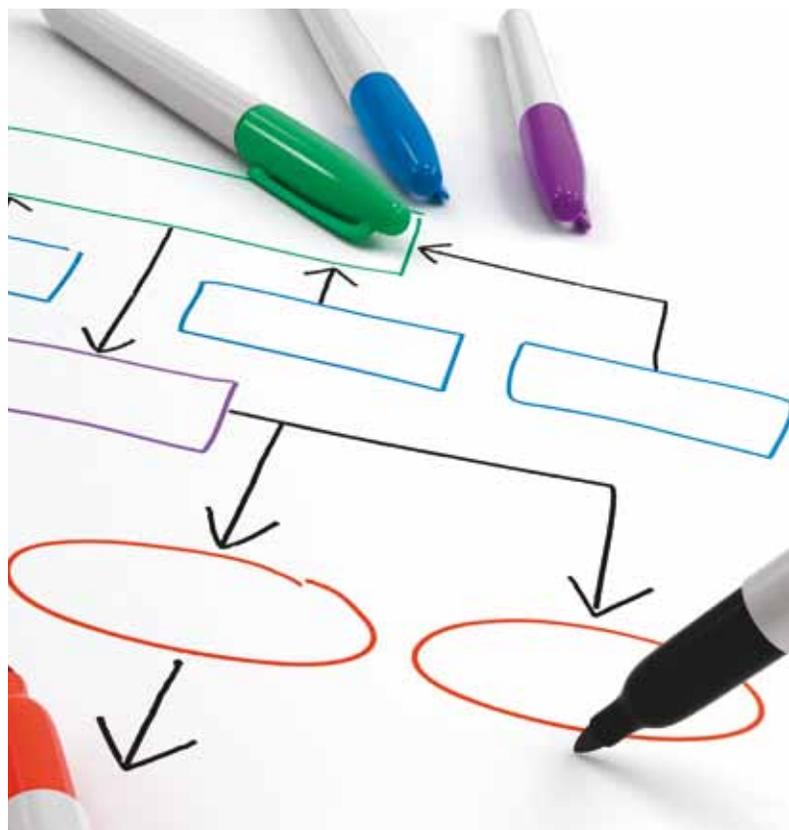
**Groupe « Expert Financement à la qualité » (DGOS, HAS, COMPAQ) :** ces réunions techniques permettent d'avancer dans la conception du modèle IFAQ, les travaux devant ensuite être validés par le groupe de travail « Evolution du modèle de financement ». Dans un premier temps, le choix des critères d'éligibilité et des indicateurs pour l'expérimentation ont été à l'ordre du jour. Les travaux à venir porteront notamment sur la définition des seuils de performance, la distribution des points en fonction des niveaux de performance, la valorisation des points, etc.

**Comité technique MCO (ATIH) :** le comité technique MCO a pour mission de traiter les sujets techniques en lien avec la description et la valorisation de l'activité MCO notamment au travers de la classification des GHM. L'ATIH y expose les travaux techniques qu'elle mène en vue des campagnes à venir. Cette année, les principaux sujets abordés sont la révision des complications ou morbidités associées (c'est-à-dire la liste des diagnostics qui permettent d'orienter le séjour vers un niveau de sévérité), l'étude des séjours comportant des soins intensifs, l'étude de l'homogénéité des racines avec un J (c'est-à-dire les séjours en ambulatoire), et enfin l'étude des racines qui décrivent actuellement les « actes thérapeutiques par voie vasculaire,

sauf endoprothèses » (05K12 et 05K13) avec la prise en compte du problème remonté par la FHP-MCO sur les TAVI.

**Sous-Groupe « Diagnostics associés » (ATIH) :** ce sous groupe, issu du comité technique MCO, travaille comme son nom l'indique sur les diagnostics associés. Le travail engagé cette année concerne le typage des diagnostics et la définition de certains codes diagnostics à l'aide de référentiel validé par les sociétés savantes. Ce travail va dans le sens d'une demande de la FHP-MCO sur le respect par l'Assurance maladie des référentiels des sociétés savantes.

**Groupe opérationnel relatif aux dispositifs médicaux (DGOS) :** l'objet de ce groupe est d'exposer les travaux concernant la recommandation d'inscription et de radiation des dispositifs médicaux de la liste sus. Les systèmes de télésurveillance pour Défibrillateurs cardiaques implantables (DCI) ainsi que les Plaques d'obturation et patches sont à l'étude pour réintégration dans les GHS pour la campagne 2013.



## Dr Philippe TOURRAND, pilote de la commission « Réanimation, surveillance continue / USI ».



### « Les soins continus sont indispensables pour assurer une activité chirurgicale de pointe »

#### Pourquoi une commission sur la surveillance continue ?

Dirigeant de clinique et médecin anesthésiste-réanimateur, je considère la surveillance continue médicale et chirurgicale comme un enjeu primordial pour nos établissements. La surveillance continue est une garantie pour l'avenir de l'activité chirurgicale des cliniques, la qualité et la sécurité des soins. Toute clinique doit pouvoir créer cette structure. La surveillance continue n'est pas une activité soumise à autorisation mais uniquement à reconnaissance. Sous réserve du respect de normes, chaque établissement doit pouvoir faire reconnaître sa structure.

#### Quels sont vos combats syndicaux ?

L'activité de réanimation bénéficie d'un tarif avec un cahier des charges national. La tarification de la surveillance continue est également unique mais elle recouvre des réalités régionales extrêmement différentes : les normes de personnel sont régionales et vont d'une infirmière pour dix patients à une infirmière pour quatre patients. Même chose pour les aides-soignantes. Une inégalité de traitement s'est installée et le tarif actuel ne correspond pas à la réalité des charges.

La surveillance continue concerne tous types de patients, médicaux ou chirurgicaux. La tarification n'est possible que si le patient répond à

certains critères.

Pour les patients médicaux, les critères de tarifications sont clairs : 75 % des séjours peuvent être tarifés. Il n'en va pas de même pour la facturation des séjours chirurgicaux. Selon les cliniques, 35 % à 50 % de ces séjours sont facturés alors que, en règle générale, les patients chirurgicaux sont plus lourds que les médicaux. Cette sous-facturation met en danger l'équilibre financier des unités de surveillance continue

et à terme peut entraîner une fermeture de celles-ci avec, pour conséquence, le renoncement à certaines activités chirurgicales. Il est donc indispensable de se battre pour sortir de cette impasse.

#### Quels sont les temps forts de l'année 2012 pour la commission « Réanimation, surveillance continue / USI » ?

A la fin de la décennie précédente, la DGOS souhaitait modifier les règles de facturation de la surveillance continue grâce à un indice composite. Compte-tenu de notre insatisfaction des conditions de facturation en chirurgie, nous avons recherché un indice de charge en soin validé et simple d'utilisation : notre choix s'est porté sur le TISS-28, représentatif du besoin infirmier. La FHP-MCO a mené une étude

fondée sur ce score. 70 cliniques ont participé et nous avons recueilli 2207 séjours représentant 10 182 journées de soins continus, montrant que le TISS-28 est représentatif de la lourdeur de charge en personnel infirmier des séjours. Les résultats de cette étude ont été

présentés au ministère de la Santé en 2011.

Suite à ce succès, et sur les conseils de la DGOS et de la SFAR, l'année 2012 a été consacrée à la mise au point d'une étude comparative

entre les scores I-TISS (Intermediate-TISS) et TISS-28. L'I-TISS est plus lourd à saisir que le TISS-28 et nous espérons démontrer que le TISS-28 est suffisant pour juger de la charge en personnel infirmier. Les résultats seront connus au printemps 2013. Les médecins hospitalo-universitaires vont débiter deux autres études, auxquelles les cliniques pourront participer, pour créer d'autres indices composites (par exemple le score ASIC). Rendez-vous dans quelques années pour les résultats !

**La surveillance continue est une garantie pour l'avenir de l'activité chirurgicale des cliniques.**

Le travail des juristes  
et des économistes de  
la FHP-MCO vous fournit  
un soutien quotidien !



# Les activités juridiques

**L**e pôle juridique de la FHP-MCO compte deux juristes au 1<sup>er</sup> octobre 2012. Ses missions principales sont de présenter de manière claire et synthétique l'information juridique aux adhérents, d'assurer un rôle de représentation au sein des réunions techniques et de conduire les travaux et études sur les évolutions du droit sanitaire.

Les sujets abordés cette année ont concerné l'organisation sanitaire et notamment le renouvellement des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Une journée thématique a été consacrée à ce sujet crucial. Elle s'est tenue le 1<sup>er</sup> juin 2012 au Cercle des Armées, à Paris. La mise en place de la nouvelle organisation et du financement de la permanence des soins a également fait l'objet d'une attention particulière ; des difficultés persistent et une analyse de la Cour des comptes qui a une mission d'évaluation des politiques publiques relative à la PDSES est attendue sur ce sujet.

Le sujet d'avenir que représente la télémédecine a fait l'objet d'une journée thématique et d'un recensement des projets en cours. Le droit des usagers a été suivi avec soin, notre troisième congrès s'étant tenu le 20 septembre 2012 à la Maison des Arts et Métiers. La réforme de la TVA en chirurgie esthétique, les contrôles externes de l'Assurance maladie et les pénalités financières ont connu des modifications réglementaires ayant exigé de nouveaux recours contentieux. Autant de sujets qui ont été suivis par le pôle juridique.

Le pôle juridique a répondu à près de **800** questions « adhérents »

Au 28 septembre 2012, **77** dépêches émanant du pôle juridique de la FHP-MCO ont été adressées

## Le traitement des questions des adhérents de la FHP-MCO

Le pôle juridique a une très forte activité de conseil à travers ses réponses aux questions émanant des adhérents. Pendant la période d'octobre 2011 à septembre 2012, le pôle juridique a répondu à près de 800 questions « adhérents ». Les sujets de ces questions sont fortement dépendants des dépêches adressées. Une partie de cette expertise juridique consiste à accompagner et soutenir les établissements dans les contentieux, notamment sur les contrôles et les sanctions financières. Un accompagnement dans le montage des dossiers de demandes d'autorisation d'activités ainsi que dans l'élaboration de procédures qualité des relations avec les usagers est également assuré par le pôle juridique.

## Les dépêches du pôle juridique FHP-MCO en 2012

Informers les adhérents et les délégations régionales de l'actualité juridique contribue à améliorer la défense des établissements. Au 28 septembre 2012, 77 dépêches émanant du pôle juridique de la FHP-MCO ont été adressées. Ces dépêches suivent l'actualité juridique. Elles ont traité notamment du régime des différentes autorisations d'activité, de l'évolution des normes de fonctionnement, des inspections contrôles et sanctions financières des établissements dans le cadre de la T2A, des sondages et indicateurs.

Toutes les dépêches sont accessibles sur le site [www.fhpmco.fr](http://www.fhpmco.fr)

## Les commissions de travail réunies en 2012

Les commissions « Télémédecine », « Naissance », « Urgences et permanence des soins », ainsi que le groupe de travail « Inspections, contrôles et sanctions financières » sont coordonnées par les juristes de la FHP-MCO.

### La commission « Télémédecine »

PILOTÉE PAR LE DR DOMINIQUE POELS  
RÉFÉRENT : FATIHA ATOUF

LIRE PAGE 20

La commission « Télémédecine » a été constituée en mars 2011. Les objectifs de la commission sont :

- Accompagner les adhérents dans le développement des actes de télémédecine,
- Soutenir les dossiers de télémédecine du secteur privé auprès des tutelles,
- Être force de proposition sur le déploiement de la télémédecine.

A cet effet, la commission a entrepris les actions suivantes sur l'année 2012 :

- Un sondage auprès de l'ensemble des adhérents FHP-MCO pour les interroger sur leurs attentes vis-à-vis de la télémédecine,
- Un inventaire des initiatives existantes dans les régions sur les activités de télémédecine,
- L'organisation d'une demi-journée d'information le 16 mars 2012 avec les interventions de la DGOS, de l'ASIP et de l'Association Nationale de Télémédecine. Cette réunion a rassemblé une quarantaine de participants pour échanger sur les enjeux, les objectifs et les financements existants pour les activités de télémédecine.

La commission devrait poursuivre ses travaux pour proposer aux établissements des outils d'accompagnement pour le développement de leurs projets de télémédecine.



### La commission « Urgence et permanence des soins »

PILOTÉE PAR SYLVIE PEQUIGNOT  
ET CHRISTIAN GUICHARD  
RÉFÉRENT : CHLOÉ TEILLARD

LIRE PAGE 21

Compte tenu de l'actualité et notamment du déploiement des SROS – PRS dans un nouveau cadre juridique, cette commission qui s'est ouverte à des présidents de CME et à des délégués de régions FHP, a été recomposée et relancée cette année avec une première réunion le 26 septembre 2012. Une réflexion a été engagée sur les propositions pouvant être faites aux pouvoirs publics compte tenu des modifications du financement des urgences envisagées en 2013 par la ministre de la santé. Le projet de réforme nous a été présenté lors de deux réunions à la DGOS les 26 juin et 7 juillet derniers. Une étude de coûts d'un service d'urgence sera diligentée par la FHP-MCO en 2013 afin de faire des propositions adaptées aux pouvoirs publics. Enfin, compte tenu de l'inertie des pouvoirs publics sur ce dossier, nous souhaitons engager un travail en partenariat avec des associations représentant les usagers afin de mesurer l'ampleur du non respect du libre choix du patient dans le cadre de la prise en charge des patients par les SAMU. En 2012, nous avons

par ailleurs soutenu les médecins obstétriciens et anesthésistes qui contestaient l'analyse de la DGOS sur la permanence des soins, ce que nous continuerons à faire l'an prochain.

### **La commission « Inspections contrôles sanctions »**

PILOTÉE PAR PASCAL DELUBAC  
RÉFÉRENT : CHLOË TEILLARD

LIRE PAGE 17

Ce groupe de travail avait initialement pour objet les contrôles T2A et les sanctions financières. Le conseil d'administration de la FHP-MCO en a redéfini les contours à l'automne 2011. En 2012, ce groupe de travail a analysé les projets de CPOM élaborés par la DGOS, préparé une journée thématique qui s'est tenue le 1<sup>er</sup> juin 2012, réunissant Maître Maxence CORMIER, des représentants des groupes Générale de santé et Capio, et des délégués de régions FHP afin de faire le point sur l'état du droit en la matière et de vous conseiller sur la stratégie à adopter dans le cadre du renouvellement de votre CPOM. Un guide CPOM a ensuite été élaboré et diffusé par dépêche. Le sujet des contrôles T2A est toujours une préoccupation de premier plan puisque le *Guide du contrôle externe de la FHP-MCO* a été actualisé à l'aune de la récente réglementation et qu'une formation réunissant DIM, avocats et juriste FHP-MCO a été assurée à deux reprises afin de présenter aux participants les évolutions de la réglementation en la matière et leurs conséquences envisagées.

### **La commission « Naissance »**

PILOTÉE PAR G. REYSSEGUIER  
RÉFÉRENT : CHLOË TEILLARD

LIRE PAGE 18

La commission s'est réunie trois fois cette année, pour travailler sur la CMD 14 et 15 et notamment sur les implications du forfait *ante-partum* mais aussi sur le sujet de la préparation de la sortie compte tenu du projet « PRADO » engagé par l'Assurance maladie que nous persistons à boycotter. Nos représentants à la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE) ont présenté les travaux engagés par certains établissements de santé privés sur la préparation de la sortie. Par ailleurs, nous nous sommes rapprochés de l'Assemblée des départements de France afin de leur proposer que les cliniques privées puissent préparer la sortie des mères et des bébés en partenariat avec les centres de PMI. Nous attendons une réponse de leur part.

Enfin, la Commission « Naissance » a décidé de soutenir les spécialités médicales de maternité qui souhaitent pouvoir facturer des compléments d'honoraires dans le cadre de ce que nous considérons relever de la continuité et non de la permanence des soins.

### **Le Forum de la naissance**

PILOTÉ PAR LE DR OLIVIER JOURDAIN  
RÉFÉRENT : CHLOË TEILLARD

Les travaux réalisés par le Forum de la naissance en 2011 ont été présentés par Marie-France GAUCHER et par le Dr Olivier JOURDAIN à la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant le 12 juin dernier. La CNNSE, placée auprès du ministre chargé de la santé, a pour mission de contribuer à la réalisation des objectifs de santé publique fixés pour la périnatalité et pour la santé de l'enfant et d'apporter son concours et son expertise pour la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques en matière de périnatalité et de santé de l'enfant.

Cette présentation des travaux du Forum de la naissance de l'hospitalisation privée, a permis de montrer à l'ensemble des membres de la CNNSE, que les acteurs de la périnatalité du secteur privé analysent les défis à relever en matière de périnatalité et font des propositions consensuelles, dans le cadre des objectifs fixés par les pouvoirs publics.

### **Enjeux et actions**

Le pôle juridique rend compte de ses réunions par des fiches réflexes. Ces fiches constituent de véritables outils de veille stratégique sur les orientations à attendre dans le secteur sanitaire. Au total, le pôle juridique a assisté à 18 réunions externes ; les comptes-rendus sont accessibles aux administrateurs de la FHP-MCO, ainsi qu'aux présidents et délégués de régions, ce qui permet d'améliorer sensiblement la représentation du syndicat dans les instances.

Les sujets sont variables et suivent l'actualité. En voici quelques uns :

**Les contrôles T2A :** nous avons participé à cinq réunions cette année. Deux réunions sur un travail d'évaluation et d'optimisation des méthodologies statistiques du contrôle T2A confié à l'INSEE. Certaines des propositions inter-fédérations faites ont été retenues. Une réunion à la DSS le 13 juin 2012 sur le suivi des

## Pascal DELUBAC, pilote de la commission « Inspections, contrôles, sanctions ». « Nous avons appris aussi l'art du compromis stratégique »



### Comment la commission

#### « Inspections, contrôles, sanctions » a-t-elle été créée ?

L'expérience que nous avons menée a débuté de manière toute simple : le lancement de notre commission en janvier 2010 s'est fait exclusivement sur les contrôles T2A, qui ont débuté en 2007. Notre objectif était d'organiser la profession face au flou artistique qui entourait ces contrôles des actes, et – c'est plus important pour nous –, des séjours. Certaines décisions étaient à géométrie variable en fonction des régions, comme par exemple l'inclusion des patients dans les GHS de soins palliatifs.

#### Comment était constituée votre commission ?

Notre commission était volontairement restreinte pour que nous puissions nous concentrer sur l'action syndicale efficace. Nous avions avec nous soit des experts de la FHP-MCO comme Chloé Teillard, soit des délégués de région particulièrement engagés comme Dorothee Bitard de la FHP Île-de-France, ou Alice Barrès de la FHP Sud Est, soit certains groupes qui ont fait montre d'une appétence particulière pour cette thématique (Générale de Santé et Médi-Partenaires).

#### Quels ont été vos axes de travail ?

Nous avons organisé la première grande journée thématique sur les contrôles T2A le 16 juin 2010, où nous avons convié Pierre Fender, le Directeur du contrôle contentieux et de la lutte contre la fraude à la

CNAMTS, les tutelles, le ministère de la Santé. A cette occasion, nous avons produit le premier classeur T2A, réactualisé cette année, pour appuyer les directeurs d'établissements dans leurs démarches.

Un autre axe de travail a bien sûr été les contrats pluri-annuels d'objectifs et de moyens, les fameux CPOM.

Là encore, nous avons organisé une journée thématique au Cercle National des Armées, pour évaluer les implications juridiques des CPOM, avec l'appui d'un avocat, Maître Cormier. Elle a eu lieu le 1er juin 2012. Une fois encore, c'est le principe des sanctions qui nous a interpellés. Les CPOM fixent le cadre de fonctionnement d'un établissement pour les cinq années à venir, avec un dispositif de sanction à la clé. Nous avons éprouvé le besoin d'évaluer juridiquement les menaces et les opportunités d'un tel dispositif. Des représentants de Capio et de Générale de Santé nous ont présenté la contractualisation vécue par plusieurs de leurs établissements. Ce benchmark a permis de procéder à une analyse des nouvelles clauses proposées dans les contrats par les ARS et de constater des différences de pratiques selon les régions. Le service juridique de la FHP-MCO a assuré le suivi.

Par ailleurs, nous avons également mis en place un nouvel axe de travail autour du décret du 29 septembre 2011 concernant la tarification à l'activité. Ce décret comporte des avancées : la prise en compte de compensation pour les sous-facturations et le plafonnement

du montant des sanctions à hauteur de dix fois les sommes indûment perçues. La procédure contradictoire a également été améliorée, avec la possibilité d'être entendu devant la commission de l'ARS. Cependant, des désaccords subsistent, notamment sur la technique d'échantillonnage utilisée pour constituer l'échantillon représentatif, qui inclut des atypies de facturation, et le montant toujours trop élevé des sanctions. Notre classeur T2A a été remis à jour pour aider les adhérents et rappeler l'importance d'une procédure contradictoire entre l'Etat, les tutelles, et l'Assurance maladie.

#### Quelle était l'ambiance au sein de la commission ?

La dynamique de travail était extrêmement constructive. Les participants ont tous apporté quelque chose, ils étaient investis et compétents. Nous n'avons pas pratiqué la réunionnisme, nous nous sommes rencontrés au gré de nos emplois du temps, parfois par visioconférence. Les échanges ont été très riches : nous avons appris aussi l'art du compromis stratégique, comme lorsque des décisions concernant la procédure contradictoire, où nous avons fini par accepter un mois, alors que nous en voulions au départ deux... Comme dans tous les domaines techniques, nos résultats ne sont pas forcément très visibles, mais ce soutien juridique, cette analyse et ce jeu d'allers-retours avec le législateur est un vrai plus pour la profession.

sanctions financières ainsi que des priorités nationales de contrôles pour 2012. Enfin, nous avons récemment participé à deux réunions à la CNAMTS sur le guide du contrôle externe en HAD, afin d'améliorer le contenu du guide de contrôle et d'avoir une vision d'ensemble de cette problématique.

**Les nouveaux CPOM dans les SROS PRS :** les délégations régionales de la FHP nous ont fait part de leurs observations et des demandes des établissements, que nous avons synthétisées et présentées lors d'un rendez-vous à la DGOS au début de l'été. Nous nous tenons à disposition pour renouveler ce type d'action.

**L'indicateur I-Satis :** les réunions sont pilotées par la DGOS. Quatre réunions se sont tenues entre octobre 2011 et septembre 2012. Elles ont pour objet de présenter les modalités des enquêtes téléphoniques ainsi que le calendrier de publication des textes entourant ce nouvel indicateur.

La FHP-MCO n'a eu de cesse lors de ces réunions de contester la lourdeur du nouveau processus qui sera imposé aux établissements. Elle a également pu informer en amont ses adhérents des conséquences et des enjeux de la mise en place de l'indicateur I-Satis. A ce jour, cette mise en place se fait sur la base du volontariat des établissements mais elle devrait être rendue obligatoire pour 2013.

## Gérard REYSSEGUIER, pilote de la commission « Naissance ». « Une commission extrêmement vivante et très suivie »



### Quels ont été les dossiers à l'ordre du jour dans la commission « Naissance » ?

Plusieurs sujets nous ont occupés : le programme PRADO a été l'un d'eux. Il a fait irruption dans nos établissements par l'intermédiaire d'agents administratifs, sans formation médicale particulière. La Haute autorité en santé n'a pas été consultée pour cette expérimentation, pas plus que le Collège national des gynécologues obstétriciens, ou encore la Commission nationale de la naissance. Rappelons que jusqu'ici, tous les collèges professionnels tels que le CNGOF, la Conférence Nationale des Présidents de CME de l'hospitalisation privée, le Collège national des pédiatres et la Commission nationale de la naissance ont émis des réserves sur le programme PRADO. Tout ce qui peut renforcer l'accompagnement des mamans lors du retour à domicile est une bonne chose en soi et nous y sommes très favorables, mais le pilotage par un agent

administratif de la CPAM est inutile, contreproductif et peut présenter des risques. Nous avons tenté de donner les moyens à nos établissements de résister à la pression, surtout sur les petits établissements, pour s'engager dans le programme PRADO. Le boycott n'était pas toujours facile à tenir. Le Forum de la naissance, présidé par le Dr Olivier Jourdain, a pu effectuer la présentation des maternités de l'hospitalisation privée auprès de la Commission nationale de la naissance, le 12 juin dernier, avec notre représentante FHP-MCO, Marie-France Gaucher. Nos représentants ont activement participé aux groupes de la Commission nationale de la naissance. Ainsi, Marie-France Gaucher a apporté son éclairage au sein du groupe « Grossesse Physiologique » et Jean-Paul Varichon, suppléant au groupe sur les sorties précoces. Ils ont présenté les travaux d'accompagnement des sorties précoces de

la maternité, notamment à Toulouse, où les établissements sont en lien avec les sages-femmes libérales, ce qui fait que la prise en charge ne sort jamais du domaine médical, contrairement au programme PRADO, ou encore cette autre expérimentation à Metz. La Commission nationale de la naissance a pu constater que des alternatives intéressantes pouvaient émerger du secteur privé. Nous avons également travaillé sur la modification de la tarification pour étudier les impacts et alerter les établissements sur les évolutions de celle-ci.

### Quid du label « Maternité amie des bébés » pour le secteur privé ?

Nous avons mené une étude pour pouvoir adapter le label « Maternité amie des bébés » au secteur privé. Jusqu'ici, seuls les établissements publics peuvent y concourir parce que le label ne peut être attribué qu'aux établissements qui ne

pratiquent pas de dépassements d'honoraires, qui n'ont pas de contrat avec des fournisseurs de lait... Nous constatons que nos maternités, hormis ces critères plutôt « administratifs » répondent

pour la plupart aux critères retenus par ce label. Nous avons réfléchi à la création de notre propre label pour les maternités privées, ce qui s'est révélé trop compliqué et peu visible pour le grand public. Nous avons donc décidé de

contacter les personnes responsables de ce label pour les rencontrer et discuter des modalités d'un travail en commun pour que nos maternités puissent prétendre à ce label si elles le souhaitent.

#### **Quel a été votre positionnement sur le SROS ?**

Le SROS 2012 organise l'offre de soin pour les 5 prochaines années sur le territoire. Nous avons essayé de soutenir un certain nombre de régions, où le SROS allait jusqu'à remettre en cause l'existence de certaines maternité privées. Les membres de la commission ont travaillé étroitement avec les permanents de la FHP-MCO pour encadrer ces dossiers.

#### **Quel a été votre apport sur la permanence des soins ?**

La circulaire sur la permanence des soins oblige à prendre en charge les patients sans dépassements d'honoraires. Elle vaut aussi pour la gynécologie et l'obstétrique, entre 20h et 8h du matin, le samedi à partir de 14h et le dimanche. Pour les obstétriciens, c'est vraiment la

double peine : non seulement ils sont de garde, mais en plus ils ne peuvent toucher les compléments d'honoraires dont ils ont convenu avec leurs patientes. De plus, cette mesure soumet les tarifs d'un accou-

chement à l'aléatoire : les obstétriciens peuvent facturer des dépassements d'honoraires à une parturiente qui accouche un samedi à 11h, mais pas à celle qui accouche à 15 h. C'est important de bien comprendre que le gynécologue a un contrat

avec sa parturiente qui concerne tout le suivi de la grossesse, jusqu'à l'accouchement. La DGOS n'avait pas pleinement perçu ce problème. Nous avons tout envisagé pour infléchir cette politique, jusqu'à craindre une menace de l'arrêt des praticiens. C'est un dossier que l'on suit de près. La solution la plus logique et que l'on nous refuse, c'est de reconnaître la maternité comme un site d'urgence, avec des forfaits d'urgence, comme un acteur de la continuité des soins. La solution de repli viable pour les seules maternités ayant une activité de plus de 1500 accouchements est de demeurer dans le champ conventionnel qui offre une rémunération semblable mais celle-ci dépend du fait qu'il y ait ou pas une activité sur les périodes de gardes/d'astreintes. De plus, dans ce dispositif, les pédiatres ne sont pas justement indemnisés.

Nous avons organisé des échanges d'expérience pour trouver des solutions ensemble. Nous sommes actuellement dans l'attente des réactions de l'ARS. Ce travail est difficile : dans certaines régions les

maternités privées sont vraiment exclues de la permanence des soins. Nous arrivons parfois à cette situation absurde : des praticiens refusent de signer le contrat de permanence des soins. Les choses sont extrêmement régionalisées. Ce n'est pas pareil de parler depuis Toulouse ou depuis Paris. Nous savons que, suivant notre taille, nous n'avons pas le même poids comme interlocuteur auprès des tutelles. Le but de la commission est d'apporter à celui qui est en difficulté un soutien et des exemples de ce qui se passe ailleurs.

#### **Quelle a été l'atmosphère au sein de la commission « Naissance » ?**

La commission « Naissance » a été extrêmement vivante, très suivie. Elle comprend 20 membres. La forte participation n'a pas été démentie tout au long de l'année. Nous avons tenu trois réunions et avons eu beaucoup d'échanges mails sur les différents sujets. Je crois que nous avons assuré une permanence régulière sur l'ensemble de nos dossiers. Je tiens aussi à souligner le grand professionnalisme et la grande disponibilité de tous les salariés permanents de la FHP-MCO. Sans le travail très conséquent de tous les permanents, notre commission comme bien d'autres n'aurait pu fonctionner. Je les remercie de leur implication.

## Dr Dominique POELS, pilote de la commission « Télémédecine ».

### « La télémédecine sera demain un outil incontournable du soin »



#### Quel a été le travail de la commission « Télémédecine »

Au départ, nous avons scanné les structures juridiques entourant la télémédecine : nous avons fait le tour des GCS et des différentes structures en région. La plupart des ARS voulaient une fédération des acteurs dans des groupements de coopération sanitaire pour mutualiser des projets de télémédecine. La question à laquelle nous étions confrontés était la suivante : doit-on y adhérer ? En Haute-Normandie, nous avons une forte implication du privé dans les GCS, mais ce n'est pas le cas dans toutes les régions. Nous avons également mené un véritable travail de définition des projets de télémédecine.

#### De quoi s'agit-il ?

La plupart du temps, les projets concernent le Dossier médical partagé (DMP) et les activités de radiologie. Les radios sont télétransmises à un radiologue, qui les commente et pose son diagnostic à distance. Cela évite d'avoir un radiologue attaché à un établissement. Nous avons par exemple, à la clinique de l'Europe, un radiologue qui interprète les radios de l'hôpital de Neufchâtel-en-Bray. Il y a aussi le PACS radio, qui offre des possibilités de stockage des radiographies,

hébergées dans le PACS et auxquelles tout le monde peut avoir accès. C'est très utile dans les réunions de concertation pluridisciplinaires. Chez nous, les radiologues libéraux portent véritablement les projets de télémédecine, et le GCS conserve la maîtrise d'ouvrage régionale. Autre projet porteur : les téléconsultations. Entre les EHPAD, par exemple, elles donnent les moyens de mutualiser des psychiatres et d'organiser des consultations à distance. Chez nous, un projet de ce type est en phase de finalisation. Autre implication de la télémédecine : la surveillance à distance des insuffisants rénaux chroniques. Aujourd'hui, les malades ont la possibilité de remplir tous les matins une fiche à distance pour savoir s'ils ont eu des œdèmes, comment ils ont passé la nuit, et toute une série d'items médicaux. Si les médecins notent un problème, ils proposent une consultation au patient.

Ces solutions permettent de répondre au problème de la démographie médicale : surveiller les séances de dialyse à distance pourrait être un vrai allègement, à partir du moment où l'on est correctement

informé des constantes : le poids des patients, la vitesse de passage d'un produit... etc. Pendant presque trois ans, la facturation de la téléconsultation a posé un frein au développement de la télémédecine, parce qu'il n'existait tout simplement pas de possibilité de facturation des actes à distance. Heureusement, le problème est réglé aujourd'hui.

**Aujourd'hui, les malades ont la possibilité de remplir tous les matins une fiche à distance pour savoir s'ils ont eu des œdèmes et comment ils ont passé la nuit.**

#### Quelle était l'atmosphère au sein de la commission ?

Dans la profession, la télémédecine rencontre un fort écho d'intérêt et de sympathie. Notre commission était constituée de cinq personnes motivées, et d'une dizaine de participants extérieurs. Malheureusement, si l'idée suscite de la sympathie, la concrétisation des projets se fait encore attendre. Par contre, il faut bien garder une chose en tête : si la télémédecine n'est pas l'avenir de la médecine, elle sera demain une part non négligeable et un outil incontournable des soins.

## Christian GUICHARD, pilote de la commission « Urgence et permanence des soins ». « Parvenir à un financement plus juste des astreintes »



### Comment la commission sur les urgences et la permanence des soins a-t-elle été fondée ?

Le débat sur la permanence des soins est né en partie de la réorganisation du financement des praticiens de nos établissements. Il s'inscrit dans un débat plus vaste : la répartition de la nouvelle enveloppe de financement de la permanence des soins commune aux secteurs public et privé hospitalier. En 2011, les nécessités de financement de la permanence des soins ont amené le gouvernement à regrouper en une seule enveloppe le financement de la

permanence des soins. Le but ? Parvenir à un financement plus juste des astreintes en l'élargissant à des populations médicales qui les pratiquaient sans rémunération. Trois spécialités étaient particulièrement concernées autrefois : l'anesthésie, la chirurgie viscérale et la chirurgie orthopédique et l'obstétrique ; d'autres spécialités sont maintenant

rémunérées. La question de la permanence des soins déborde bien sûr sur la question du financement de l'urgence. Nous devons être très solidaires de nos médecins pour assurer une bonne prise en charge, car la permanence des soins requiert un engagement 24h sur 24h.

### Qu'avez-vous mis en œuvre ?

Nous avons travaillé à faire accepter une grande enquête nationale sur la prise en charge des urgences, qui a d'abord été boycottée par le secteur public. Notre but est simple : faire reconnaître la réalité

**Notre but est simple : faire reconnaître la réalité de la prise en charge de l'accueil des patients non-programmés.**

de la prise en charge de l'accueil des patients non-programmés. La reconnaissance du rôle du secteur privé dans ce domaine varie selon les spécialités et les régions. Aujourd'hui, les établissements privés ont des services d'urgence qui tous ne sont pas reconnus. Il faut soutenir les médecins dans leur travail de permanence des soins,

avec, en ligne de mire, la défense d'une bonne prise en charge pour les patients. La prise en charge est globale, elle concerne autant les établissements que les praticiens libéraux, et nous souhaitons qu'ils puissent être rémunérés. Le problème est parti des astreintes médicales qui étaient pratiquées sans rémunération. En 2011 et en 2012, la PDSSES des médecins est désormais financée par une enveloppe MIGAC.

Aujourd'hui, l'enquête sur la réalité des prises en charge est en cours.

### Quelle a été l'atmosphère au sein de la commission ?

Nous avons eu quelques difficultés à mobiliser les gens, mais tous savent qu'il est nécessaire d'avoir une bonne connaissance de la permanence des soins. Le secteur privé est un maillon essentiel de la permanence des soins, et il faut le faire savoir !

# Les activités de communication

## La communication interne du syndicat

### Edition en ligne

#### Le 13H, 4 ans déjà

Depuis plus de quatre ans, la FHP-MCO vous tient informés de l'actualité économique et politique dans le domaine de la santé, tous les jeudis à 13 h ! L'édito de Lamine Gharbi pour donner le ton de la semaine, des brèves qui cerclent l'actualité de la semaine, trois questions à une personne publique ou issue de la profession et liée à l'actualité, c'est ce qui attend les adhérents de la FHP-MCO avec la régularité d'une horloge. Le 13H résume une semaine d'actualité de notre secteur. Merci de lui être aussi fidèle !

#### Les dépêches de la FHP-MCO, l'actualité en temps réel

Coller à l'actualité juridique et économique du secteur de la santé, c'est possible avec la réactivité du web. Les dépêches de la FHP-MCO vous rappellent les deadlines pour les appels à projet, vous propose une mise en perspective des décrets, vous envoie des invitations aux congrès, une analyse juridique et économique en temps réel. Bleu pour les dépêches « Communication », jaune orangé pour les dépêches « Expert », le rouge est réservé aux billets « Agissons ! »

#### Les billets « Agissons », pour un syndicalisme vivant

Parce que le syndicalisme est fait d'engagement pour des causes justes, Lamine Gharbi lance des billets pour garder la profession mobilisée sur les enjeux qui nous concernent tous. Ensemble, agissons !

#### Les chats politiques, les députés sur le grill

Débattre en direct avec un parlementaire, et le mettre au pied du mur sur des questions de gestion et de tarifs, c'est possible à la FHP-MCO.

Du 1<sup>er</sup> octobre 2011 au 31 octobre 2012

**52**

éditions du « 13 H »

En 2012

**113**

dépêches com' « bleues »

**136**

dépêches expert « orange »

**6**

billets « Agissons » ont été publiés.

**80 %**

des lecteurs de Dialogue Santé trouvent son contenu « synthétique » ou « pertinent ».

Rapporteurs du PLFSS, députés, sénateurs sont soumis pendant une heure en direct au feu de vos questions. Elie ABOUD, Jean-Pierre FOURCADE, Philippe JUVIN, Arnaud ROBINET, Valérie BOYER se sont déjà prêtés au jeu... Pour 2013, Frédéric VAN ROEKEGHEM, le président de la CNAMTS ?

#### Le Congrès de la FHP-MCO en images !

Comme chaque année, la FHP-MCO a produit une vidéo pour partager avec l'ensemble des adhérents l'atmosphère et les temps forts du Congrès de la FHP-MCO le 20 octobre dernier au CNIT de la Défense à Paris. La vidéo est accessible sur le site de la FHP-MCO et sur Youtube et vient enrichir notre fonds documentaire.

#### Entretien de la base de données

Un réseau d'adhérents vivant, cela s'entretient ! Changements d'adresses, de postes, de régions... La FHP-MCO se tient au courant de vos parcours et de vos avancées !

#### Edition papier

##### Dialogue Santé, le magazine des praticiens exerçant dans les établissements privés

Cinq fois par an, Dialogue Santé produit un dossier sur une question d'économie de la santé, en direction des praticiens. Ce quatre pages grand format est un trait d'union entre la gestion et la médecine, entre les praticiens et les directeurs, et s'appuie sur les Présidents de CME. On y discute permanence des soins, dépassements d'honoraires et même développement durable.

#### Le classeur T2A, un outil indispensable

Outil essentiel de gestion et de compréhension de la tarification, le classeur T2A a été complètement réactualisé en 2012.

#### Le séminaire stratégique, garder en mémoire les grandes orientations

Pour rendre compte de l'ébullition prospective du séminaire stratégique annuel du syndicat, la FHP-MCO a produit un quatre



pages de synthèse. Cette année à Lyon, les administrateurs ont planché sur une nouvelle dénomination de nos établissements, l'évolution de notre secteur à dix ans, le financement à la qualité, l'avenir de la convergence, la gestion de crise. Le séminaire stratégique est un temps fort de l'année syndicale.

#### **Annales des Journées thématiques**

Le Congrès des représentants des usagers, Journée thématique « Etablissements de santé, un dynamisme au féminin »... Autant d'événements dont la trace est conservée dans les annales produites par la FHP-MCO et distribuées à tous les adhérents, qui viennent enrichir le fonds documentaire de la FHP-MCO.

#### **Les Journées thématiques, créer du lien**

Le 8 mars, le Congrès des Représentants des Usagers, la journée développement durable... Des temps forts qui viennent rythmer la vie du syndicat. N'hésitez pas à vous inscrire et à participer ! C'est aux adhérents que nous devons, depuis bientôt quatre ans, la réussite de ces journées.

## **La communication externe du syndicat**

### **Campagnes**

#### **La campagne présidentielle**

2012 a été l'année de l'élection présidentielle. Pour s'assurer que les candidats soient informés des enjeux du secteur de la santé, la FHP-MCO a produit un DVD de campagne, avec vos propos, vos coups de gueules et votre appel sincère au futur président. Ce DVD a été fourni à toutes les personnes en charge de la santé dans les équipes de campagne des candidats à l'élection présidentielle, pour que le secteur privé fasse mieux entendre sa voix. Vous pouvez le visionner sur le site internet de la FHP-MCO.

#### **La campagne « J'aime ma clinique »**

Parce que l'humanité est au cœur de nos métiers, la FHP-MCO ose communiquer sur le registre de l'émotion et lance le slogan « J'aime ma clinique ». Notre objectif est de partager avec l'opinion publique des atouts et des

valeurs de notre secteur et capitaliser sur ce potentiel de confiance et d'intérêt. Simple et efficace, « J'aime ma clinique » se décline dans vos établissements, sur des sacs, des t-shirt, etc.

### Les relations presse

Les journalistes sont des relais d'opinion importants auprès de l'opinion publique et des décideurs. La FHP-MCO a poursuivi en 2012 l'effort engagé l'année précédente pour obtenir une visibilité accrue dans les médias.

Cette année, élection présidentielle oblige, l'activité a été soutenue afin de relayer les positions et revendications du syndicat sur tout un ensemble de sujets : campagne tarifaire, situation économique des cliniques, missions de service public, dépassements d'honoraires, etc. Sur douze mois glissants, (octobre 2011 à octobre 2012), deux conférences de presse ont été organisées et 27 communiqués de presse diffusés aux médias. Une tribune du président du syndicat sur le sujet des dépassements d'honoraires a également été publiée par *Les Echos*. En termes d'écho médiatique, ces actions ont donné lieu à de très nombreuses retombées presse, 223 au total : 128 mentions de la FHP-MCO dans des articles sur internet, 91 dans la presse écrite, une interview TV (BFM Business) et deux interviews radio (RMC Bourdin et France Inter). A noter le fort retentissement de la conférence de presse du 26 janvier, qui a donné lieu à la présentation d'une plateforme revendicative, assortie de dix propositions (Sortir des déficits et préparer l'avenir) et qui s'est traduite par 84 retombées presse, dont notamment une pleine page dans *Le Parisien*. A cela s'ajoute plus d'une vingtaine de retombées supplémentaires dans les agences spécialisées (APM, *Hospimédia*, AEF).

Toutes les grandes familles de presse ont traité de l'actualité de la FHP-MCO : 52 % sur internet, 18 % dans la presse professionnelle et spécialisée (hors agences type APM, *Hospimédia*, AEF), 15 % dans la presse régionale, 4 % dans la presse quotidienne nationale (9 articles) et 2 % dans la presse magazine grand public (4 articles). Une grande diversité de publics a été touchée

L'actualité de la FHP-MCO

**52 %**  
sur internet,

**18 %**  
dans la presse professionnelle et spécialisée

**15 %**  
dans la presse régionale

**4 %**  
dans la presse quotidienne nationale

**2 %**  
dans la presse magazine grand public

**128**  
mentions de la FHP-MCO dans des articles sur internet

**91**  
dans la presse écrite

**1**  
interview TV (BFM Business)

**2**  
interviews radio (RMC Bourdin et France Inter)

avec 34 % des retombées classées dans la rubrique actualité générale, 24 % en actualité régionale, 22 % en santé et 13 % en économie et finance.

Cette part de voix importante du syndicat s'est traduite par un équivalent publicitaire de 739 KE, assurant un ROI extrêmement positif.

### Les campagnes de « relations publics »

Deux grandes campagnes de « relations publics » ont été lancées en 2012.

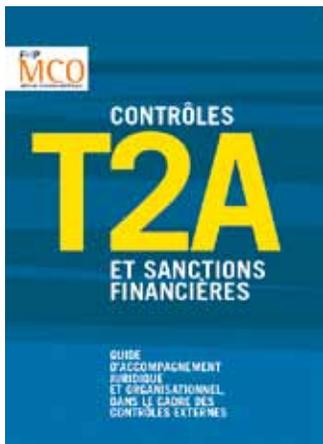
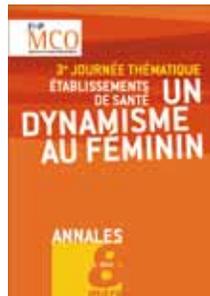
La première intitulée « Sortir des déficits et préparer l'avenir » visait les décideurs, les parlementaires, les médias et le grand public. Elle a consisté à dénoncer, lors d'une conférence de presse en janvier, les dysfonctionnements du système de santé, la discrimination tarifaire subie par les cliniques et hôpitaux privés, le tout assorti de dix propositions constructives pour faire évoluer le système de soins en France. Une plateforme revendicative de 36 pages, résumant ces positions, a été distribuée aux médias, aux parlementaires et aux politiques, ainsi qu'aux parties prenantes du syndicat.

### Un document de 36 pages

Une deuxième campagne de valorisation cette fois a été lancée en juin à destination des patients dans les salles d'attente. Intitulée « Chez nous... », il s'agissait d'une campagne d'affichage « salle d'attente » visant à mettre en avant les points forts des cliniques et hôpitaux privés par rapport à l'hôpital public (mais sans jamais les mentionner). Elle déclinait, sur six affiches différentes, six thèmes principaux : l'accueil de tous, la sécurité et la qualité des soins, la priorité donnée au patient, la responsabilité économique, le rôle indispensable des maternités privées et la liberté de choix. Plus de

16 000 affiches ont ainsi été adressées aux 600 établissements privés MCO.





## La FHP-MCO sur Internet en 2012

### Retour en chiffres

Le site Internet de la FHP-MCO a réuni en 2012 (données recueillies entre le 1<sup>er</sup> novembre 2011 et le 30 septembre 2012) près de 70 000 visites, soit une croissance de +70% par rapport à l'année précédente (septembre à septembre). Les internautes passent en moyenne deux minutes sur le site et lisent plus de deux pages. Des chiffres très encourageants qui démontrent la place de plus en plus importante que prend la FHP-MCO sur Internet.

**70 000**  
visites

En hausse de  
**70%**

#### > TOP 5 DES PAGES DU SITE LES PLUS VISITÉES (EN DEHORS DE LA PAGE D'ACCUEIL) :

1. Dépêches adhérents
2. Page de présentation de la FHP-MCO
3. Page de présentation des cliniques et hôpitaux
4. Page des portraits des directeurs d'établissements
5. Module de recherche d'une clinique près de chez soi

Agendas, fil des discussions mais également les dernières offres d'emploi sont désormais visibles dès la page d'accueil.



#### > DES SALLES DE DISCUSSION

Ouvertes à tous les membres de la communauté médicale, les salles de discussion de la FHP-MCO sont avant tout un lieu d'échange et de partage d'informations.

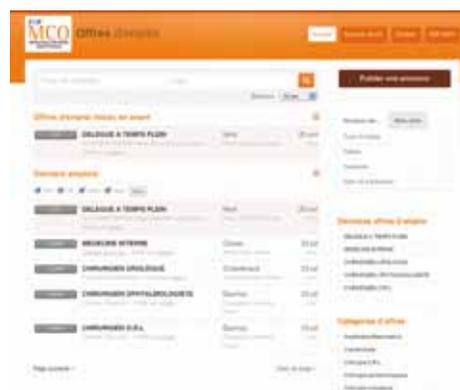
A ce jour, deux clubs ont été créés, ciblant chacun une thématique de discussion différente.

#### > UN ESPACE DE RECRUTEMENT

Envoyer un CV, répondre à une annonce et publier une annonce... C'est désormais possible en quelques clics sur l'espace de recrutement.

Les annonces publiées ne sont pas uniquement celles des adhérents de la fédération. Elles englobent également celles du monde médical et paramédical.

Toutes ces nouveautés renforcent la place de la FHP-MCO en tant qu'acteur majeur et dynamique dans l'univers de la santé.





Ces nouveautés  
confirment la place  
de la FHP-MCO dans  
l'univers de la santé.



# Les grands dossiers 2012



# Les grands dossiers de l'année

## Le financement à la qualité : projet IFAQ

Le ministère de la Santé a engagé une réflexion sur la problématique du financement et de la qualité. Il s'agit de prendre en compte la qualité des prises en charge dans le mode de financement des établissements de santé. Mais également d'être un levier pour l'amélioration de la qualité ! Prendre en compte la qualité permet en effet d'enclencher pour les établissements une dynamique de progrès.

L'objectif est donc de concevoir un modèle d'évaluation de la qualité des établissements à partir des indicateurs qualité généralisés et de simuler une valorisation financière en lien avec cette évaluation.

Ce projet, intitulé *Incitation financière à l'amélioration de la qualité* (IFAQ), est piloté par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Haute autorité de santé (HAS). Le développement est confié au projet Compaq et les travaux sont menés en lien avec les fédérations hospitalières, l'ATIH, et l'ANAP. La démarche se veut opérationnelle et pragmatique, et passe par une expérimentation qui a donné lieu à un appel à candidatures auprès des établissements de santé durant l'été 2012.

L'expérimentation se déroule entre fin 2012 et fin 2014. La période entre l'appel à candidatures et la mesure des résultats doit permettre aux établissements de mettre en œuvre les actions nécessaires en vue d'une amélioration.

Les établissements volontaires ont été ciblés par tirage au sort parmi les candidatures. À l'origine, le panel devait être de 100 établissements mais devant le succès de l'appel à projets (plus de 400 candidats), il a été doublé, notamment sur la proposition de la FHP-MCO. L'expérimentation concerne uniquement le secteur MCO et les établissements ont dû répondre à des critères d'éligibilité notamment sur leur niveau de certification.

Les indicateurs pris en compte dans le modèle expérimental sont les 5 indicateurs du dossier

patient/dossier anesthésique (TDP, DEC2, TRD, DTN3, TDA), l'indicateur Réunions de concertation pluridisciplinaires en cancérologie, niveau 2 (RCP2), le tableau de bord des infections nosocomiales (Score agrégé V2), 8 Pratiques exigibles prioritaire (PEP) et enfin un indicateur sur l'informatisation du dossier du patient (évaluation par questionnaire de l'informatisation et de la structuration du dossier patient). Le périmètre de l'évaluation est donc variable selon les établissements en fonction des thèmes (indicateurs) qui lui sont applicables.

Ce modèle de financement à la qualité doit permettre de transformer les résultats des indicateurs en nombre de points en fonction des niveaux de performance, puis d'agrèger les résultats pour obtenir un « score établissement » et enfin de convertir ces points en paiement. Le score obtenu par l'établissement doit prendre en compte le résultat (excellence) et l'effort (l'évolution), ceci afin de permettre au modèle d'être incitatif.

Cette expérimentation est financée par une enveloppe MIG. Le montant était initialement prévu entre 5 et 7 M€ mais étant donné l'augmentation de l'échantillon, il devrait se situer entre 10 à 14 M€ en fonction des établissements sélectionnés.

Si l'incitation financière est strictement positive (aucune pénalité n'est prévue), participer à l'expérimentation ne garantira pas un gain obligatoire pour les établissements expérimentateurs. Le montant de la rémunération potentielle sera fonction du score de l'établissement, c'est-à-dire de son niveau de performance, avec un plancher et un plafond pour le gain maximal.

Les éléments détaillés du calcul du score et de la valorisation renvoient à des travaux techniques qui reprendront en novembre 2012 (définition des seuils de performance, distribution des points en fonction des niveaux de performance, valorisation des points, etc.).

Ces travaux sont évidemment à mettre en parallèle avec ceux menés par la FHP-MCO pour

proposer une nouvelle modalité de financement liée à la qualité de la prise en charge. En effet, le groupe de travail FHP-MCO « Avenir du financement » travaille actuellement sur une étude pilotée par Alain COULOMB sur les indicateurs du paiement à la performance « P4P » ou paiement au résultat « P4O » qui est conduite en partenariat avec le Dr Paul GARASSUS, la société HEVA et la FHP-MCO. Ces 2 projets présentent des points communs (volonté d'instaurer un dispositif de financement incitatif et non répressif, Financement par les MIGAC), mais également des différences (notre position est d'avoir une démarche « promotionnelle » et non « compassionnelle » et donc de prendre en compte le niveau observé, le « résultat », et non l'effort à accomplir pour atteindre un niveau cible).

Cette problématique du financement et de la qualité a fait l'objet d'une présentation approfondie lors du séminaire stratégique de la FHP-MCO en avril dernier par Alain COULOMB et le Dr GARASSUS.

## Surveillance continue : relance des travaux sur indicateurs

Les règles entourant la facturation du supplément « Surveillance continue » (SRC), constituent depuis quelques années une réelle contrainte pour les établissements, et apparaissent parfois inadéquates au regard des moyens mis en œuvre pour assurer une prise en charge de qualité. Ce constat est partagé par l'ensemble des parties et le principe d'une évolution du dispositif de facturation du SRC vers un indicateur composite unique a été acté par les services de la DGOS depuis 2009.

La FHP-MCO a mené en 2010-2011, une expérimentation sur le TISS 28 en vue de disposer d'information de terrain lui permettant d'être force de proposition à la fois concernant l'indicateur mais également concernant le seuil



déclenchant la facturation dans le but d'obtenir un financement qui nous permette de préserver nos services de surveillance continue. Le TISS 28 est un indice reconnu, validé dans la littérature, et qui permet de quantifier et de valoriser la charge de travail du personnel infirmier. Grâce à la participation active des établissements adhérents à la FHP-MCO ayant une USC, cette étude a été un succès et les résultats ont été présentés à la DGOS et au congrès de la SFAR. Si la DGOS a montré beaucoup d'attention aux résultats de cette étude, elle nous a également fait part de son intérêt pour un autre indicateur, l'I-TISS. Elle souhaiterait donc un complément d'information sur l'impact de l'I-TISS dans les USC privées en comparaison avec le TISS 28.

La FHP-MCO a de ce fait relancé des travaux sur la base de cet indicateur I-TISS. Tout comme le TISS 28, cet indicateur est une évolution du TISS 76 originel. Si le score I-TISS semble plus adapté et plus pertinent pour les patients traités en USC que le TISS 76 originel, il est aussi beaucoup plus lourd à récolter que le TISS 28.

Par ailleurs, différents travaux sur des scores d'activité composites qui permettraient de modifier les critères d'attribution du



supplément SRC, sont en cours ou en projet. Nous avons donc cherché s'il était possible de coordonner notre projet « I-TISS / TISS-28 » à l'un de ces travaux. Ainsi, lors d'une réunion de la commission FHP-MCO « Réanimation / surveillance continue / USI », le Dr Benoît MISSET (Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph) a présenté le projet ASIC portant à la fois sur la description par le score I-TISS des patients hospitalisés en Unités de surveillance continue (USC) et sur le développement d'un nouvel indicateur : le score d'activité actualisé (Activity Score for Intermediate Care – ASIC). Le but est donc une meilleure description et en conséquence une meilleure valorisation de l'activité des USC, en remplacement des listes actuelles, support du financement. Il s'agit d'un travail de recherche sur plusieurs années (environ 3 ans) pour lequel un dossier a été déposé dans le cadre des appels à projets PREPS afin d'obtenir un financement. La FHP-MCO n'a donc pas la maîtrise de cette étude « I-TISS / ASIC » mais elle a accepté d'en être partie prenante.

Toutefois, afin de continuer d'être force de proposition sur ce sujet et ne sachant toujours pas si l'étude « I-TISS / ASIC » serait financée suite au retard dans le calendrier de l'appel à projets PREPS, la commission « Réanimation / surveillance continue / USI » pilotée par les

Drs Gilbert LEBLANC et Philippe TOURRAND a pris la décision de mener une nouvelle étude sur l'I-TISS et le TISS 28. Cette expérimentation sera lancée auprès d'un échantillon d'établissements volontaires fin 2012 pour des résultats en mai 2013. La méthodologie de cette nouvelle expérimentation est calée sur celle de la précédente expérimentation TISS 28. L'objectif de cette étude sur les indicateurs TISS est de permettre la comparaison entre ces deux indices. La commission souhaite vérifier la concordance entre l'I-TISS et le TISS 28 dans le but de conserver le TISS 28 comme score discriminant.

Cette nouvelle expérimentation a été présentée aux établissements volontaires lors d'une réunion d'information début octobre au cours de laquelle des établissements nous ont déjà fait part de leur intérêt pour le projet malgré la lourdeur du recueil.

## **Permanence des soins en établissement de santé**

La FHP-MCO a participé en 2010 et 2011 à la concertation sur les textes réorganisant la PDSES. De concert avec les spécialités médicales, nous avons notamment porté un amendement

au moment de la PPL Fourcade, afin d'éviter que le nouveau mode de rémunération des médecins dans le cadre de la PDES n'aboutisse pas à une requalification des contrats d'exercice en contrats de travail. En 2012, nous vous avons informés de la parution du décret du 24 avril 2012 relatif aux missions de service public. La mise en œuvre de la réforme de la PDSE n'a malheureusement pas tenu ses promesses et les cartes sont loin d'avoir été redistribuées dans la transparence et l'équité ; nous avons alerté à plusieurs reprises les pouvoirs publics cette année sur le maintien des financements antérieurs sans évaluation de l'offre ni des besoins de soins. Nous préparons des arguments solides grâce à une étude de coût.

## Les nouveaux CPOM dans les SROS PRS

En 2011, nous avons alerté la DGOS sur l'urgence de renouveler les CPOM qui arrivaient à échéance. En 2012, nous vous avons notamment proposé une journée thématique qui s'est tenue le 1<sup>er</sup> juin ainsi qu'un guide FHP-MCO que nous vous avons transmis annexé à une dépêche. Nous espérons que la richesse des échanges et des travaux de Maître Maxence CORMIER, des représentants des groupes Générale de Santé et Capio et des délégations régionales de la FHP qui ont participé à cette journée, vous ont aidé à identifier les enjeux et les écueils à éviter dans le cadre du renouvellement de votre CPOM. Nous continuerons à remonter vos demandes à la DGOS lors de rendez-vous informels, grâce au partenariat avec les délégations régionales de la FHP.

## Contrôles T2A

Après avoir participé à la concertation sur le projet de nouveau décret relatif aux contrôles et aux sanctions financières, ainsi qu'à la circulaire qui l'accompagne, les membres du Bureau de la FHP-MCO ont choisi d'engager un recours en annulation contre certaines des dispositions du décret du 29 septembre 2011 qui comprend toujours un système d'échantillonnage et d'extrapolation ainsi qu'une disproportion entre les indus reprochés et les sanctions encourues que nous contestons. Nous essayons par ailleurs d'améliorer la législation en la matière dans le cadre du PLFSS pour 2012.

## Enquêtes téléphoniques annuelles de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés en MCO - Indicateur I-Satis

La FHP-MCO a dénoncé très tôt les modalités de mise en œuvre des enquêtes téléphoniques annuelles de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés en MCO, en contestant la création d'une ligne de dépense et d'une charge de travail supplémentaires pour les établissements, sans aucune concertation préalable et contrepartie financière. Le syndicat a ainsi appelé ses établissements au boycott de ces enquêtes pour faire entendre sa voix. Cette action suivie des autres fédérations a incité la DGOS à retarder le processus de mise en œuvre de ces enquêtes de satisfaction qui ont pris le nom d'indicateur I-Satis.

L'indicateur n'a ainsi pas été rendu obligatoire sur l'année 2012. Cependant, afin d'anticiper l'obligation qui sera faite à terme aux établissements, et dans le souci d'accompagner et d'informer au mieux ses adhérents, la FHP-MCO a décidé de lever le boycott de cet indicateur. La FHP-MCO a consacré 8 dépêches sur ce sujet. Si aucune réglementation ne rend l'indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés obligatoire pour le moment, plusieurs textes sont tout de même parus sur les modalités de mise en œuvre, comme le Décret n° 2012-210 du 13 février 2012 relatif à l'enquête téléphonique de satisfaction des patients hospitalisés (I-SATIS). Ce décret est venu préciser que les établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie ou obstétrique qui souhaitent s'engager dans une démarche annuelle de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés seront responsables du traitement des données à caractère personnel. Ce décret a également précisé que les établissements entrant dans cette démarche doivent recueillir le consentement exprès des patients et procéder aux déclarations préalables auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Autre encadrement juridique : l'arrêté du 22 juin 2012 relatif au modèle de questionnaire à utiliser lors de la mise en œuvre de l'enquête téléphonique de satisfaction des patients hospitalisés (I-SATIS). Cet arrêté vient compléter les dispositions du décret n°201210 du 3 février

2012 et prévoit le modèle définitif de questionnaire : 33 questions qui portent sur différentes thématiques :

- ▮ La prise en charge globale du patient
- ▮ L'information du patient
- ▮ La communication du patient avec les professionnels de santé
- ▮ L'attitude des professionnels de santé
- ▮ La commodité de la chambre
- ▮ La restauration hospitalière
- ▮ Le score agrégé

Enfin, l'instruction N° DGOS/PF2/2012/287 du 19 juillet 2012 portant sur la généralisation de l'indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés au sein des établissements de santé, publics et privés, exerçant une activité de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique. Cette instruction précise les textes réglementaires et pose les nouvelles modalités techniques pour la mise en œuvre des enquêtes de satisfaction des patients.

Cependant, l'indicateur I-Satis ne sera rendu obligatoire que par un arrêté intégrant ces enquêtes au nombre des indicateurs qualité et

sécurité des soins dont les résultats, publiés chaque année, devront être mis à la disposition du public par l'établissement de santé.

Les modalités de mise en œuvre sont toujours en discussion auprès de la DGOS. La FHP-MCO veille au traitement qui en sera fait en 2013 et continue à demander l'indemnisation de cette charge.

Dans le cadre de la préparation de cette obligation, la FHP-MCO a également missionné le BAQIMEHP pour un partenariat avec un institut de sondage qui sera proposé aux établissements.

## Implants PIP (Poly Implant Prothèse)

Le scandale des implants PIP a conduit les établissements à prendre en charge rapidement les porteuses de ces prothèses. Le pôle juridique de la FHP-MCO a tenu une veille accrue et informé et accompagné les établissements sur les modalités des explantations des prothèses

## QUELS SONT LES CONTENTIEUX EN COURS ?

Les instances de la FHP-MCO ont décidé d'engager plusieurs contentieux administratifs depuis la création du syndicat. Le pôle juridique assure le suivi des contentieux engagés.

OBJET DU CONTENTIEUX	RECOURS ENGAGÉ	AVOCAT EN CHARGE DU DOSSIER	DATE	RÉSULTAT
Aides d'Etat	Recours européen Plainte de la FHP-MCO relative aux aides d'Etat	Maître Thierry DUGAST'	Octobre 2010	Affaire pendante
Décret n° 2011-1209 du 29 septembre 2011 relatif aux contrôles externes	Recours en annulation partielle	Maître François MUSSET	Avril 2012	Mémoire en réplique de notre conseil en cours de rédaction
Décret n°2010-438 du 30 avril 2010 relatif aux communautés hospitalières de territoire	Recours en annulation contre la décision de rejet de notre demande de retrait	Maître Jean BARTHELEMY (avocat aux conseils)	Octobre 2010	Arrêt de rejet rendu par le Conseil d'Etat le 24 septembre 2012
Circulaires CNAMTS du 16 juin 2010 et du 3 janvier 2012 (salarier des médecins cf. HPST)	Demande d'abrogation partielle des circulaires limitant à l'hospitalisation le champ d'application de l'article L162-26-1 du CSS (salarier des médecins cf. HPST)	Maître Maxence CORMIER	Février 2012 au directeur de la CNAMTS	Rejet tacite
Circulaires CNAMTS du 16 juin 2010 et du 3 janvier 2012	Recours en annulation contre la décision de rejet tacite d'abroger partiellement les circulaires CNAMTS du 16 juin 2010 et du 3 janvier 2012	Maître Maxence CORMIER	Juillet 2012	Mémoire en réplique de notre conseil envoyé

mammaires. Il a également veillé aux intérêts de la profession en contestant auprès des tutelles la possibilité pour les centres de chirurgie autonomes d'esthétique de pratiquer des explantations de PIP avec remboursement par la CNAM de ces actes. Sur ce sujet, la FHP-MCO a veillé à remonter aux tutelles les problématiques et interrogations des établissements. La FHP-MCO a notamment fait part à la DGS du manque d'information aux établissements, notamment quant à la prise en charge des opérations d'explantations et du codage PMSI de ces actes. Cette saisine de la DGS a débouché sur une nouvelle instruction datée du 25 janvier 2012, qui est venue répondre aux interrogations de nos adhérents.

La FHP-MCO a pu obtenir des précisions sur trois points décisifs : l'organisation régionale de la prise en charge, la prise en charge par l'Assurance maladie et sur le codage PMSI.

L'enjeu était d'obtenir des informations claires pour nos adhérents et d'éviter que les établissements de santé privés ne soient exclus dans le cadre de la prise en charge de ces explantations. Un appui juridique important a également été mis en place pour répondre rapidement aux interrogations des patientes se présentant dans nos établissements adhérents. Ce sujet ayant été source de grandes inquiétudes de la part des patientes, les établissements ont pu s'appuyer sur les conseils du pôle juridique pour les informer des démarches à entreprendre. Nos adhérents ont pu également compter sur le soutien du pôle juridique pour répondre aux différentes réclamations des patientes.

## LE PLFSS 2012

Le PLFSS constitue un enjeu majeur pour le secteur. Le pôle juridique est mis à contribution pour faire des propositions de modification de la législation. Il a travaillé sur certains amendements du PLFSS 2012 portés par la FHP. Les amendements ont porté notamment sur la mise en œuvre du secteur d'honoraires médicaux à caractère optionnel, les syndicats de médecins pouvant éventuellement être consultés sur cette question, le règlement du dossier RCP, le vote par le Parlement du montant des dotations MIGAC (tendance politique à ne pas négliger), la facilitation de la convergence intersectorielle, la séparation des financements au titre des Missions d'intérêt général et au titre des Aides à la contractualisation, la définition

formelle des catégories de dépenses figurant dans chacun des sous-objectifs de l'ONDAM, la régulation des volumes d'activité des établissements de santé par le suivi de la pertinence des actes, l'alignement de la durée de prescription en matière de remboursement de prestations de sécurité sociale sur celle de la récupération des indus de prestations (2 et 3 ans), la garantie tarifaire attachée à l'exercice de mission de service public, la création d'un ISH et enfin, l'amélioration de la procédure des contrôles et des sanctions financières.

## La plateforme tarifaire 2013

La ligne politique de la FHP-MCO est constituée de 7 orientations majeures :

- Être partie prenante dans les décisions concernant notre secteur d'activité.
- Prôner une organisation sanitaire s'appuyant sur les ARS en veillant à ce qu'elles ne soient plus juge et partie, les cliniques et hôpitaux privés assurant des missions de service public.
- Définir une véritable politique de financement de l'Assurance maladie et mettre fin aux déficits chroniques.
- Garantir l'accès aux soins pour tous, tant du point de vue de la proximité géographique que de l'accessibilité économique.
- Prôner l'efficacité collective et individuelle, notamment par le maintien d'un système concurrentiel.
- Demander une juste rémunération des établissements de santé, notamment en développant une politique de financement de qualité pour les établissements de santé.
- Lever les contraintes réglementaires de fonctionnement en donnant plus de souplesse de gestion aux établissements de santé.

Les présentes propositions de construction de la campagne tarifaire 2013 interviennent notamment dans le cadre de notre volonté de participer activement à la construction de notre avenir.

En 2012, certains sujets ont avancé dans une bonne orientation, comme le sujet de la chirurgie ambulatoire ou encore la prise en compte de la qualité dans le financement. Nous ne pouvons que nous en féliciter mais il faut poursuivre et développer ces efforts. D'autres sujets méritent également d'aboutir enfin, tel celui de la facturation à 100 %.

# 2013 5 AXES DE TRAVAIL, 13 PROPOSITIONS

## 1

### **EQUITÉ TARIFAIRE**

#### **PROPOSITION N°1**

Défendre un système de tarification équitable s'appuyant sur la pertinence des prises en charge et la prise en compte de la qualité des soins.

#### **PROPOSITION N°2**

Procéder aux nécessaires corrections de la classification (GHM, SEH...) et de la tarification de la campagne 2012.

## 2

### **ACCOMPAGNEMENT DE LA T2A**

#### **PROPOSITION N°3**

Allouer l'enveloppe MIGAC à la Justification du premier euro avec évaluation du service rendu.

#### **PROPOSITION N°4**

Procéder à une évaluation du nouveau dispositif d'allocation de ressources de la MIG Cancérologie en particulier sur :

- la surpondération (80% ou 70%) dont bénéficient les pôles régionaux de cancérologie doit faire l'objet d'une justification économique
- la prise en compte dans la valorisation financière de la MIG de la présence sur site d'un centre de radiothérapie privé bénéficiant des prestations des actions de qualité transversale des pratiques des soins en cancérologie
- la juste évaluation du montant de l'enveloppe nationale.

#### **PROPOSITION N°5**

Corriger le dispositif de la surveillance continue et conduire une politique tarifaire adaptée en réanimation, surveillance continue et soins intensifs :

- procéder à une modification du dispositif d'allocation de ressources en

surveillance continue par la mise en place d'un indicateur composite

- conduire les études nécessaires à la juste valorisation de ces services (réanimation, surveillance continue, soins intensifs) avec une définition de ce que recouvre la rémunération de ces suppléments
- normaliser sur le plan national les cahiers des charges régionaux de surveillance continue.

#### **PROPOSITION N°6**

Arrêter de manière claire et transparente le financement des établissements de santé dits « isolés ».

#### **PROPOSITION N°7**

Définir les règles de tarification des P.I.H. de moins de 48 heures.

#### **PROPOSITION N°8**

Maintenir le financement MIGAC des ex POSU

#### **PROPOSITION N°9**

Participer à la réflexion générale sur le fonctionnement et le financement des services d'urgence.

## 3

### **EVOLUTION DU DISPOSITIF D'AVANCE DE FACTURATION**

#### **PROPOSITION N°10**

Définir les conditions techniques de mise en œuvre d'une facturation à 100%.

## 4

### **INCITATIONS TARIFAIRES DANS LES POLITIQUES DE DÉVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE ET LA PRISE EN COMPTE DE LA QUALITÉ**

#### **PROPOSITION N°11**

Poursuivre les actions favorisant le développement de la chirurgie ambulatoire.

#### **PROPOSITION N°12**

Favoriser le développement du financement de la qualité.

## 5

### **QUELLE PLACE POUR L'INNOVATION ?**

#### **PROPOSITION N°13**

Mieux prendre en compte l'innovation des pratiques médicales et organisationnelles.

## Le développement de la chirurgie ambulatoire

L'an dernier, nous avons effectué sept propositions pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Nous nous félicitons que certaines aient été prises en compte telles que celles sur les conditions techniques de fonctionnement, mais aussi sur la poursuite du développement du tarif identique entre les niveaux J et 1. Il n'en demeure pas moins qu'il faut poursuivre les actions en les amplifiant !

Sur le sujet de la chirurgie ambulatoire, nous confirmons les cinq orientations de l'an dernier :

- Amplifier la politique tarifaire incitative pour les établissements de santé en généralisant un tarif identique pour les couples GHM (hospitalisation complète/ambulatoire), en renforçant la reconnaissance pour les établissements en avance, exprimée en termes de taux de chirurgie ambulatoire, par une allocation de type MIGAC, et en supprimant les bornes basses des GHM. La mise en œuvre du tarif identique sur tous les niveaux de GHS (de J à 1, 2, 3 et 4) ne pourrait s'effectuer qu'avec une contrepartie tarifaire des plateaux techniques (réanimation, surveillance continue et soins intensifs).
- Adopter une politique tarifaire incitative pour les praticiens libéraux mettant en place un modificateur permettant aux praticiens d'accéder à une rémunération mieux valorisée qu'un acte effectué en hospitalisation complète.
- Lancer une campagne nationale d'information des usagers (sur la base de l'exemple *Les antibiotiques, ce n'est pas automatique*).
- S'assurer d'un développement maîtrisé de la chirurgie ambulatoire par la mise en place d'indicateurs de gestion des risques. Les travaux s'appuyant sur la démarche d'accréditation australienne « the Australian Council on Healthcare Standards » - ACHS Accreditation - et en particulier sur le manuel de *Day Procedure Indicators, Version 1 for surveys after January 1996 of the National Day Surgery Committee* pourraient constituer la base de réflexion de la mise en place de ces indicateurs. Ces travaux ont été confirmés par l'IAAS en novembre 2002 en particulier à la suite des évaluations conjointement par l'AFCA et le Collège des chirurgiens australiens. Ces indicateurs de mesure pourraient être, par exemple, la (ré)admission en

hospitalisation imprévue pour la nuit (retour ou transfert), la sortie du patient retardée, le délai d'attente entre la prise en charge et l'admission en salle d'opération, la non-venue du patient, l'annulation après l'admission pour raisons médicales ou administratives, la ré-intervention, ou encore s'assurer d'un suivi du taux de chirurgie ambulatoire au plan régional et national par statut et CMD.

- Développer les actions d'accompagnement des établissements de santé publics et privés notamment *via* L'ANAP. Le dernier appel à candidatures portait sur seulement 8 établissements de santé ex-OQN alors qu'une quarantaine d'établissements étaient candidats. Mettre en place un appel à candidatures ANAP pour un processus d'accompagnement d'au moins 100 établissements de santé publics et privés nous semble essentiel.





# Les temps forts



# Les temps forts de l'année 2012

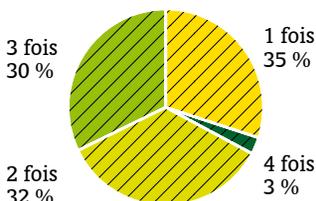
**26 avril 2012.**

## Club des Médecins DIM du secteur privé réunis pour la première fois

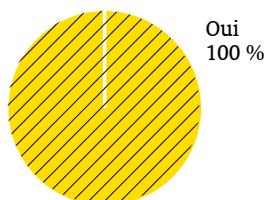
Le 26 avril dernier s'est tenue la première réunion du Club des Médecins DIM organisée par la FHP-MCO et pilotée par le Dr Marie-Paule CHARLOT. Cette réunion s'est faite à l'initiative du groupe de travail FHP-MCO « Evolution de la classification des GHM ». La FHP-MCO souhaitait créer un Club des Médecins DIM du secteur privé afin de favoriser échanges et partage d'expérience entre médecins DIM. Ce souhait a été pleinement réalisé lors de cette 1<sup>re</sup> réunion du club, à laquelle 55 médecins DIM, représentant près de 200 établissements, ont répondu présent et sont venus partager et débattre des problématiques rencontrées par la profession. La matinée, avec l'intervention du Dr Sandra

GOMEZ (ATIH), a été consacrée aux évolutions de la classification et du guide méthodologique en 2012 ainsi qu'aux futurs travaux de l'ATIH. Les nombreux échanges constructifs avec la salle ont permis à tous de mieux appréhender ces évolutions présentes et à venir. Dans l'après-midi, la présentation d'Eric NOEL des travaux menés en région PACA sur la pertinence des séjours et l'analyse des taux de recours a été l'occasion de mettre en avant que, si l'importance du PMSI pour le financement des établissements n'est plus à démontrer, d'autres utilisations des données PMSI se développent. L'analyse du questionnaire de satisfaction a montré que cette journée a répondu à une attente forte des DIM : 100 % des personnes qui ont répondu au questionnaire de satisfaction ont trouvé cette journée utile à leur métier de DIM. A la lecture de ces résultats, les membres du groupe de travail ont d'ores et déjà acté de renouveler cette journée l'année prochaine.

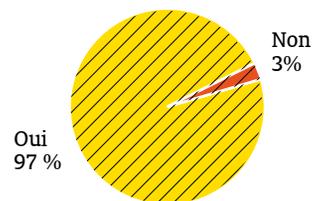
**Quelle fréquence répondrait à votre attente (par an) ?**



**Pensez-vous que ces rencontres sont utiles à votre métier DIM ?**



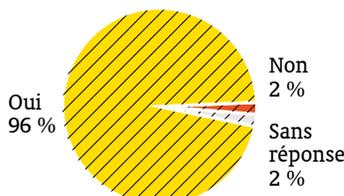
**La durée d'une journée vous convient-elle ?**



**Les thèmes abordés répondent-ils à vos attentes ?**



**Pensez-vous que ces rencontres soient utiles à votre fonction ?**



En effet, un tiers des DIM ayant répondu au questionnaire aimeraient une réunion par an, un deuxième tiers, 2 réunions par an et le dernier tiers, 3 réunions par an. Afin de répondre au mieux, les membres du groupe de travail proposent un rythme de 2 réunions par an, la 2<sup>e</sup> réunion pouvant être la demi-journée consacrée à l'information médicale lors du congrès annuel FHP-MCO. Enfin, les participants ont souligné la qualité des intervenants lors de cette journée et ont fait part notamment de leur envie de maintenir une intervention de l'ATIH.

**8 mars 2012.**

### **Journée thématique « Etablissement de santé – un dynamisme au féminin »**

Pour sa troisième édition, le 8 mars de la FHP-MCO a frappé un grand coup, tel un direct du droit de Hayatte HAKODAD, championne du monde de boxe française en 2010 et interne en médecine, issue de l'immigration et invitée à cette journée. Cette journée thématique a pour but de créer un nouvel espace d'échanges et de réflexion entre les femmes directrices d'établissements, permettre l'émergence d'une parité et de nouvelles perspectives et idées afin de renouveler l'approche de nos métiers. Les thématiques étaient les suivantes : « Médecine : nom féminin singulier », avec des femmes chirurgien, anesthésiste, présidentes de CME (Drs Caroline DHAINAUT-SPEYER, Christine GRENOUILLET, Brigitte MORINEAUX et Sylvie PERON), « Femme, santé et sport », avec l'intervention remarquée de deux formidables championnes, Maryse EWANJE-EPEE, ancienne internationale française d'athlétisme, chroniqueuse à RMC et Canal+ Afrique, et brillante rhétoricienne, et Hayatte HAKODAD qui nous a raconté son destin hors du commun. Nous nous sommes également interrogés sur



le pouvoir du genre ou le genre du pouvoir à l'hôpital, avec Alain COULOMB, ancien directeur de la Haute autorité en santé, avant d'évoquer la force des réseaux féminins avec Véronique MORALI, membre des conseils de Coca-Cola, de la Compagnie financière Edmond de Rothschild et de Publicis, présidente de Fimalac développement, ainsi que de la Commission du dialogue économique du Medef, et du Women's Forum, le Davos des femmes.

**20 septembre 2012.**

### **3<sup>e</sup> Congrès des Représentants des Usagers, un espace de rencontre**

Le 14 septembre 2010, la FHP-MCO a lancé son premier Congrès des Représentants des Usagers. L'an dernier, en septembre 2011, le deuxième rendez-vous annuel a confirmé son intérêt avec le rassemblement de plus de 250 directeurs d'établissements, représentants d'associations de santé, d'usagers et représentants

institutionnels qui se sont réunis pour débattre et échanger sur la place de l'usager et de son représentant dans le système de santé. Fort de ces succès, la FHP-MCO a renouvelé l'expérience en 2012, le jeudi 20 septembre. Une fois encore, le syndicat a réaffirmé avec force que le patient est au cœur de ses préoccupations. Le développement de notre secteur, l'avenir de notre profession passent par un travail de proximité et d'ouverture avec nos usagers et leurs représentants.

## 20 octobre 2011. Le 1<sup>er</sup> Congrès FHP-MCO, l'heure du bilan

C'est au CNIT de la Défense, à Paris, que la FHP-MCO a tenu son premier Congrès annuel, entre directeurs de cliniques MCO. Des intervenants d'exception sont venus enrichir les débats : Bernard KOUCHNER, ancien ministre de la Santé, qui a proposé ses réflexions sur l'avenir de la protection sociale en France, François DE CLOSETS, journaliste et économiste, qui s'est interrogé sur la responsabilité des politiques dans l'impuissance à résorber la crise financière du pays et enfin Annie PODEUR, directrice générale de la DGOS, qui a clôturé la matinée. L'après-midi, les adhérents du syndicat se sont réunis en assemblée générale pour évoquer les sujets d'actualité de notre secteur (campagne tarifaire 2012...). Les médecins DIM et les présidents de CME se sont retrouvés séparément en groupes de travail.

## 1<sup>er</sup> juin 2012. Journée thématique « Renouveau des CPOM », pour faire le point

Un avocat et plusieurs délégués de régions ont animé cette journée thématique, dont le but était de faire le point sur l'état du droit et de la jurisprudence en matière de renouvellement des Contrats pluri-annuels d'objectifs et de moyens mais aussi de mutualiser les expériences, d'échanger de manière concrète sur les priorités des ARS en MCO. Plus généralement, la journée visait à apporter un éclairage sur la stratégie à adopter dans le cadre du renouvellement de votre CPOM.



## 12 décembre 2011. Journée thématique « Développement durable », pour inventer l'avenir

Le 12 décembre 2011 a eu lieu la 3<sup>e</sup> journée thématique développement durable, coorganisée par la FHP-MCO et le C2DS. Aux côtés de Marc WASILEWSKI, secrétaire général du Comité pour le développement durable en santé, (C2DS) des invités de marque se sont donnés la réplique. Gilbert BARBIER, sénateur du Jura, auteur du fameux rapport *Perturbateurs endocriniens, le temps de la précaution*, est venu exposer les risques liés aux perturbateurs endocriniens et la nécessité d'appliquer le principe de précaution. Le Dr Paul GARASSUS, président du conseil scientifique du BAQIMEHP (Bureau d'assurance qualité et de l'information médico-économique de l'hospitalisation privée) et membre français de l'UEHP (Union européenne

## Dr Marie-Paule CHARIOT, pilote du groupe de travail « Evolution de la classification des GHM » et instigatrice du club « Médecins DIM ».



### « Il y a eu un fort regroupement de médecins isolés, qui ont dit leurs souffrances et leurs difficultés »

#### Quel a été votre rôle dans la création du club « Médecins DIM » ?

Mon rôle a été un rôle de recours en partenariat avec les services juridiques et statistiques de la FHP-MCO, Chloé Teillard, Thibaut Georin, Laure Dubois et Fatiha Atouf. Nous avons œuvré ensemble à mettre en place un conseil et un recours pour les médecins DIM en demande : un lieu et un moment d'échange pour pouvoir partager les uns avec les autres. Nous nous tenons à leur disposition pour répondre aux questions de codage, en accord avec la validation de l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation).

Un médecin DIM se doit d'être exact à trois niveaux : d'abord sur le plan de la vérité médicale. Ensuite, conformément au guide méthodologique et à la législation. Et enfin, vis-à-vis de son établissement pour ne pas laisser dévaloriser par prudence les GHS de son établissement. Pris en tenaille dans ces trois logiques, le médecin DIM est dans une situation difficile et très solitaire. C'est une activité charnière, à la

convergence de différents systèmes. La charge de travail est importante, et ces trois logiques font qu'ils se sentent souvent mal compris. Pour le dire clairement, on se retrouve seuls quand les médecins du contrôle médical de l'Assurance maladie passent dans un établissement, veulent vérifier et modifier la facturation, voire faire appliquer des sanctions et des pénalités à l'établissement.

#### Comment s'est déroulée la première réunion du club « Médecins DIM » ?

Il y a eu une forte affluence, un fort regroupement de médecins isolés, qui ont dit leurs difficultés. Nous souhaitons nous retrouver deux ou trois fois par an pour échanger sur les difficultés de codage, corriger ou affiner en fonction des prises en charges... L'atmosphère a été tout à fait conviviale : c'était un temps privilégié, où nous avons pu dire tout haut et en confiance à quel point les difficultés que nous rencontrons vis-à-vis du service médical de la Sécurité sociale sont partagées.

#### C'était un vrai soulagement de pouvoir dire tout haut à quel point les difficultés que nous rencontrons vis à vis de la Sécurité sociale sont partagées.

Dans un contexte concurrentiel, libérer la parole n'est pas toujours simple. S'il fallait résumer, cette première réunion en trois mots, je dirais « isolement », comme l'isolement que les médecins ressentent devant le codage, « difficultés », comme celles rencontrées avec la Sécurité sociale et « aide », comme celle que nous fournit le club des médecins DIM, et je suis très reconnaissante à messieurs Lamine Gharbi et Thierry Béchu pour avoir permis cette réunion charnière et cette convivialité.

#### Quels sont vos projets futurs au sein de la commission ?

Nous envisageons d'œuvrer à resserrer encore les liens entre les médecins DIM, en créant un lieu partagé d'échanges, un forum avec la FHP-MCO. Puisque le BAQIMEHP ne s'occupe plus que de la certification, nous aimerions mettre en place ce forum d'échanges spécifique au secteur privé.



de l'hospitalisation privée), a développé les avantages du développement durable en termes économiques. Les représentants de trois organismes : Frédéric GRIVOT, vice-président de la CGPME (Confédération générale du patronat des petites et moyennes entreprises), Président de l'UNPMI (Union nationale de la petite et moyenne industrie), Nathalie CANIEUX, secrétaire générale de la Fédération CFDT santé sociaux, et Jean-Luc PLAVIS, chargé de mission salarié dans le Collectif interassociatif sur la santé en Île-de-France (Le CISS – Île-de-France) sont venus débattre autour du Code de déontologie des dirigeants d'établissement de santé, d'établissements médico-sociaux et d'EHPAD, élaboré par le C2DS, de la nécessité d'une déontologie commune aux dirigeants d'établissement de santé, aussi bien pour les questions de bien-être des personnels et des patients, mais aussi de responsabilité éthique envers la société et l'environnement. Enfin, Alain COULOMB, ancien directeur de la Haute autorité en santé, ancien directeur général de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), a prononcé le discours de conclusion. Une journée riche en échanges, en enseignements et en rencontres.

## 6 septembre 2012. **Club « soins palliatifs » de la FHP-MCO**

Le club « Soins palliatifs » répond à un besoin exprimé lors des dernières rencontres de la profession. Cette thématique est importante car 21 % des prises en charge en soins palliatifs sont effectués par le secteur privé. Il s'agissait pour nous de créer un lieu de partage, de retours

d'expérience entre établissements, de diffusion de bonnes pratiques paramédicales et médicales sur la prise en charge en soins palliatifs, alors que certains professionnels se sentaient un peu isolés dans leur exercice.

L'analyse du questionnaire de satisfaction montre bien le besoin que vient couvrir ce club : le club « Soins palliatifs » du secteur privé est ouvert à l'ensemble des acteurs de la filière, qu'ils soient membres de direction, praticiens, médecins DIM. Le club « Soins palliatifs » de la FHP-MCO s'est réuni pour la première fois en septembre 2012. Il fait suite à la commission « Soins palliatifs » de février dernier. Son organisation a donné lieu à la tenue d'une conférence téléphonique.

Plus de 70 professionnels étaient présents à cette première réunion, essentiellement des médecins, directeurs des soins, infirmières en charge de ces soins. Soit l'équivalent d'une structure sur deux. Un débat sur la sédation ainsi que sur les modalités de reconnaissance des USP par les ARS s'est engagé dans l'assistance. Même si des recommandations de la HAS et des sociétés savantes existent déjà sur ces points, les professionnels désirent échanger sur ces questions. La FHP-MCO a souhaité qu'un espace de discussion soit ouvert sur son site Internet, afin que les professionnels puissent prolonger leurs discussions sur l'ensemble des thèmes touchant aux soins palliatifs. La prochaine réunion se tiendra au premier semestre 2013. Plusieurs intervenants ont souhaité qu'un point soit fait à cette occasion sur le traitement de la douleur.

## Gérard PARMENTIER, secrétaire général de l'UNHPC, et instigateur du club « Soins palliatifs ».



### « Les membres du club sont très intéressés par les retours d'expérience »

#### Comment est née l'idée d'un travail spécifique sur les soins palliatifs ?

Les soins palliatifs ont commencé à être reconnus réglementairement en France il y a une vingtaine d'années. De longues années de travail et d'engagements de la part de quelques pionniers et de l'UNHPC ont permis au secteur privé de se voir reconnaître à sa juste place. Par la suite, un bon travail a pu se faire au sein des Comités nationaux successifs. Une réglementation spécifique a été mise au point. Les lits identifiés ont été reconnus et une tarification incitative a fini par voir le jour. Les équipes mobiles ont été créées. Les unités de soins palliatifs ont été autorisées. Un Observatoire national de la fin de vie a été créé. Un début de fongibilité des enveloppes avec le secteur social a vu le jour. On pouvait considérer que le sujet était à peu près bouclé, même s'il restait quelques points à améliorer comme les tarifs insuffisants des USP, le niveau parfois un peu insuffisant des pratiques en lits identifiés ou celui de la recherche. C'est alors que nous avons eu quelques demandes pour créer un groupe de travail. Compte tenu de ce qui précède nous avons proposé plutôt la forme d'un « club » de concertation entre praticiens

de tous métiers. Nous avons été agréablement surpris par le grand nombre de réponses positives : plus de 70. Il y avait donc bien un besoin d'échanges et de concertation entre les équipes du privé dans le domaine des soins palliatifs. C'est ainsi qu'est né cette année le Club UNHPC/FHP-MCO des soins palliatifs et de support.

#### Pourquoi avez-vous retenu la forme d'un club ?

La forme d'un club correspondait aux nécessités du moment. Un club joue un rôle d'animation des professionnels, il facilite les échanges pour que l'on puisse progresser ensemble, se former, confronter les expériences. Souvent les professionnels se sentent un peu seuls face aux enjeux, aux questions d'organisation. La codification PMSI n'est pas simple. Les membres du club sont très intéressés par les retours d'expérience sur les inspections, qui posent parfois encore problème. La question de la recherche a été abordée. L'actualité sur ces questions est riche et un besoin d'information s'est aussi exprimé.

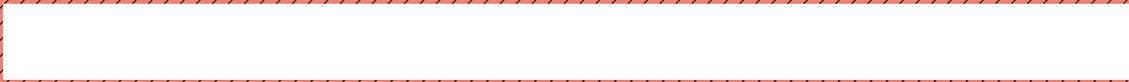
#### Qu'avez-vous mis en place ?

Avant tout cette possibilité de concertation. Nous essayons aussi

de développer des terrains de recherche en lien avec les pionniers. Au-delà de l'UNHPC, il y avait une demande d'information concernant par exemple l'activité du Comité national de suivi du développement des soins palliatifs ou de l'Observatoire de la fin de vie. L'Observatoire fait un gros travail de documentation sur les conditions concrètes des décès en France. Le débat sur l'euthanasie montre que nous manquons souvent de connaissances sur la réalité des conditions dans lesquelles les gens meurent en France aujourd'hui. Pour pouvoir dialoguer, il faut donner à peu près le même sens aux mêmes mots : l'Observatoire mène un important travail sur la sémantique. Le club a un autre avantage : il encourage les participants à sortir pour voir ce qui se passe ailleurs, il les encourage aussi à participer aux travaux en cours, à se former. L'intérêt de participer aux travaux des groupes de travail et aux congrès de la SFAP (Société française d'accompagnement et de soins palliatifs) ou de l'AFSOS (Association francophone pour les soins oncologiques de support) apparaît plus clairement lorsqu'on est ensemble. Ainsi par exemple, les Drs Anny Monpetit et Stéphanie Chalot vont présenter un poster. Tout cela justifie pleinement l'existence de ce club.



# La vie syndicale



# Un bureau toujours mobilisé



**Lamine  
GHARBI**  
*Président*



**Ségolène  
BENHAMOU**  
*Vice-présidente*



**Jean-Daniel  
SIMON**  
*Trésorier*



**Dr Dominique  
POELS**  
*Secrétaire général*



**Béatrice  
CAUX**



**Dr Bernard  
COUDERC**



**Pascal  
DELUBAC**

## **BUREAU**

Lamine GHARBI

*Président*

Ségolène BENHAMOU

*Vice-Présidente*

Jean-Daniel SIMON

*Trésorier*

Dr Dominique POELS

*Secrétaire Général*

Béatrice CAUX

Pascal DELUBAC

Frédéric DUBOIS

Dr Gilbert LEBLANC

Gérard REYSSEGUIER

Dr Philippe TOURRAND

Dr Bernard COUDERC

*Président UNHPC*

Dr Gilles SCHUTZ

*Président FHP-Dialyse*

## **DES RENCONTRES FRÉQUENTES**

Mensuellement, les membres du Bureau FHP-MCO se réunissent pour débattre et soumettre au Conseil d'administration des projets.

Les Conseils d'administrations sont l'occasion d'arrêter les grandes orientations de la profession, notamment lors du séminaire annuel organisé cette année à Lyon.

## **DES INVITÉS NOMBREUX**

Pour alimenter ses réflexions et débats, de nombreux invités interviennent : Dominique MAIGNE et Thomas LE LUDEC de la HAS sur la pertinence des actes, des séjours, des modes de prises en charge, Dr Christian ESPAGNO de l'ANAP sur le développement de la chirurgie ambulatoire, Eric BADONNEL de l'UNOCAM sur son rôle de cette organisme et sur les négociations du secteur 2, Marc WASILEWSKI du C2DS, mais aussi des experts tels que Alain COULOMB ou le Dr Paul GARASSUS.

## **DES COMMISSIONS DE TRAVAIL ACTIVES**

Les commissions de travail constituent un soutien aux instances décisionnaires, Bureau et Conseil d'administration afin d'apporter recommandations et orientations à prendre sur des sujets tant politiques que techniques. Lire page 51 le rappel des commissions et de leurs pilotes.

Frédéric  
DUBOISDr Gilbert  
LEBLANCGérard  
REYSSEQUIERDr Gilles  
SCHUTZDr Philippe  
TOURRAND

**Les décisions et les projets sont validés par un conseil d'administration composé de 56 membres, dont l'équipe du bureau.**

#### MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Pascal ARNAULT  
Isabelle BIELLI NADEAU  
Nicolas BIOULOU  
Sophie BORDIER  
Dominique BOULANGÉ  
Philippe CARBONEL  
Maxime CARLIER  
Patrick CHARLOT  
Dr Ange CUCCHI  
Stéphane DE BUTLER  
Aimery DELEFLIE  
Fabrice DERBIAS  
Christine DERMER  
Sophie DOSTERT-BEAURAIN  
Jean-Luc DUBOIS  
Isabelle DUMONT  
Jean-Marc FRENEHARD  
Dr Jean-Pierre FOULON  
Marie-Paule GAILLARD  
Frédérique GAMA  
Marie-France GAUCHER  
Christian GUICHARD  
Bernadette GUITARD  
Dr Ali HASBINI  
Fabrice JOURNEL

Dr Claude KADJI  
Vincent LACOMBE  
Philippe LEVACHER  
Dr Stéphane LOCRET  
Daniel MAZEROLLE  
Patrick MIGNOT  
Sébastien MOUNIER  
Gérard PARMENTIER  
Sylvie PEQUIGNOT  
Dr Max PONSEILLÉ  
Laurent RAMON  
Sami-Frank RIFAÏ  
Olivier RIT  
Denis ROUDIL  
Yvan SAUMET  
Paolo SILVANO  
Fabienne STAUB  
Nicolas VALENTIN  
Olivier VERRIEZ

*Membres invités du CA*  
Christophe ALFANDARI  
Théodore AMARANTINIS  
Gérard ANGOTTI  
Gabriel BOSSY

Eric CALDERON  
Philippe CHOUPIN  
Jean-Loup DUROUSSET  
Thierry ESMILAIRE  
Bruno GAT  
Michel GRASS  
Françoise GOURGOU  
Dr Georges KORSEC  
Dr Christian LE DORZE  
Jean-Louis MAURIZI  
Jacques MENKENE-MENKENE  
Patrick MERLIN  
Jean-Luc MEYER  
Yves NOEL  
Jérôme NOUZAREDE  
Yann REYNAUD  
Pascal ROCHÉ  
Gilles ROCHOUX  
Jean-Pierre TEYSSIER  
Vincent VESSELLE  
Marc WASILEWSKI

# Une équipe permanente



**Lamine  
GHARBI**

*Président*  
direction@  
polyclinique-  
pasteur.fr



**Thierry  
BECHU**

*Délégué général*  
thierry.bechu.  
mco@fhp.fr



**Séverine  
DEFOSSÉ**

*Secrétaire générale*  
severine.defosse.  
mco@fhp.fr



**Caroline  
PATRITTI**

*Secrétaire*  
caroline.patritti.  
mco@fhp.fr



**Karine  
DESLANDES**

*Secrétaire*  
karine.deslandes.  
mco@fhp.fr



**Fatiha  
ATOUF**

*Juriste*  
fatiha.atouf.mco  
@fhp.fr



**Chloé  
TEILLARD**

*Juriste*  
chloe.teillard.mco  
@fhp.fr



**Laure  
DUBOIS**

*Economiste*  
laure.dubois.mco  
@fhp.fr



**Thibault  
GEORGIN**

*Economiste*  
thibault.georgin.  
mco@fhp.fr

## PARTENAIRES DE COMMUNICATION



**Véronique  
MOLIERES**

*Communication*  
veronique.  
molieres.mco@  
fhp.fr



**Francis  
TEMMAN**

*Relations presse*  
francis.temman  
@bridge-  
communication.  
com



**Myriam  
CARVILLE**

*Internet*  
myriam.carville  
@be-angels.com

# Les commissions de travail constituent un soutien aux instances décisionnaires.

## **La commission « Financement des établissements »**

PILOTÉE PAR MARTINE HADDAD  
ET CÉRARD REYSSEGUIER  
RÉFÉRENT : LAURE DUBOIS

## **La commission « Réanimation / Surveillance continue / USI »**

PILOTÉE PAR LES DRS GILBERT LEBLANC  
ET PHILIPPE TOURRAND  
RÉFÉRENT : LAURE DUBOIS

## **Le groupe de travail « Avenir du financement des établissements de santé »**

PILOTÉ PAR ALAIN COULOMB  
RÉFÉRENT : LAURE DUBOIS

## **Le groupe de travail « Evolution de la classification des GHM »**

PILOTÉ PAR LE DR MARIE-PAULE CHARIOT  
RÉFÉRENT : LAURE DUBOIS

## **La commission « Télémédecine »**

PILOTÉE PAR LE DR DOMINIQUE POELS  
RÉFÉRENT : FATIHA ATOUF

## **La commission « Urgence et permanence des soins »**

PILOTÉE PAR SYLVIE PEQUIGNOT  
ET CHRISTIAN GUICHARD  
RÉFÉRENT : CHLOÉ TEILLARD

## **La commission « Inspections, contrôles, sanctions »**

PILOTÉE PAR PASCAL DELUBAC  
RÉFÉRENT : CHLOÉ TEILLARD

## **La commission « Naissance »**

PILOTÉE PAR GERARD REYSSEGUIER  
RÉFÉRENT : CHLOÉ TEILLARD

## **Le Forum de la naissance**

PILOTÉ PAR LE DR OLIVIER JOURDAIN  
RÉFÉRENT : CHLOÉ TEILLARD



# Annexes



# Les éditos de Lamine Gharbi

## 2000 signes pour interpeller et mobiliser les acteurs

JEUDI 31 OCTOBRE 2012

**Fermeture de la Clinique  
de la Roseraie  
à Paray-le-Monial  
Une honte !**

JEUDI 25 OCTOBRE 2012

**Secteur privé  
Une très bonne image**

JEUDI 18 OCTOBRE 2012

**Organisation hospitalière  
Le privé, une cellule  
souche**

JEUDI 11 OCTOBRE 2012

**Négociations sur les  
compléments d'honoraires  
La tension monte...**

JEUDI 04 OCTOBRE 2012

**Vote du PLFSS  
Le choix des armes est  
limité**

JEUDI 27 SEPTEMBRE 2012

**Convergence tarifaire  
La convergence, c'est fini,  
vive le tarif unique !**

JEUDI 20 SEPTEMBRE 2012

**Etablissements de santé  
Une entreprise ?**

JEUDI 13 SEPTEMBRE 2012

**Secteur privé  
Un pacte de confiance**

JEUDI 06 SEPTEMBRE 2012

**Retour de vacances  
La rentrée !**

JEUDI 26 JUILLET 2012

**Face à la crise  
Autonomie ?**

JEUDI 19 JUILLET 2012

**Permanence des soins  
Attentifs**

JEUDI 12 JUILLET 2012

**Publication du rapport de  
la CNAMTS  
Que de gisements  
d'économies !**

JEUDI 05 JUILLET 2012

**Organisation hospitalière  
Enveloppe commune  
ou distincte ?**

JEUDI 28 JUIN 2012

**Métiers de santé  
Le serment d'Hippocrate**

JEUDI 21 JUIN 2012

**Nomination  
du gouvernement  
Tous en poste !**

JEUDI 14 JUIN 2012

**Organisation hospitalière  
Fiction ?**

JEUDI 07 JUIN 2012

**Période post-électorale  
Entre deux eaux**

JEUDI 31 MAI 2012

**Secteur privé  
Jouons collectif !**

JEUDI 24 MAI 2012

**Abandon de la  
convergence  
Un non-sens économique !**

JEUDI 17 MAI 2012

**Election présidentielle  
Une histoire d'amour**

JEUDI 10 MAI 2012

**Élection présidentielle  
Félicitations au vainqueur**

JEUDI 03 MAI 2012

**Election présidentielle  
Singulière période**

JEUDI 26 AVRIL 2012

**1<sup>er</sup> Mai  
Le vrai travail**

JEUDI 19 AVRIL 2012

**Election présidentielle  
Tournez manège**

JEUDI 12 AVRIL 2012

**Séminaire stratégique  
FHP-MCO  
ESP, vous connaissez ?**

JEUDI 05 AVRIL 2012

**Indicateurs  
La richesse immatérielle**

JEUDI 29 MARS 2012

**Election présidentielle  
Gardons le cap !**

JEUDI 22 MARS 2012

**Organisation hospitalière**  
**La qualité n'a pas de prix**  
**mais elle a un coût**

JEUDI 15 MARS 2012

**Bénéfices de la caisse**  
**d'Assurance maladie**  
**allemande**  
**Prosit !**

JEUDI 08 MARS 2012

**Journée du 8 mars**  
**Un dynamisme au féminin**

JEUDI 01 MARS 2012

**Campagne tarifaire**  
**Inacceptable !**

JEUDI 23 FEVRIER 2012

**Campagne tarifaire**  
**Une roulette russe**

JEUDI 16 FEVRIER 2012

**Indicateurs**  
**Le temps de la stratégie**

JEUDI 09 FEVRIER 2012

**Campagne tarifaire**  
**Une campagne douce**

JEUDI 02 FEVRIER 2012

**Campagne présidentielle**  
**Pour une concurrence**  
**saine**

JEUDI 26 JANVIER 2012

**Campagne tarifaire**  
**Le moment de vérité**

JEUDI 19 JANVIER 2012

**Campagne tarifaire**  
**Préserver !**

JEUDI 12 JANVIER 2012

**Conseil d'administration**  
**Dénoncer !**

JEUDI 05 JANVIER 2012

**Vœux**  
**Une bonne santé !**

JEUDI 29 DECEMBRE 2011

**Vœux**  
**Excellente nouvelle**  
**année 2012 !**

JEUDI 22 DECEMBRE 2011

**Gestion hospitalière**  
**Etre responsables !**

JEUDI 15 DECEMBRE 2011

**Vœux**  
**Lettre au Père Noël**

JEUDI 08 DECEMBRE 2011

**Convergence tarifaire**  
**Facile !**

JEUDI 01 DECEMBRE 2011

**Organisation hospitalière**  
**Un front commun**

JEUDI 24 NOVEMBRE 2011

**Organisation hospitalière**  
**Les 35h : la fausse bonne**  
**idée du siècle**

JEUDI 17 NOVEMBRE 2011

**Organisation hospitalière**  
**Notre porte est ouverte**

JEUDI 10 NOVEMBRE 2011

**Indicateurs**  
**Un indicateur de**  
**soutenabilité**

JEUDI 03 NOVEMBRE 2011

**Vote de l'ONDAM**  
**Avis de tempête**

JEUDI 27 OCTOBRE 2011

**Discours d'investiture à la**  
**présidence de la FHP-MCO**  
**Le syndicalisme, c'est ma**  
**passion !**

JEUDI 20 OCTOBRE 2011

**Congrès de la FHP-MCO**  
**Congrès FHP-MCO**

JEUDI 13 OCTOBRE 2011

**Congrès de la FHP-MCO**  
**On se voit jeudi ?**

JEUDI 06 OCTOBRE 2011

**Vote du PLFSS**  
**Le PLFSS n'est pas notre**  
**business plan !**

JEUDI 28 SEPTEMBRE 2011

**Vote du PLFSS**  
**PLFSS 2012, c'est parti !**

# Les dépêches MCO

## Une veille juridique et documentaire précieuse

Conférence nationale des  
présidents de CME. Newsletter 5  
**31.10.12**

**PRESSE.** Déclaration de la FHP-MCO  
**26.10.12**

Nouvelle version de la base LPP – version 289  
**19.10.12**

**AGISSONS.** Un recul  
**10.10.12**

Dotations régionales MIGAC 2012  
**09.10.12**

Dossier pharmaceutique  
**09.10.12**

Nouvelle version de la base LPP  
version 287  
**05.10.12**

**PRESSE.** La FHP-MCO demande  
la tenue d'Etats généraux du financement de la  
protection sociale  
**01.10.12**

Modalités d'application du taux de TVA sur les  
activités de médecine et de chirurgie esthétique  
**01.10.12**

Nouvelle version de la base LPP. Version 286  
**27.09.12**

Contrôles sur site – facturation DM  
et médicaments  
**24.09.12**

**PRESSE.** Dépassements d'honoraires. La  
FHP-MCO pour une solution pragmatique et  
acceptable par tous  
**21.09.12**

Médecine du cancer. Pédiatrie  
**19.09.12**

**AGISSONS.** Représentants d'usagers.  
établissements privés MCO : un laboratoire  
d'idées  
**19.09.12**

Responsabilité du fait des produits  
de santé  
**14.09.12**

Université d'été de la performance  
en santé  
**13.09.12**

Contrôles de l'assurance maladie, répétitions  
d'indus, pénalités financières  
**13.09.12**

Résultats de l'indicateur relatif à la qualité du  
dossier d'anesthésie  
**11.09.12**

**PRESSE.** La FHP-MCO regrette que  
l'hospitalisation privée ne soit pas considérée à  
sa juste valeur  
**10.09.12**

Maternité. Sortie optimale Note de cadrage de  
la HAS  
**04.09.12**

Invitation à la première réunion  
du «Club Soins palliatifs» le jeudi 06 septembre  
**03.09.12**

Nouvelle version de la base LPP  
version 285  
**03.09.12**

Tarification des séjours MCO des patients  
relevant de l'AME  
**03.09.12**

Publication du décret « alternatives à  
l'hospitalisation »  
**24.08.12**

Liste LPP en sus. Bioprothèses valvulaires  
transcutanées aortiques  
**16.08.12**

**PRESSE.** Regardez Lamine Gharbi  
sur BFM Business  
**09.08.12**

**PRESSE.** La T2A doit rester la clé de voûte du  
financement hospitalier  
**07.08.12**

Enquêtes téléphoniques annuelles de satisfaction des patients (Indicateur I-SATIS)  
07.08.12

Tarification des séjours MCO des patients relevant de l'AME  
27.07.12

2e vague de l'appel à projet PSTI  
27.07.12

Indices de coût relatif (ICR) de la CCAM V28  
27.07.12

Compétences et déontologie des sages-femmes  
26.07.12

Mise à jour DATIM HAD 2012  
26.07.12

Interdiction d'utiliser AVASTIN pour des IVT  
23.07.12

Nouvelle version de la base LPP. Version 279  
23.07.12

Arrêté relatif à la pose des valves aortiques percutanées  
18.07.12

Soins Palliatifs : réunion le 6 septembre 2012  
13.07.12

Résultats des indicateurs IPAQSS-MCO. Tenue du dossier patient. (Campagne 2011, données 2011)  
12.07.12

Enquêtes téléphoniques annuelles de satisfaction des patients (Indicateur I-SATIS)  
12.07.12

Lettre d'engagement pour l'appel à candidatures IFAQ  
11.07.12

ANAP et Auto-Diag, Salle d'Imagerie et Bloc opératoire  
09.07.12

Appel à candidatures pour l'expérimentation de l'incitation financière à l'amélioration de la qualité  
06.07.12

Chirurgie ambulatoire  
06.07.12

Implants multifocaux  
05.07.12

Factures rectificatives  
04.07.12

Formations outil Hospi-Diag  
03.07.12

Facturation du forfait ANTEPARTUM  
27.06.12

Enquête IBODE  
21.06.12

Nouvelle version de la base LPP. Version 276  
21.06.12

Mise à jour des outils PMSI MCO 2012  
19.06.12

Annonce du club « Soins palliatifs ».  
19.06.12

Annonce du 3e Congrès des Représentants des Usagers. Jeudi 20 septembre 2012  
19.06.12

Développement du programme HAS sur la pertinence des actes et des séjours  
18.06.12

26 juin. Lancement d'une expérimentation sur l'Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité » (IFAQ)  
18.06.12

Priorités nationales de contrôle pour 2012  
18.06.12

Document de synthèse CPOM  
18.06.12

**PRESSE.** Mêmes patients... ou pas ?  
15.06.12

Golf : L'Inter-Cliniques Pro-Am SODEXO  
14.06.12

Maternité. préparation de la sortie. Groupe de travail Commission nationale de la naissance  
14.06.12

Application du taux de TVA sur les activités de médecine et de chirurgie esthétique  
14.06.12

Campagne de communication « Chez Nous »  
13.06.12

**AGISSONS.** Hospidiagnostiquons public et privé !  
06.06.12

Retour sur la JT Renouvellement des CPOM en MCO du 1er juin 2012  
06.06.12

Appel à projets PREPS  
05.06.12

Référentiel de coûts MCO 2010  
05.06.12

Club des médecins DIM. Retour sur la 1 <sup>re</sup> réunion 30.05.12	Pertinence des soins. Recommandations HAS sur césariennes programmées 12.04.12
Nouveau Guide du contrôle externe 24.05.12	Dotations régionales MIGAC 2012 11.04.12
Dépistage obligatoire de la surdité permanente néonatale 23.05.12	<b>PRESSE.</b> Convergence tarifaire la FHP-MCO dénonce l'irresponsabilité des propositions socialistes 11.04.12
Nouvelle version de la base LPP. Version 275 22.05.12	<b>PRESSE.</b> Financement des hôpitaux. La FHP- MCO s'insurge contre une nouvelle iniquité de traitement 05.04.12
JT du 1er juin 2012. Renouvellement des CPOM en MCO 16.05.12	Programme national d'inspections. Contrôles pour les ARS 02.04.12
Nouvelle version de la base LPP. Version 274 14.05.12	Label 2012. Droits des usagers de la santé 02.04.12
Autorisation e-PMSI 10.05.12	Nouvelle version de la base LPP. Version 271 02.04.12
Financement de la PDSES 09.05.12	Recherche clinique 30.03.12
Permanence de soins des établissements de santé. Publication du décret relatif aux missions de service public 09.05.12	Campagne tarifaire 2012 30.03.12
Jurisprudence administrative 09.05.12	Guide pour l'élaboration des contrats et des conventions en télémédecine 30.03.12
<b>AGISSONS.</b> Sarko ? 04.05.12	Club des Médecins DIM du secteur privé 29.03.12
Annonce du club « Soins Palliatifs ». 27.04.12	Médecin. Option de coordination 28.03.12
Etude CTC Conseil : Observatoire Economique et Financier 2012 27.04.12	Projet de décret. Structures de soins alternatives à l'hospitalisation 26.03.12
Guide méthodologique PMSI MCO 2012 25.04.12	Nouvelle version de la base LPP. Version 270 26.03.12
Chirurgie ambulatoire 24.04.12	A vos agendas. Annonce du 2e Congrès FHP- MCO. 19.03.12
Conférence nationale des présidents de CME. Newsletter 4 24.04.12	Appel à mobilisation de Lamine GHARBI pour la Polyclinique Santa Maria 19.03.12
1er juin 2012 – JT FHP-MCO Renouvellement des CPOM en MCO 23.04.12	Lutte contre le tabagisme en maternité 19.03.12
<b>AGISSONS.</b> Aux actes citoyens ! 20.04.12	Foire aux questions 19.03.12
31 mai et 1er juin 2012. Formation Contrôles T2A et sanctions financières 17.04.12	Notice technique ATIH du 12 mars 2012 14.03.12
Nouvelle version de la base LPP. Version 273 16.04.12	Renouvellement des CPOM 12.03.12
ATIH. Publication Manuel des GHM v11d et notice technique 12.04.12	Nouvelle version de la base LPP. Version 268 01.03.12

Campagne tarifaire 2012. Mise en place des nouveaux forfaits 01.03.12	HOSPI-DIAG. Outil analyse et dialogue avec les ARS 19.02.12
Etude IRDES. Estimation des surcoûts des événements indésirables associés aux soins 01.03.12	UDM. Nouvelles dispositions intégrant la télémedecine aux conditions techniques de fonctionnement 19.02.12
<b>PRESSE.</b> La FHP-MCO dénonce une campagne tarifaire inique, inefficace et irresponsable 29.02.12	Enquêtes téléphoniques annuelles de satisfaction des patients (Indicateur I-SATIS) 16.02.12
Arrêté tarifaire 2012 29.02.12	Retours sur la mise en place du nouveau dispositif de rémunération de la PDES 15.02.12
PDES – Mise en place du FIR 29.02.12	<b>PRESSE.</b> Accès aux soins. La FHP-MCO applaudit la création d'un secteur optionnel 15.02.12
Montant de l'enveloppe ODMCO et MIGAC 29.02.12	Procès-verbal 4e assemblée générale FHP-MCO 15.02.12
16 mars 2012. Demi-journée information télémedecine 28.02.12	Nouveau Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière 13.02.12
Arrêté prestations 2012 28.02.12	Nouvelle version de la base LPP. Version 267 07.02.12
Recueil 2012 des indicateurs IPAQSS-MCO. Dossier patient (DPA) et Dossier anesthésie (DAN). Report de la fin de période de recueil 28.02.12	Projet arrêté classification des prestations MCO 06.02.12
Club des Médecins DIM 27.02.12	Guide méthodologique PMSI MCO 2012 02.02.12
Financement MERRI 27.02.12	Appel à projets. Financement des activités de coopération hospitalière internationale 02.02.12
Appel à candidatures auprès des ARS pour les projets pilotes en télémedecine 27.02.12	Alerte contre le Programme PRADO 01.02.12
1001 vies en soins palliatifs 23.02.12	Dispositif de régulation des listes en sus (Médicament et DMI) 01.02.12
Programme gestion du risque. Insuffisance rénale chronique terminale 23.02.12	Prothèses PIP. Nouvelles instructions 31.01.12
5e chat politique FHP-MCO. 1h en direct avec le député Philippe JUVIN. 07 mars 2012 22.02.12	Collecte SAE 31.01.12
Mise en place du Programme personnalisé de l'après-cancer – Expérimentation INCA 22.02.12	Remboursement des factures complémentaires ou rectificatives 27.01.12
Radiation de médicaments de la liste en sus 22.02.12	Conférence nationale des présidents de CME. Newsletter 3 27.01.12
Recueil 2012 de l'indicateur IPAQSS-MCO. Infarctus du myocarde après la phase aiguë 22.02.12	<b>PRESSE.</b> La FHP et la FHP-MCO demandent la mise sous administration provisoire des hôpitaux publics en déficit 26.01.12
Manuel des GHM V11d 21.02.12	<b>PRESSE.</b> Dix propositions de la FHP-MCO pour sortir des déficits et préparer l'avenir 26.01.12
Indicateurs IPAQSS-MCO – Infarctus du myocarde après la phase aiguë 20.02.12	

JT FHP-MCO. 8 mars 2012. Etablissements de santé. Un dynamisme au féminin

26.01.12

Nouvelle version de la base LPP. Version 265

24.01.12

Nouvelle version de la base LPP. Version 264

16.01.12

**PRESSE.** Dénonciation par la FHP-MCO des propositions de la FHF pour les déserts médicaux

16.01.12

**PRESSE.** FHP et FHP-MCO dénoncent des subventions aberrantes, illégales et opaques en faveur des hôpitaux en déficit

13.01.12

**PRESSE.** La FHP-MCO dément toute décision de Bruxelles sur sa plainte pour distorsion de concurrence

12.01.12

Tarification des séjours MCO des patients relevant de l'AME

12.01.12

Nouvelle version de la base LPP. Version 263

10.01.12

Caractérisation de la fraude – Circulaire CNAM

09.01.12

Campagne tarifaire 2011. Nouvelle circulaire

06.01.12

Appels à candidatures. Chirurgie ambulatoire

04.01.12

HAS ANAP. Programme d'actions communes. Chirurgie ambulatoire

04.01.12

Fonction de groupage 13.11d

02.01.12

3e circulaire relative à la campagne tarifaire 2011

02.01.12

Nouvelle version de la base LPP. Version 262

28.12.11

Modalités finales indemnisation des médecins libéraux participant à la PDSE

28.12.11

Prothèses mammaires PIP. Recommandations par le ministère de la Santé

28.12.11

Recommandations visant à réduire les risques d'ATNC lors des actes invasifs (MCJ, ATNC, EST, Prion...)

23.12.11

La FHP-MCO sur le web

23.12.11

Avis HCSP. Biberons stérilisés à l'oxyde d'éthylène

22.12.11

Tarification des séjours MCO des patients relevant de l'AME

21.12.11

8 mars 2012- JT FHP-MCO Etablissements de santé. Un dynamisme au féminin

20.12.11

Résultats des indicateurs IPAQSS-MCO

19.12.11

Supplément pour archivage numérique

19.12.11

Programme régional de télémédecine. Guide méthodologique

19.12.11

Exercice illégal de la profession d'infirmier au bloc opératoire. Courrier UNAIBODE

14.12.11

Dotations régionales MIGAC 2011

13.12.11

Nouvelle version de la base LPP. Version 260

13.12.11

Dispositifs médicaux de la liste en sus

12.12.11

Chirurgie ambulatoire. Quels indicateurs pour 2012-2013 ?

12.12.11

Dispositifs de régulation en 2012

12.12.11

Modalités indemnisation des médecins libéraux assurant la PDSE

09.12.11

**PRESSE.** Le développement durable, un enjeu économique pour le secteur hospitalier

07.12.11

Résultats des indicateurs TBIN-MCO-2010

06.12.11

Nouvelle version de la base LPP. Version 258

05.12.11

Check-list au bloc opératoire des outils pour en assurer la bonne utilisation

02.12.11

2e circulaire budgétaire relative à la campagne tarifaire 2011

01.12.11

**PRESSE.** Permanence des soins. La FHP-MCO et l'UMESPE craignent une éviction du secteur privé dommageable pour les patients

30.11.11

Instruction DGOS. Biberons stérilisés à l'oxyde d'éthylène

28.11.11

**PRESSE.** Convergence tarifaire en 2018. La FHP-MCO répond à François Fillon : chiche !

25.11.11

4e CHAT FHP-MCO. 1 heure avec le député Arnaud ROBINET. 30 novembre 2011

24.11.11

CNAMTS. Contrôles de la facturation

22.11.11

Message DGOS. Approvisionnement biberons, tétines et téterelles

21.11.11

Remboursement des factures complémentaires ou rectificatives

21.11.11

Indicateur de mortalité et codage des morts dans le PMSI MCO

17.11.11

Plan Alzheimer. Circulaire sur l'organisation de l'offre diagnostique

17.11.11

Enquêtes téléphoniques annuelles de satisfaction des patients hospitalisés

15.11.11

Lancement de la campagne 2012. Appels à projets

14.11.11

Report de l'appel à projets relatif à la mise en œuvre du Programme national nutrition santé (PNNS3) et du Plan obésité (PO)

14.11.11

**PRESSE.** PLFSS 2012. La FHP-MCO se félicite de l'échec d'un amendement prévoyant la suppression de la convergence tarifaire

14.11.11

Nouvelle version de la base LPP. Version 256

10.11.11

**PRESSE.** PLFSS 2012. la France ne prend pas la mesure de la crise

08.11.11

Campagne de recueil 2011 des indicateurs IPAQSS-MCO

08.11.11

Pertinence des séjours, des soins et des actes

08.11.11

Rapport 2011 au Parlement sur la convergence tarifaire

04.11.11

Nouvelle version de la base LPP. Version 255

04.11.11

3e Journée développement durable FHP-MCO / C2DS. 12 décembre 2011

03.11.11

Remplacement du numéro ADELI par le RPPS pour les médecins

03.11.11

Rapport 2011 au Parlement sur la T2A

03.11.11

MIGAC. Publication du Rapport 2011 au parlement

02.11.11

Nouvelle version de la base LPP. Version 254

25.10.11

Publication de la circulaire relative au décret sanction T2A

25.10.11

Exprimez-vous auprès des candidats à l'élection présidentielle française

18.10.11

Congrès annuel de la FHP-MCO. 20 octobre 2011. Invitation au club « Médecins DIM »

18.10.11

Congrès annuel de la FHP-MCO. 20 octobre 2011. Invitation Présidents de CME

14.10.11

JAB 2012. Journée Nationale Ambulatoire

13.10.11

Nouvelle version de la base LPP. Version 253

12.10.11

Retours sur la loi Fourcade

11.10.11

Formation FHP-MCO/BAQIMEHP- Contrôles T2A et Sanctions financières. 9 et 10 novembre 2011

10.10.11

Appels à projets. INCA

10.10.11

Nouvelle version de la base LPP. Version 252

06.10.11

**PRESSE.** L'exception sanitaire française. Un système de soins malade... de sa dette

06.10.11

Congrès annuel de la FHP-MCO. 20 octobre 2011

05.10.11

DGOS. Enquêtes obligatoires

04.10.11

Procédure de mise sous entente préalable. Recommandations techniques

04.10.11

Publication du décret sanction T2A

03.10.11

## «3 questions à » Le point de vue des professionnels

Les « *3 questions à* », c'est l'occasion d'interpeller chaque semaine un professionnel de santé sur l'actualité, le quotidien de son travail ou un dossier qui lui tient à cœur.

Que ce soit un retour à chaud, comme lors des négociations sur les dépassements d'honoraires ou un éclairage original d'une thématique essentielle par une personnalité publique nationale ou internationale de la santé, « *3 questions à* » prend le pouls du secteur de la santé et fait connaître les engagements de ses acteurs. Extraits...

18 OCTOBRE 2012

## Dr Michel CHASSANG

PRÉSIDENT DE LA CSMF, CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS  
DE MÉDECINS LIBÉRAUX FRANÇAIS

# Nous faisons face à 32 ans d'immobilisme

### Dr Chassang, la nuit a été longue ?

Les négociations pour régler la question des dépassements d'honoraires ont débuté hier après-midi à 14h, et se sont prolongées toute la nuit, jusqu'à 6h30 du matin !

### Quels sont les enjeux qui entourent la question des dépassements d'honoraires ?

Pour nous, ils sont au nombre de trois. Le premier consiste à améliorer l'accès aux soins, c'est un préalable incontournable. Le deuxième consiste à revaloriser le secteur I, et le troisième, à le faire sans porter atteinte au secteur II, tel qu'il fonctionne aujourd'hui. Jusqu'ici, la situation fait que l'absence de revalorisation du secteur I rend le secteur II plus attractif, ce qui renforce le problème des dépassements d'honoraires. La question ne peut pas se régler de manière simpliste : la proposition de l'UFC-Que Choisir d'interdire purement et simplement les dépassements d'honoraires est absurde et démagogique. Aujourd'hui, 25 % du corps est en secteur II. Il faut réorganiser le système de remboursement en profondeur.



la création du secteur II. La ministre Marisol Touraine, qui évoque un projet d'accord « satisfaisant » fait preuve d'optimisme. Il reste un point essentiel à éclaircir : le montant et les modalités suivant lesquelles les complémentaires entendent mettre la main à la poche. Nous n'avons pas aujourd'hui de certitudes quand au bouclage financier de l'ensemble du dispositif. Sans l'avancée des complémentaires, nous ne pouvons pas, de notre côté, apporter des réponses à l'aveugle. Pour l'instant, nous restons sur notre faim. Aujourd'hui, promouvoir le secteur I ne peut pas se faire sans une revalorisation des tarifs. La suite donc, lundi prochain.

### Qu'est-ce qui a bloqué la négociation ?

Ce qui complique les choses, c'est que nous faisons face à 32 ans d'immobilisme, durant lesquels les gouvernements, de droite comme de gauche, n'ont pas tranché sur cette question. C'est cet héritage qui pèse sur les négociations. Et une fois encore, nous sommes face à un gouvernement qui n'a pas d'argent et qui affiche ses poches vides. La situation se répète : c'est déjà ce contexte qui a présidé à

25 OCTOBRE 2012

## Dr Philippe CUQ

CHIRURGIEN VASCULAIRE, CO-PRÉSIDENT DU SYNDICAT LE BLOC  
ET PRÉSIDENT DE L'UCDF (UNION DES CHIRURGIENS DE FRANCE).  
RETOUR SUR LE DÉBAT SUR LES COMPLÉMENTS D'HONORAIRES

# Un bras de fer s'installe aujourd'hui avec le gouvernement

### Comment se sont déroulées les négociations sur les compléments d'honoraires ?

Les négociations étaient épouvantables. Déjà, parce qu'elles se sont étirées en longueur : nous étions censés avoir statué depuis plus de trois mois. Ensuite, 26 heures (ndlr : 36h en comptant les heures avant les négociations) sans dormir, ce ne sont pas les meilleures conditions pour prendre des décisions sur ce sujet grave. Mais il y avait la date butoir du 17 octobre et une pression politique très forte. On a mélangé un agenda technique et un agenda politique. Pour tenir des promesses démagogiques de campagne, la Ministre a commencé par mettre une pression importante sur les médecins, en stigmatisant les dépassements d'honoraires.



### Comment imaginez-vous la suite ?

Un bras de fer s'installe aujourd'hui avec le gouvernement. Les chirurgiens et le syndicat Le Bloc sont à disposition pour faire évoluer les textes. Nous restons extrêmement mobilisés, car la question des dépassements d'honoraires est étroitement liée à celle du PLFSS. Le 12 novembre, un mouvement de contestation et de vigilance est prévu pour les chirurgiens, anesthésistes, internes et chefs de clinique. Il n'y a pas de relâchement, au contraire : le PLFSS sera déterminant.

<http://www.lebloc-aal-syngof-ucdf.org/>

### Quelle est votre analyse ?

Je constate que, encore une fois, l'engagement de l'Unocam est très faible. L'ensemble des médecins était prêt à rentrer dans un contrat d'accès aux soins où l'Assurance maladie revalorisait les tarifs opposables, l'Unocam participait au remboursement des compléments d'honoraires, que les médecins auraient modérés. Force est de constater que l'avenant numéro 8 ne remplit pas ces conditions. Aujourd'hui, à l'heure où le 13H est publié, l'Union des chirurgiens de France, qui fait partie du syndicat Le Bloc, rejette à l'unanimité l'avenant numéro 8.

31 OCTOBRE 2012

## Fabrice HENRY

PRÉSIDENT DE L'UNOCAM (L'UNION NATIONALE DES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE)

# Revaloriser le secteur I

### Comment l'Unocam s'est-elle profilée lors des négociations ? Quelles ont été vos prises de position ?

Ces négociations ont été pour le moins longues et fastidieuses. Pour nous, les enjeux étaient clairs et, dès le 11 octobre, nous les avons précisés par écrit. Nous avons formulé nos revendications dans un courrier à Frédéric van Roekeghem, Directeur général de l'Uncam. Nous avons orienté notre action sur la valorisation du secteur I.

C'est la ligne que nous avons tenue tout au long des négociations. Je rappelle que les complémentaires solvabilisent déjà les dépassements d'honoraires à hauteur de 800 millions, sur les 2,4 milliards d'euros de surcoûts générés par ceux-ci. Nous avons néanmoins constaté que ces 800 millions d'euros n'ont pas contribué à faire baisser les dépassements d'honoraires, au contraire. C'est pour cela que nous avons souhaité nous engager, non sur le financement des dépassements d'honoraires mais sur la revalorisation du secteur I. Cela a tendu les choses avec certains syndicats de médecins mais nous semble obéir à une logique d'efficacité.



### Que pensez-vous de l'accord qui a été arraché ?

Je dois souligner que les organismes complémentaires sont restés unis tout au long des négociations. Personne (NDLR : au sein de l'Unocam), ne s'est opposé à l'avenant numéro 8 et nous avons prouvé notre capacité à nous insérer ensemble dans une politique conventionnelle et dans un contrat avec l'Assurance maladie. Le contrat d'accès aux soins et l'avenant 8 nous semblent pouvoir créer une avancée. Nous avons également demandé et obtenu la création d'un Observatoire des dépassements d'honoraires et du contrat d'accès aux soins. Pour que ce dernier soit pérenne, il faut qu'il soit signé par 33% des médecins. Nous avons demandé, pour plus de représentativité, qu'il soit signé par 50%. À long terme, nous espérons, au sein des contrats d'accès aux soins, constater une convergence tarifaire entre les médecins du secteur I et les médecins du secteur II qui l'ont signé. Un plafonnement des

dépassements abusifs est prévu. Nous souhaitons également des mesures de modération pour les dépassements d'honoraires des médecins de secteur II qui ne souhaitent pas signer le contrat d'accès aux soins, mais nous n'avons malheureusement pas eu gain de cause. J'ai beaucoup insisté sur le fait qu'il faut raison garder dans une période de crise, où les Français ne comprendraient pas forcément que l'on fasse la course aux remboursements des dépassements d'honoraires. Les chiffres sont parlants : il y a de grandes différences selon les spécialités et selon les régions avec un taux moyen de dépassements d'honoraires de 56 % et pour les médecins de secteur II, 30 à 40 % des actes sont déjà facturés au tarif opposable. Même si l'opposabilité des tarifs est acquise pour les bénéficiaires de la CMU et étendue à l'ACS, à l'AME et aux urgences, nous aurions préféré un taux global de tarifs opposables partant de la réalité déjà connue. Au final, nous attendons une baisse des restes à charge et une diminution des dépassements !

### Comment comptez-vous répartir les 150 millions d'euros de financement de l'Unocam ?

En plus des 320 millions supplémentaires attribués par l'Assurance maladie à la valorisation du secteur I, les complémentaires se sont engagées à financer 150 millions d'euros pour conforter les contrats d'accès aux soins. Trois modèles de répartition sont possibles : soit par majoration, soit par forfait, soit par une contribution aux consultations, comme c'est déjà le cas pour les consultations de type C2. En ce moment, nous penchons plutôt pour un financement de type forfait, un peu comme les forfaits ALD à 40 euros déjà pris en charge par l'Assurance maladie, surtout si le forfait peut améliorer la coordination des soins et l'articulation ville/hôpital dans les territoires. Nous souhaitons que cette valorisation soit positive pour les assurés.

08 NOVEMBRE 2012

## Dr Jérôme MARTY

PRÉSIDENT DE L'UFML – UNION FRANÇAISE POUR UNE MÉDECINE LIBRE

# Qui vous soignera demain ?

### Qu'est-ce que l'UFML ?

L'Union française des médecins libéraux est la coalition issue du mouvement des « Médecins ne sont pas des pigeons ». Le mouvement a trouvé spontanément un écho considérable dans la communauté médicale et bien au-delà, recensant en quelques jours plus de 38 000 membres sur son compte facebook et 2 800 visites par jour. Les réseaux sociaux jouent à plein et offrent des espaces d'expression nouveaux. Il faut savoir que ce mouvement est trans-générationnel et trans-sectoriel. Il réunit

les internes, médecins généralistes, spécialistes, de secteur 1 ou de secteur 2, libéraux ou hospitaliers. Il exprime notre fatigue, notre colère de voir le système de soins se dégrader comme en témoignent la fermeture de services hospitaliers ou le non remplacement des médecins libéraux. Rappelons que la moyenne d'âge des chirurgiens et

médecins généralistes est de 55 ans, seuls 8 % de jeunes médecins s'installent en moyenne aujourd'hui en libéral (75 % en 1980). Mais au-delà d'un combat corporatiste, nous sommes entrés dans une dynamique sociale : la défense de notre système de santé solidaire.

### Quels sont les enjeux ?

Notre système sanitaire fonctionne sur deux jambes, l'hôpital public et le secteur privé, garantissant une liberté de choix auquel les Français sont viscéralement attachés. Ces deux secteurs sont aujourd'hui à bout de souffle, non pas du fait de 200 médecins (sur 200 000 médecins) qui pratiquent des dépassements d'honoraires indécents mais de l'incapacité décisionnelle de nos dirigeants. La pénurie professionnelle qui aboutit aux déserts sanitaires n'est en rien le fait des médecins mais elle a été gérée par des choix politiques : nos gouvernants ont « désaménagé » le territoire. En trente ans, les tarifs des actes chirurgicaux n'ont pas été revalorisés et le système, conforté par les récentes négociations conventionnelles, transforme le praticien en prestataire de service alors que le patient qui lui confie sa santé, attend

une relation de confiance. Les caisses sont vides mais les mutuelles engrangent 7 milliards d'euros de bénéfices. Grands seigneurs, elles mettaient 150 millions d'euros sur la table des négociations pour demain s'instaurer pilote de l'avion : sélection des praticiens, des établissements et planification de l'accès aux soins. Alors que le gouvernement exige une traçabilité extrême des pratiques des médecins, il vient de renoncer à cette même transparence en direction des mutuelles jusqu'en 2014 !

### Et demain ?

Notre pays traverse une crise sans précédent et la santé coûte cher. Des pistes d'économies importantes sont possibles et nombreuses : quelle est la part dans le budget des mutuelles qui revient aux soins ? Quelles sont les économies possibles dans l'industrie du médicament, les transports sanitaires, etc. ? L'avenant numéro 8 signé par trois organisations syndicales dans le cadre des négociations conventionnelles concentre à l'inverse les oppositions de très nombreux autres syndicats. Cet avenant va détruire progressivement notre profession et n'offre aucun système de remplacement. Nous sommes européens et nous demandons un alignement sur nos voisins : un C à 40 euros ! Pour s'opposer à cet avenant et pour défendre notre système de santé solidaire, nous ferons grève comme 17 autres syndicats ou organisations professionnelles à partir du 12 novembre et manifesterons dans les rues de Paris le 14 novembre.

<http://www.ufml-asso.fr/>



04 OCTOBRE 2012

**Dominique MAIGNE**

DIRECTEUR DE LA HAS

**Thomas Le LUDEC**DIRECTEUR DÉLÉGUÉ À LA DIRECTION DE L'AMÉLIORATION  
DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

# Se centrer encore davantage sur le parcours du patient

**La qualité, le maître mot plus que jamais de la HAS ?****M. Maigne.** La HAS travaille en cohérence avec l'agenda des pouvoirs publics. Ainsi notre

collège a fixé une feuille de route 2012-2016 qui définit dans le temps nos axes stratégiques. Notre maison arrive progressivement à l'âge de la maturité et est résolue à donner toute la visibilité nécessaire pour développer des dispositifs régulateurs par la qualité. Nous réfléchissons les pratiques professionnelles et les dispositifs par l'angle qualité, nous

différenciant en cela d'approches normatives ou comptables. Nos démarches, co-produites avec les professionnels, visent à doter les établissements d'outils vers plus de fluidité, vers une médecine de parcours car la prise en charge des patients exige plus de continuité et de coordination entre les professionnels en raison de la croissance très forte des maladies chroniques dans un contexte de transition épidémiologique. Nous avons la volonté d'aider les professionnels à s'organiser pour se centrer encore davantage sur ce parcours du patient. Naturellement, nous portons une attention toute particulière à la sécurité des soins que nous abordons là aussi par l'angle de la qualité. Parallèlement, notre objectif est de travailler sur l'identification d'un panier de soins remboursables. S'assurer de la « soutenabilité » d'une offre de soin participe pour nous pleinement à une approche qualité. Par exemple, il s'agira de travailler sur des critères d'appréciation des médicaments et de leur bon usage, sur une lecture comparative des dispositifs médicaux afin de privilégier ce qui est le plus efficient. Ainsi, la HAS apporte son niveau complémentaire d'expertise dans l'évaluation médico-économique.

**Quels sont les grandes directions de travail de la HAS concernant la version 4 de la certification ?**

**M. Le Ludec.** Notre travail repose sur deux grands principes : celui du patient traceur, de la continuité de la démarche et celui de la réactivité. Il s'agit de répondre aux questions suivantes : comment se mettent en pratique les dispositifs d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques dans les établissements en général mais surtout aux différentes étapes d'un parcours ? Comment l'établissement s'assure-t-il des niveaux de maîtrise des risques dans les différents secteurs d'activité ? Quelle est la traçabilité que nous pouvons attendre en amont et en aval ? Nous voulons ajouter une dimension supplémentaire à cette volonté d'un parcours structuré grâce à l'approche patient traceur. Par ailleurs, nous recherchons la fluidité et la simplification des démarches afin de ne pas pénaliser le temps du soin et en ce sens nous avons l'ambition de synchroniser les documents de certification et le programme qualité et la gestion des risques des établissements avec le dessein de travailler sur un même document, certes évolutif en fonction des caractéristiques de l'établissement et de l'évolution de ses résultats. Un établissement disposerait ainsi d'un « compte qualité » qu'il alimenterait progressivement grâce à des points d'étape qui ne seraient pas un rapport officiel mais permettraient de constater les évolutions du terrain qui, elles, n'attendent pas 4 ans. Deux vertus : celle de favoriser le dynamisme de professionnels et celle de prendre en compte des évolutions fortes d'un établissement comme celles faisant suite à une reconversion par exemple afin d'anticiper les risques particuliers à ce type d'opération. Enfin, ce suivi permettrait de générer des visites ciblées pour mieux tenir compte de la

vie de l'établissement, de ses risques et donc de fournir un regard externe à l'établissement avant la visite quadriennale.

**Comment la HAS avance-t-elle sur le dossier du financement de la qualité ?**

**M. Maigne.** La HAS a sa place dans le dispositif ministériel, attendue d'ailleurs par les professionnels de santé même si ce n'est pas notre place historique. Cette place correspond pleinement à notre évolution car le modèle de financement est très structurant. Cette approche est une nécessité mais elle est pour le moment expérimentale, précisément jusqu'en 2014 avec notamment 200 établissements MCO qui constitueront le panel test. Nous ne pouvons naturellement pas présager si cet incitatif financier se retrouvera ensuite dans la stratégie budgétaire nationale. Les conclusions en reviendront au ministère qui décidera de généralisations à mettre en œuvre.

**Comment se place la France par rapport à nos voisins dans l'approche qualité ?**

**M. Le Ludec** La France a rattrapé le retard qu'elle avait dans les années 1990 par rapport aux Etats-Unis ou au Canada qui avaient initié une démarche qualité plus tôt que nous. Concernant la V2010, nous constatons une augmentation des établissements certifiés en

première intention. Quelques établissements peinent à se hisser à cette troisième marche, difficulté due par exemple à la pénurie médicale dans certains territoires de santé ou dans certains secteurs d'activité. Nous avons une grande marge d'amélioration concernant la pertinence des actes même si l'évaluation par les pairs est favorisée. Une augmentation d'actions ciblées sur la pertinence des actes et des pratiques est nécessaire. Même si beaucoup de travail nous attend encore pour favoriser par exemple la participation du patient à la sécurité de ses soins, les éléments de progrès sont importants et indéniables dans l'appropriation d'outils et de méthodes (EPP, RMM) grâce notamment à l'implication des commissions médicales d'établissement et des organismes agréés pour l'accréditation.

5 JUILLET 2012

**Dr Pierre FENDER**

DIRECTEUR DU CONTRÔLE-CONTENTIEUX ET DE LA RÉPRESSION DES FRAUDES À LA CNAMTS

**La sanction a pour objet d'inciter les établissements de santé à engager des procédures qualité****Quelles sont les principales avancées du guide du contrôle externe de la tarification à l'activité ?**

Le guide du contrôle externe est le fruit d'une large concertation entre les Fédérations, les services de l'Etat, l'ATIH et l'Assurance maladie. Nos avancées ont porté sur des recommandations en matière de préparation du contrôle, notamment sur les délais de préparation, avec un délai minimum de 4 semaines entre la notification de contrôle et le début du contrôle sur site. Nous avons également travaillé à l'assouplissement de la règle du lieu unique du contrôle sur



\* Les règles de constitution du champ de contrôle, lorsque le champ de contrôle est potentiellement sanctionnable :

- Le contrôle sera exhaustif pour tout champ de contrôle potentiellement sanctionnable de moins de 300 séjours.
- La taille de l'échantillon ne pourra être inférieure à 150 séjours pour tout champ de contrôle potentiellement sanctionnable constitué de 300 à 1500 séjours.
- Le taux de sondage sera de 10 % pour tout champ de contrôle potentiellement sanctionnable de plus de 1500 séjours.

site, avec la possibilité de contrôler sur un ou deux site(s) supplémentaire(s), si le nombre de dossiers à contrôler sur ce site est supérieur à 300. Le nombre de sites maximum est de 3 sites par établissement contrôlé. Par ailleurs, nous avons élaboré des recommandations pour la constitution des champs de contrôle potentiellement sanctionnables, dans le but de rendre explicite et compréhensible le libellé du champ de contrôle : chaque établissement pourra ainsi calculer l'assiette sur laquelle sera calculée une éventuelle sanction. De plus, les contrôleurs sont invités à constituer le panier de dossiers à étudier de façon à limiter la dispersion du taux d'anomalies d'un champ de contrôle (\*). Enfin, nous avons présenté les outils de contrôle élaborés par l'ATIH et l'Assurance maladie et décrits dans le guide, ainsi que publié l'algorithme d'échantillonnage utilisé dans le contrôle externe et validé par l'INSEE.

**Qu'en attendez-vous ?**

Ce guide du contrôle participera à apaiser les tensions qui ont pu se faire jour au cours de ces dernières années. Il doit apporter à chaque acteur concerné par le contrôle externe les informations nécessaires pour appréhender les objectifs, la méthode du contrôle externe et comprendre le bien fondé de ce contrôle. La finalité du contrôle externe n'est pas de sanctionner mais d'inciter et de persuader les établissements de respecter les règles de facturation et de codage. La sanction a pour objet d'inciter les établissements de santé à engager des procédures qualité sur leurs processus de codage et de facturation, afin d'éviter que des erreurs et des manquements pénalisent les finances de l'Assurance maladie.

**Qu'est-ce qui reste encore à accomplir ?**

Nous entrons dans une phase d'appropriation du guide par l'ensemble des acteurs. Il fera l'objet d'un suivi et devra évoluer en fonction des besoins qui seront identifiés par les protagonistes. Le bilan de la charte qu'établit chaque année l'Assurance maladie, partagée avec l'Etat et les Fédérations, intégrera ce suivi. Par ailleurs, des travaux seront engagés pour rendre accessibles à chaque établissement concerné les données relatives aux éléments financiers, - tels que l'assiette de référence, utilisés pour le calcul de la sanction. Ces travaux seront menés par l'ATIH et l'Assurance maladie. Après le guide du contrôle externe de la tarification à l'activité en MCO, un guide du contrôle externe en HAD est en cours d'élaboration pour prendre en compte les spécificités de l'activité HAD.

14 JUIN 2012

## Denis PIVETEAU

PRÉSIDENT DU HAUT-CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE-MALADIE

# Il faut passer à une médecine de parcours

### Comment le HCAAM envisage-t-il le futur de notre système de santé ?

Dans son avis adopté à l'unanimité le 22 mars dernier, le HCAAM a montré que notre système de soins était simultanément confronté à deux défis. D'une part, le défi « financier », qui porte sur la « soutenabilité », sur le long terme, du financement solidaire par l'assurance maladie. Combien de temps pourrons-nous financer par de l'argent public des dépenses de santé dont le taux de croissance spontané est très supérieur à celui du PIB ? C'est une inquiétude pour les professionnels autant que pour les patients.

D'autre part, un défi « soignant », lié à la place croissante des maladies chroniques et des poly-pathologies, dont la prise en charge suppose des organisations de plus en plus complexes. Ces deux défis s'additionnent. Mais on peut y répondre par un levier commun : le HCAAM est en effet convaincu que, dans la croissance très forte des dépenses de santé liée au vieillissement et aux pathologies chroniques, les enjeux d'organisation, de coordination, d'articulation – ou de manque d'articulation ! – entre les acteurs joue un rôle majeur.

### Pourquoi favoriser la notion de parcours de santé ?

Tout simplement parce qu'une maladie chronique, et *a fortiori* le cumul de plusieurs maladies chroniques, ne peut être prise en charge correctement, aussi bien sur le plan médical que sur le plan économique, que si on assure une qualité globale des interventions. Il ne suffit pas que chaque intervenant fasse « bien » son acte, il faut aussi qu'il fasse le « bon »

acte au bon moment. Un seul exemple pour me faire comprendre : les hospitalisations non programmées entrant par les urgences. Elles représentent presque une hospitalisation sur deux chez les personnes de plus de 80 ans ! Admettons même qu'il s'agit chaque fois d'une situation de vraie urgence : combien de ces hospitalisations auraient pu être évitées si le « scénario de vie » s'était écrit différemment quelques semaines ou quelques mois plus tôt, avec un meilleur accompagnement médical, soignant et social à domicile ? Voilà pourquoi nous disons qu'il faut passer d'une médecine pensée comme la succession d'actes ponctuels et indépendants à une médecine « de parcours ».

### Quelles sont les évolutions probables du système de soins français ?

Rechercher un optimum de « parcours », c'est extrêmement exigeant. Cela suppose d'abord d'installer très fortement la médecine de proximité – au premier chef, le médecin traitant – comme « pivot » du parcours. En entourant sa fonction des différentes ressources, médicales, soignantes et sociales, qui lui permettent de ne pas dilapider son temps. Cela appelle à penser le rôle des services hospitaliers, de mesurer leur performance, et d'envisager leurs tarifications, non plus exclusivement par rapport à la séquence hospitalière proprement dite, mais aussi dans leur contribution au parcours global. Et cela exige enfin un vrai décloisonnement des interventions sanitaires, médico-sociales et sociales.



05 AVRIL 2012

**Frédéric****VAN ROEKEGHEM**

DIRECTEUR DE LA CNAMTS

## Il n'y a pas de lisibilité sur les dépassements d'honoraires

**Les tarifs des actes de plateau technique n'ont pas été réévalués depuis longtemps. Est-ce pour vous une explication suffisante à la hausse des dépassements d'honoraires ?**

On dit toujours que les tarifs n'ont pas été réévalués, cependant en 2004, les tarifs ont augmenté de 25 % pour les praticiens du secteur I. À l'époque, cette mesure devait avoir un effet incitatif à l'exercice en secteur I. Je conçois très bien que le blocage des tarifs constitue économiquement une incitation à demander des dépassements plus importants. Pourtant, l'absence de revalorisation des tarifs n'est malheureusement pas suffisante pour justifier la hausse des dépassements d'honoraires.

Quand des actes simples sont parfois facturés à hauteur de plusieurs milliers d'euros, il apparaît clairement qu'il faut une régulation plus efficace. En 1985, seuls 55 % des chirurgiens étaient en secteur II. Aujourd'hui, 87 % des chirurgiens, 82 % des gynécologues et 66 % des anesthésistes s'installent en secteur II. La très grande majorité d'entre eux exerce dans le privé. L'insatisfaction des assurés augmente : il n'y a pas de lisibilité sur les dépassements d'honoraires, c'est un frein à l'accès aux soins et cela a un effet sur l'attractivité des établissements.

**Comment expliquez-vous l'échec du secteur optionnel ?**

Nous n'étions pas très loin ! Le secteur optionnel reposait sur un accord tripartite qui liait les professionnels, prêts à modérer leurs dépassements, l'Assurance maladie prête à augmenter les tarifs, et les complémentaires, prêtes à prendre en charge ces compléments

d'honoraires plafonnés. Pour des questions d'agenda et à cause de l'environnement fiscal, l'accord n'a pu aboutir. Je le regrette. Il est important de souligner que de nombreux praticiens en clinique réalisent déjà 30 % de leurs actes en tarifs opposables et des dépassements maîtrisés, tout simplement parce que leurs patients n'ont pas les revenus nécessaires. Près de 40 % des cliniques (je ne retrouve pas ce chiffre mais plutôt 40 % des chirurgiens ?) sont dans ce cas. Dans de nombreux départements, les praticiens ont gardé le tact et la mesure dans leurs dépassements et conservent une certaine proximité avec leurs patients. Il faut les encourager à pratiquer des tarifs raisonnables. Il me semble que l'option de coordination telle qu'elle a été retenue peut les y aider. Elle présente un intérêt réel pour beaucoup de cliniques.

**Quelle est la marge de négociation sur la question de la revalorisation des tarifs ?**

Nous sommes disposés à négocier, mais nous souhaitons avoir une garantie sur la modération des dépassements d'honoraires. C'était tout l'objectif du secteur optionnel : trouver une voie contractuelle et conventionnelle de régulation, sur la base d'un engagement des trois parties. Notre souci est de concilier une tarification plus raisonnable, une régulation des excès dénoncés, dans le privé comme dans le public, et un haut niveau de remboursement des patients.



23 FÉVRIER 2012

## Dr Gilles BONTEMPS

DIRECTEUR ASSOCIÉ DE L'ANAP, L'AGENCE NATIONALE D'APPUI  
À LA PERFORMANCE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX

# Hospi-Diag, un socle commun d'indicateurs partagés et validés par tous

### Qu'est-ce qu'Hospi-Diag, et qu'est-ce qu'il n'est pas ?

Dans le cadre de sa mission d'appui à la fois des ARS et des établissements de santé, l'ANAP met en œuvre et diffuse des outils pour améliorer la performance globale des établissements. Hospi-Diag est l'un d'entre eux, un outil presse-bouton qui permet de situer votre établissement dans son paysage sanitaire, par rapport à l'ensemble de vos concurrents publics et privés. C'est un comparateur de la performance des établissements, évaluée à partir des données collectées et disponibles au niveau national. Le résultat est une photographie de votre établissement et de son évolution sur les quatre dernières années. Connaître son évolution tendancielle passée en comparaison avec d'autres permet aussi de se projeter dans l'avenir en identifiant ses forces et faiblesses. A ce jour, 20 000 connexions ont été enregistrées : les deux tiers des établissements MCO ont utilisé Hospi-Diag. Par contre, Hospi-Diag est un outil complexe conçu pour les professionnels, et non pour le grand public : pour être accessible à tous, il faudrait au préalable construire un *scoring* lisible par tous. Il pourrait être intéressant de parvenir à un classement officiel des hôpitaux et des cliniques les plus performants ; l'éducation nationale le fait, qui publie chaque année le classement des lycées à partir d'un indicateur composite. Pourquoi pas la santé ? La réflexion sur cette question fait en tout cas déjà évoluer les choses vers plus de transparence.



### Qu'est-ce qu'Hospi-Diag apporte à un établissement de santé ?

D'une certaine façon, Hospi-Diag est un comparateur. Le but a été de construire un socle commun d'indicateurs partagés et validés par tous, pour pouvoir se situer. On peut ainsi connaître les forces et les faiblesses de son établissement, et distinguer les gisements de performance. Le débat autour des chiffres vient nourrir un véritable dialogue de gestion dans l'établissement. Il s'agit donc d'une aide en interne au pilotage d'établissement. Il éclaire les décideurs sur les stratégies de développement à adopter. Dans un futur proche, ce sera aussi un moyen de soutenir le dialogue des établissements dans le cadre de leur contractualisation avec les ARS : l'utilisation d'Hospi-Diag est notamment préconisée dans la circulaire pour l'élaboration des futurs CPOM.

### Quelles sont les formations que vous proposez ?

Les formations sont le lieu d'échanges autour d'Hospi-Diag entre les établissements et les ARS. Gratuites, sur deux jours, elles permettent, à partir de cas pratiques et de mises en situation, de réfléchir à une stratégie d'établissement ou à une stratégie régionale à partir des informations fournies par Hospi-Diag. Elles ont lieu dans la France entière, il suffit de s'inscrire sur le site de l'ANAP. Les formations sont destinées aux décideurs, directeurs, médecins et tutelles, et viennent en appui d'un dialogue de gestion, au service de l'amélioration de la performance du système.

18 MAI 2012

**Pr Guy VALLANCIEN**

UROLOGUE, PRÉSIDENT DU CERCLE SANTÉ ET SOCIÉTÉ

# Aujourd'hui, les médecins ne peuvent plus travailler seuls

**Le financement de la santé est-il durable ?**

Bien sûr ! S'il y a une chose dont on est certain, c'est la santé continuera d'être financée. Les

modes vont varier, car le déficit est considérable, mais une somme élevée continuera d'être attribuée à ce domaine. Avec du courage et de la rationalité, on devrait y arriver ! La Sécurité sociale est financée à hauteur de 200 milliards, ce n'est pas rien. Je suis certain que l'on pourrait supprimer 30 milliards sans qu'il n'y ait de conséquences dramatiques

en taux de mortalité pour la population ! Le problème est qu'il y a d'énormes déperditions. Les administrations, les médecins, les patients, chacun à son niveau pompe le système, il est temps de repenser les choses. Pourtant, c'est jouable, il suffirait que la croissance reparte pour s'extirper de ce contexte de morosité. Le cercle Santé Société réfléchit à des propositions innovantes pour le financement de la protection sanitaire.

**Comment mieux définir des stratégies de santé ?**

Première étape : il faut passer d'une médecine artisanale, telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui, à l'ère de l'industrialisation. Contrairement aux idées reçues, cela ne signifie pas déshumaniser la médecine, mais au contraire, dégager du temps pour la rendre plus humaine. Aujourd'hui, tout le monde fait tout à la fois, c'est anarchique, et dans tout autre secteur, une telle désorganisation serait immédiatement sanctionnée. La loi HPST a été une maigre tentative pour mettre un peu d'ordre dans tout cela, mais elle n'a pu être menée à bien. Les maisons de santé doivent se développer encore, et les perspectives sont bonnes grâce au soutien des Sisa, les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires, qui vont accélérer leur implantation. Aujourd'hui,

les médecins ne peuvent plus travailler seuls : tous les jeunes veulent s'installer en équipe, le modèle du médecin multitâche qui veut tout accomplir et finit en burn-out a fait long feu. Il faut profondément repenser l'offre de soin en fonction de ces impératifs. Pourtant, quand on effectue des comparaisons européennes, on se rend compte que notre système est loin d'être mauvais.

**À quoi ressemblera la médecine du futur ?**

À tout ce à quoi on ne pense pas ! Tout d'abord, il y aura une plus grande concentration des moyens humains. Ensuite, nous sommes à l'aube d'une véritable révolution, celle de la génomique. Cela implique que les plateformes informatiques auront un rôle majoré, avec des grands pôles mixant des milliards d'informations à la seconde. Aujourd'hui, la plupart des tâches médicales pourraient être prises en charge par des gens qui ont un niveau d'étude de bac + 3. Elles sont faites par des gens qui ont un bac + 12 ! De nouveaux métiers vont également émerger, avec des ingénieurs opérateurs qui travailleront avec les chirurgiens. Les médecins auront un rôle de coordonnateur. La prévention et le diagnostic seront également beaucoup plus importants, et cela va engendrer des changements dans la caste médicale, qui se considère là pour soigner, pour guérir et non pour prévenir. Le diagnostic précoce est extrêmement utile dans le traitement des maladies, et il va falloir en tenir compte !



29 MARS 2012

## Susanne WACKERS

PORTE PAROLE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ALLEMAND

# Un excédent de 19,5 milliards d'euros

**19,5 milliards. Non, ce n'est pas le montant du déficit de la sécurité sociale allemande, mais bien celui de l'excédent qu'ont dégagé les caisses d'assurance maladie outre-rhin. Doit-il être redistribué aux différentes caisses ? Investi et conservé pour des périodes moins fastes ? Alloué à la recherche ? Le ministère de la Santé allemand a de bien gros soucis... mais solvabiliser la santé n'en fait plus partie. La rédaction du 13H a rencontré sa porte-parole, Susanne Wackers, qui raconte les étapes d'un assainissement budgétaire... jusqu'à l'excédent.**

Aujourd'hui, en 2012, les Caisses d'assurance maladie allemandes affichent un excédent de 19,5 milliards d'euros. Mais cela n'a pas toujours été le cas. En 2003, en Allemagne, le système d'assurance maladie était malade. Nous affichions un déficit de 8 milliards d'euros. La situation était grave, d'autant que, comme dans les autres pays européens, la population allemande vit de plus en plus longtemps et les soins sont de plus en plus techniques. Il était temps de lancer un grand chantier de rénovation du

financement de la santé.

Nous avons commencé par mettre en place un Fonds Santé, par lequel transite l'argent des caisses d'assurances maladie. En Allemagne, nous avons aujourd'hui 146 caisses d'assurance maladie différentes, et auparavant elles étaient plus de 1 000 ! Chacune de ces caisses pouvait fixer librement le montant des cotisations qu'elles demandaient à la fois aux employeurs et aux employés. Cette situation n'était pas juste : certaines caisses avaient plus de patients gravement malades et plus de personnes âgées : elles étaient obligées d'augmenter le montant de leurs cotisations. D'autres avaient majoritairement des patients jeunes et en bonne santé parmi leurs assurés, elles pouvaient se contenter de cotisations basses. En créant le

Fonds santé, le ministère a aboli ce système en 2007 pendant la grande coalition (NDR : Coalition noire, rouge, SPD/ CDU, soit les socialistes, le parti de Gerhard Schröder et les chrétiens démocrates, le parti d'Angela Merkel). Les caisses ont dû toutes réclamer la même cotisation, soit 15,5 % à répartir entre employeur et employés. Autre point délicat : les soins dentaires. En passe d'être déconventionnés, nous les avons intégrés à la charge des employés. L'employeur paye, 7,3 % de ses charges et l'employé 8,2 % (la moitié de 15,5 plus 0,9 pour les soins dentaires) Ces tarifs sont fixes et l'argent est versé au Fonds santé, également alimenté par une partie des impôts. Le Fonds santé redistribue l'argent aux caisses en fonction de la sociologie de leurs patients. Cela a été assez révolutionnaire à mettre en place : au départ, les caisses ont mené un grand travail de recensement de leurs actes et de leurs patients. Aujourd'hui, le système fonctionne bien, car les caisses peuvent avoir ainsi une comptabilité analytique.

L'Allemagne était le seul pays du monde dans lequel l'industrie pharmaceutique fixait elle-même le prix de ses innovations, qui étaient automatiquement remboursées par la Sécurité sociale. Nous avons imposé un plafond. Depuis 2004, nous avons également instauré une taxe de dix euros tous les quatre mois payable par les patients dans les cabinets de médecine de ville. (Cette taxe est responsable de 1,5 à 2 des milliards excédentaires). Nous avons également mis en place une stratégie de prévention : les examens préventifs sont fortement encouragés, et une mammographie est proposée à toutes les femmes de plus de 50 ans. La prévention est notre futur grand chantier !



Ministère de la Santé, Berlin

27 SEPTEMBRE 2012

## Jean-François ROUBAUD

PRÉSIDENT DE LA CONFÉDÉRATION GÉNÉRALE DES PETITES ET MOYENNES ENTREPRISES (CGPME)

# Sortir de la crise

### Comment donner une meilleure visibilité à nos revendications syndicales et politiques ?

Si nous voulons faire passer nos positions, à la fois auprès des politiques et de l'opinion publique, nous devons avoir un discours réaliste et concret basé sur des propositions à même de fédérer l'ensemble de nos adhérents. Ainsi, depuis plus de 65 ans, la CGPME n'a eu de cesse de défendre les PME patrimoniales et aujourd'hui, nous continuons à travailler au niveau national et international pour faire valoir l'intérêt des PME françaises.

La visibilité de nos propositions est le résultat d'un travail en amont pour s'afficher comme une organisation réellement représentative et cela, nous le devons à tous nos adhérents. Par ailleurs, si nous soutenons les propositions favorables au développement des TPE-PME, nous n'hésitons pas à nous opposer aux projets qui pourraient les pénaliser. Ce fut notamment le cas

avec la première réforme sur la taxe professionnelle, où la CGPME avait porté le dossier au niveau européen et avait ainsi pu la bloquer. La visibilité de nos actions est nécessairement liée aux résultats obtenus.

### La France traverse une crise sans précédent. Dans quelle mesure la plasticité et la réactivité des entreprises sont des atouts pour sortir de la crise ?

La taille des entreprises françaises est souvent citée comme un handicap, nous avons trop de TPE-PME et pas assez de grosses PME ou ETI. L'objectif est d'aller vers un « Mittelstand » à l'allemande, avec des entreprises ayant atteint la taille critique pour exporter et faire face aux aléas conjoncturels. Pourtant, la structure de nos PME et, comme vous l'indiquez, leur plasticité et leur réactivité pourrait leur permettre de sortir de cette crise par le haut.

Comme nous avons pu le constater face à la crise, beaucoup d'entreprises dont les difficultés n'étaient pas structurelles ont su se réorganiser en interne. Elles ont amélioré leurs modes de gestion et leurs *process* et ont tout mis en place

pour conserver leurs salariés. Ainsi, durant les périodes les plus difficiles, les PME ont moins licencié que les grands groupes, ce qui leur a permis de faire face aux pics d'activité de manière plus sereine.

De même, beaucoup d'entreprises ont su saisir les occasions de croissance externe qui se présentaient et ont su investir des créneaux de niche porteurs, tout en privilégiant la qualité de leurs produits ou services, développant ainsi leur plus-value. Pour autant, les entreprises ont besoin de partenaires, notamment financiers, qui les accompagnent et cela n'a malheureusement pas toujours été le cas.

### Aujourd'hui, 43% des cliniques et hôpitaux privés sont en déficit. D'après vous, quels leviers les managers en santé peuvent-ils activer pour sortir leurs établissements de ces difficultés financières ?

N'évoluant pas dans ce secteur d'activité et ne connaissant pas toutes ses spécificités, il m'est difficile de donner des conseils sur les leviers à actionner. Par ailleurs, le taux élevé de structures en difficulté fait penser que cela est lié, pour partie, aux caractéristiques de ce métier. La santé n'est pas une profession comme une autre puisque la politique de santé ainsi que l'intervention de l'assurance maladie a des conséquences non négligeables sur les marges de vos entreprises. C'est pourquoi il est important que les cliniques et hôpitaux privés puissent se rassembler au sein d'une structure professionnelle comme la FHP et indirectement de la CGPME, pour pouvoir peser sur les politiques publiques de la santé.

Il est important qu'en ayant toujours comme priorité la santé des patients, les entreprises du secteur puissent vivre et se développer de manière pérenne.



16 FÉVRIER 2012

## Dr Irène FRACHON

PNEUMOLOGUE ET AUTEUR DE *MÉDIATOR*, COMBIEN DE MORTS ?

# Il faut plus d'indépendance par rapport aux industriels !

**En 2011, vous avez vu votre combat contre le Médiator reconnu avec les réformes en faveur de la sécurité des patients et un procès à venir en 2012. Qu'en retirez-vous ?**

Je suis heureuse que ce combat ait abouti à des mesures concrètes, notamment pour prendre en compte et venir à l'aide des victimes du Mediator, grâce au dépistage des complications chez tous les consommateurs du médicament, à la mise en place d'un fonds d'indemnisation, etc. J'ai été très surprise de voir que cela déclenchait

un train de réformes impressionnant mais c'est une excellente chose. Cela a rendu subitement audibles les revendications fortes d'acteurs peu écoutés (le sénateur François Autain, la députée Catherine Lemorton, Prescrire, le Formindep...) militant pour plus d'indépendance du monde de la santé vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique. Et enfin, s'ouvre un élément essentiel, juridique, avec la perspective d'un procès au pénal contre Servier dès le mois de mai prochain.

**À votre avis, comment doit maintenant fonctionner le système du médicament ?**

Il faut un bouleversement des mentalités, chez tous les acteurs de santé, les consommateurs, les industriels, les responsables politiques, les journalistes... pour comprendre d'abord, puis analyser l'impact important et la dangerosité des conflits d'intérêt. La transparence fait partie de cet exercice d'apprentissage mais c'est insuffisant. Il faut plus d'indépendance du système (au niveau des évaluateurs, des contrôleurs, des prescripteurs..) par rapport à l'industrie pharmaceutique. Ce n'est pas encore gagné...

**Vous avez été une personne médiatisée, peut-être malgré vous, comment avez-vous géré ce boom médiatique autour de vous ?**

La médiatisation était voulue de ma part et donc assumée (comme une arme puissante) pour plusieurs raisons : au début pour faire connaître ce scandale en direction des victimes et susciter le débat public et aussi me protéger personnellement face aux attaques prévisibles de Servier mais aussi des autorités de santé. Cela a été très efficace. Ensuite, lorsque le scandale a éclaté, j'ai tenté d'expliquer de quoi l'on parlait (le terme de valvulopathie étant inconnu et très vague, j'ai dû expliquer à quoi ressemblait une valvulopathie au Mediator) afin de calmer les angoisses, parfois très importantes, des consommateurs de Mediator. La communication de l'Afssaps en direction de ces consommateurs a été nulle (pour ne pas changer) et a contribué à les affoler au lieu de les mettre en garde raisonnablement vis-à-vis des complications du Mediator, en les rassurant sur ce qu'ils ne risquaient pas. Ensuite, je me suis aperçue que mon témoignage était important vis-à-vis de politiques, de responsables de santé, d'étudiants, de médecins, de consommateurs, de tout un tas de groupes de personnes qui m'ont sollicitée. J'ai donc continué à témoigner dans les journaux et des conférences et débats divers. Il a fallu aussi contrer la désinformation et le déni systématique de Servier, ne pas leur laisser du terrain pour cela... Bref, tout un « service après vente » que je n'avais pas du tout vu venir !





**Le 13 H résume une  
semaine d'actualité  
de notre secteur. Merci  
de lui être aussi fidèle !**

## Dr Gilles SCHUTZ, président de la FHP-Dialyse.

### « Il est essentiel que les patients puissent conserver leur choix de traitement »



#### Quels ont été les grands enjeux de l'année 2012 pour le syndicat de spécialité « Dialyse », dont vous êtes président ?

La première chose que nous avons eu à faire a été de nous mobiliser sur les propositions des pouvoirs publics en matière d'orientation des prises en charge des insuffisants rénaux chroniques en phase terminale. Les pouvoirs publics ont fait le choix, avec une arrière pensée médico-économique certaine et au grand dam d'une patientèle de plus en plus âgée et fragilisée, de favoriser, sans plus d'étude, une prise en charge à domicile.

#### La dialyse péritonéale vs l'hémodialyse ?

Si la dialyse péritonéale à domicile doit faire l'objet d'un effort de développement, elle nous semble être difficilement généralisable à l'ensemble de la patientèle comme primo prise en charge. La moyenne d'âge de nos patients est aujourd'hui de 73 ans, avec une co-morbidité souvent importante. Une installation à domicile doit avoir lieu sous contrainte d'une habitation accessible, d'un environnement familial plaisant, sans même parler d'une charge en soins compatible. Depuis une dizaine d'années, des décrets ont poussé les établissements de dialyse à se moderniser. Nous nous sommes tous améliorés, sans lésiner sur les moyens, pour accueillir une population plus âgée,

fortement médicalisée. Nous nous sommes concentrés, nous avons mutualisés des ressources techniques et humaines, des infirmières, des néphrologues... moins volontaires qu'avant pour parcourir des kilomètres pour visiter des patients en autodialyse pour une rémunération quasi inexistante !

Il est bon de se souvenir, malgré ses avantages, des raisons du déclin, hier, de la dialyse à domicile : appartements non adaptés, familles et couples fragilisés voire brisés, impact social... Sur ce débat, il me semble essentiel de conserver une certaine flexibilité dans la liberté du patient à pouvoir participer au choix de son parcours thérapeutique.

#### Quel est le rôle de la télédialyse ?

C'est un support intéressant non seulement pour les UDM mais également pour les autodialyses qui ne rentrent malheureusement pas dans le champ d'application de la réglementation. La télédialyse est appelée à se développer, notamment avec les systèmes d'écran permettant des consultations à distance, mais elle reste pour le moment un appoint qui sécurise plus le malade que le néphrologue. Elle intervient en support aux unités de dialyse et des dispositions prises par le ministère vont sans doute être élargies à l'autodialyse.

#### Le secteur public a l'exclusivité de la transplantation rénale. Comment vous positionnez-vous ?

Nous sommes extrêmement mobilisés pour que nos patients reçoivent, si leur état le permet, une greffe de rein. Le secteur public a l'exclusivité de la transplantation d'organes en France et nous revendiquons depuis des années d'accéder à ces traitements.

Pour autant, nous sommes en coopération avec l'hôpital public pour inscrire nos patients en liste d'attente et nos néphrologues participent au suivi en alternance de nos patients. Le sujet mériterait plus d'explication que ce que cette rubrique le permet. Mais nous sommes au service de nos patients, et leur santé et leur qualité de vie restent notre priorité. La greffe s'inscrit comme une priorité nationale dans le parcours de santé d'un insuffisant rénal chronique mais nous nous devons de promouvoir une vie de qualité pour ceux dont la santé ne permet d'accéder à la greffe.

#### Quels sont vos engagements ?

Je le redis : il est essentiel que les patients puissent conserver leur choix de traitement. C'est la diversité de l'offre, mais aussi l'adéquation de l'offre à la pathologie, qui font la qualité d'une prise en charge.

**Il ne faut pas avoir à l'esprit une vision simplement économique.**

## Dr Bernard COUDERC, président de l'UNHPC. « Il faut commencer dès maintenant à réfléchir aux nombreux bouleversements impliqués par ces techniques »



### Quels ont été les temps forts de l'année 2012 en cancérologie ?

Je parlerais plutôt de dossiers qui nous ont occupés. Nous continuons encore et toujours à nous mobiliser, par exemple, pour les centres de radiothérapie, qui n'ont toujours pas le statut d'établissement de santé, sur l'anatomopathologie aussi fondamentale que maltraitée, sur l'oncologie médicale oubliée malgré la priorité mise sur le médicament...

Sur ces trois dossiers, il faudrait que les Plans Cancer soient pris au sérieux et le secteur privé également: il est le premier acteur dans la prise en charge des patients atteints de cancer et joue aussi un rôle essentiel dans le dépistage et la prévention.

### Quels sont vos principaux combats syndicaux ?

On pourrait détailler un peu ceux qui concernent la chimiothérapie anticancéreuse: aujourd'hui, les actes de chimiothérapie sont toujours facturés comme des soins infirmiers. C'est une absurdité! Il faut un forfait pour prendre en compte l'ensemble des prescriptions d'oncologie médicale. D'autre part, les contraintes sont de plus en plus importantes: les plateaux techniques, les salles blanches, les moyens humains mobilisés pour assurer la qualité et la sécurité des soins – infirmiers, pharmaciens, ne cessent d'augmenter, tandis que les

financements régressent plutôt. Prenons par exemple la question des médicaments inscrits sur la liste en sus. Certains en sont sortis, comme le Taxoter, parce qu'ils peuvent être produits de manière générique. Mais

**La plupart des traitements anticancéreux seront absorbés loin des établissements. C'est une vraie révolution silencieuse.**

il faut tout de même les acheter, et le reste à charge est trop élevé pour les établissements. Autre point essentiel: l'apparition de traitements personnalisés qui prennent en compte des facteurs génétiques, et sont efficaces dans le traitement de nombreux cancers. Il faut commencer dès maintenant à réfléchir aux bouleversements impliqués par ces techniques. C'est une vraie révolution silencieuse. La plupart de ces nouveaux traitements seront administrés par voie orale, de plus en plus à domicile et loin des établissements. Bientôt, l'hospitalisation complète en cancérologie ne concernera plus que les traitements lourds, leurs complications et les soins palliatifs. Ces nouvelles thérapeutiques impliquent donc de renforcer les liens entre la ville et l'hôpital, sans oublier le nécessaire développement des inclusions dans les essais cliniques. Le Dossier communicant en cancérologie (DCC) qui est un prolongement logique de la fiche de Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), est extrêmement utile. Il devra être intégré au Dossier médical partagé (DMP). Des expérimentations sont en

cours pour mettre en commun le DCC et le DMP...

### Quelle est la situation de la cancérologie, en France ?

Nous ne sommes pas les plus à plaindre: le cancer est reconnu comme un problème de santé publique, nous pouvons bénéficier des Plans Cancer, et le rôle de l'Institut National du Cancer est important pour accélérer les choses. Prenons le cas de l'Herceptine: quand les premières études ont démontré que ce traitement était efficace, l'INCa a tout mis en œuvre pour que les hôpitaux publics et privés autorisés aient accès massivement et au plus vite à ces traitements. Reste la question épineuse du statut des anatomopathologistes: chargés de l'examen morphologique des tumeurs, ce sont eux qui posent les diagnostics des cancers. Ces médecins exercent, comme les oncologues médicaux, une spécialité sinistrée. Pour soutenir en particulier la radiothérapie, la chimiothérapie et l'anatomopathologie, nous espérons qu'un troisième Plan Cancer Présidentiel verra bientôt le jour. Il ne devra pas occulter le débat d'une actualité brûlante sur les dépassements d'honoraires, sur la juste rémunération des actes, notamment en chirurgie carcinologique lourde, sur le reste à charge pour les patients. Il est bon de rappeler que toute personne malade, en particulier du cancer, doit bénéficier d'un traitement approprié sans condition de ressources.

Rapport d'activité FHP-MCO 2012  
Rédaction : services FHP-MCO et BVM Communication  
Crédits : couverture : 123RF Banque d'images ; intérieur : Shutterstock.  
Maquette : Alain Chevallier  
Imprimé en France.

« Nous arrachons des victoires,  
nous perdons des batailles,  
mais nous restons animés  
par la légitimité de notre combat,  
celui de la reconnaissance  
politique de notre secteur ».

**Lamine Gharbi**, PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

**FHP**  
**MCO**  
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

FHP-MCO  
81, RUE DE MONCEAU – 75008 PARIS  
TEL : 01 53 83 56 87 – FAX : 01 53 83 56 69  
fhp-mco@fhp.fr

fhp-mco.fr  
agirpourlasante.fr  
leblogdupresident.fhp-mco.fr  
youtube.com/fhp-mco